

REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Abril 2024 • Nº 43



REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Xavier Costa	Jefe de Redacción
Núria Planas	Secretaría
María José Muñoz	Maquetación
Míriam Fuentes	Promoción y Difusión
Belinda Anento	Redes sociales
Míriam Berrio	Administración y Contabilidad

Traducción (l^{inglés}, f^{francés}, i^{italiano}, p^{portugués}, c^{atalán}):
Montserrat Balcells^{IT}, Xavier Costa^I, Jordi Freixas^F, Mireia Ramon^I, Núria Ribas^I,
Camille Riu^F, Pilar Tardío^F, Brenda Tarragona^I, Elena Venuti^{IT} y Montserrat Viñas^P

Publicación semestral

Edición y Publicación: [Fundació Orienta](#)
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel. +34 93 635 88 10

E-mail: revista@fundacioorienta.com

Facebook: www.facebook.com/revistadepsicopatologia

Página web: www.fundacioorienta.com

En la página web pueden consultarse los sumarios y resúmenes de los números publicados hasta la fecha, así como las normas de publicación y las condiciones para establecer canje o suscribirse a la revista.

La Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente publica los resúmenes también en catalán en soporte a la lengua propia de Catalunya, donde la Fundación Orienta tiene su sede.

Impresión: AGPOGRAF. Impressors

ISSN: 1695-8691

Dep. Legal: 13716/2003

La opinión expresada en los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores.

La reproducción, utilizando cualquier método, de cualquier artículo de esta revista se tendrá que solicitar previamente, por escrito, a la redacción.

Como norma general, el estilo de la Revista procura que haya simetría en los tratamientos de hombres y mujeres y que los términos que se utilizan incluyan ambos géneros. No obstante, tal y como recomienda la Real Academia Española, la actual tendencia al desdoblamiento indiscriminado del sustantivo en su forma masculina y femenina va contra el principio de economía del lenguaje y se funda en razones extralingüísticas. Por tanto, el estilo de la Revista evita estas repeticiones, que generan dificultades sintácticas y de concordancia, y complican innecesariamente la redacción y lectura de los textos. El uso genérico del masculino, por tanto, se basa en su condición de término no marcado en la oposición masculino/femenino. La mención explícita del femenino solo se justifica cuando la oposición de sexos es relevante en el contexto.

La Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente está incluida en los índices bibliográficos siguientes: ISOC-CSIC, Psicología y Sumarios ISOC; PSICODOC, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; LATINDEX; COMPLUCOC, Universidad Complutense de Madrid, IBECS, de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III y DIALNET.

CONSEJO DIRECTIVO

Director:

Alfons Icart *Psicólogo, Psicoanalista (SEP-IPA), Psicoterapeuta de niños, adolescentes y familias. Presidente del Grup TLP-Barcelona. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

Vocales:

Cayetano García-Castrillón *Médico Psiquiatra y Psicoanalista Didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Sevilla.*

Rubén D. Gualtero *Sociólogo. Ex Redactor jefe de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Barcelona.*

Marina Mestres *Psicóloga y fisioterapeuta. Coordinadora del Centre de Recerca i Formació Carrilet (Barcelona), Fundadora de Espai Essen. Lleida.*

Alberto Lasa *Psiquiatra, Profesor titular en la Universidad del País Vasco y profesor asociado en la Universidad de Deusto. Guetxo (Vizcaya).*

Juan Pablo Rozén *Médico psiquiatra especialista en psiquiatría infanto-juvenil. Fundació Orienta. Barcelona.*

Jorge Tizón *Psiquiatra y Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull. Barcelona.*

CONSEJO ASESOR Y LECTOR

Eulàlia Anglada (Barcelona)
Fernando Araos (Chile)
Jordi Artigue (Barcelona)
Graciela Ball (Argentina)
Hilda Botero (Colombia)
Lourdes Busquets (Barcelona)
Natalia Calvo Piñero (Barcelona)
Elena Castro (Chile)
Meritxell Centeno (Barcelona)
Elisabeth Cimenti (Brasil)
Marc Dangerfield (Barcelona)
Sergi de Diego (Barcelona)
M^a Dolores Domínguez (Santiago)
Fernando Dualde (Valencia)
Ricardo Fandiño (Ourense)
Laia Ferrer (Barcelona)
Marc Ferrer (Barcelona)
Jordi Freixas Dargallo (Barcelona)
Marta Gomà (Barcelona)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Carmen Grifoll (Barcelona)
Laura Hernández (Barcelona)
Eduardo Jaar (Chile)
Clotilde Juárez (México)

Ana María Jiménez Pascual (Ciudad Real)
Lluís Lalucat (Barcelona)
Marta Lapacó (Argentina)
José Luís Lillo (Barcelona)
Norka Malberg (Barcelona)
Josep Mercadal (Barcelona)
Júlia Miralbell (Barcelona)
Maite Miró (Barcelona)
Àngels Morral (Barcelona)
Josep Moya (Barcelona)
María Inés Nieto (Colombia)
Diego Padilla (Madrid)
Fátima Pegenaute (Barcelona)
Ariadna Pérez-Domínguez (Barcelona)
Carles Pérez Testor (Barcelona)
Antonio de la Plata (Sevilla)
Núria Ribas (Barcelona)
Giancarlo Rigon (Italia)
Vanessa R. Pousada (Ourense)
Maria Jesús Rufat (Barcelona)
José Andrés Sánchez (Barcelona)
Jani Santamaría (México)
Monica Santolalla (Argentina)
Eulàlia Sayrach (Barcelona)

Assumpció Soriano (Barcelona)
Leandro Stitzman (Argentina)
Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres)
Carme Tello (Barcelona)
Jorge Tió (Barcelona)
Elena Toranzo (Argentina)
Mariella Venturella (Barcelona)
Llúcia Viloca (Barcelona)

GRUPO PROMOTOR Y DE DIFUSIÓN

Marta Cabré
Sergi de Diego
Omar Díez
Maria de Querol
Jordi Freixas
Míriam Fuentes
Fernando Lacasa
Assumpció Soriano
Carme Tello
Jorge Tió
Tuulikki Trias
Juan Úbeda

REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Abril / April 2024

43

Editorial.....7

Artículos / Articles

El impacto de la pandemia en el desarrollo infantil a los 18 meses de edad:
evaluación e intervención grupal con niños y padres

[The impact of the pandemic on child development at 18 months of age: assessment and group
intervention with children and parents](#)

Marta Gomà, Adriana Oliván, Emma Prims, Josep Ferrer, Maria Martínez, Eulàlia Arias y Antònia
Llauró.....9

Detección precoz de desviaciones y promoción de las habilidades sociales del lactante con la
escala ADBB durante el seguimiento pediátrico

[Early detection of deviations and promotion of infant social skills with the ADBB scale during
pediatric follow-up](#)

Nahir Bonifacino, Germán Lezama, María Nauar, Natalia Llaguno y Sandra Simó.....27

Análisis de la evolución del consumo del alcohol y cannabis en estudiantes de 12 a 18 años
en Ibiza (2018-2022)

[Analysis of the evolution of alcohol and cannabis consumption in students aged 12 to 18 in Ibiza
\(2018-2022\)](#)

Elena Ribas, Belén Alvite y Carles Pérez-Testor.....39

El dibujo infantil como herramienta proyectiva para explorar y prevenir experiencias
de maltrato y/o abuso sexual

[Children's drawings as a projective tool to explore and prevent experiences of mistreatment and
sexual abuse](#)

Elisabeth Ballús, M^a Carmen Comellas, Teresa Pastó y Paula Benedico.....53

Telepsicoterapia con niños: potencialidades y limitaciones para su continuidad después del aislamiento por pandemia Telepsychotherapy with children: potentialities and limitations for its continuity after pandemic isolation Alejandra Taborda, Marina Cuello Pagnone, Agustina Labin y María Isabel Fontao.....	73
Arteterapia como vía terapéutica para el desarrollo de recursos de regulación emocional en menores en acogimiento residencial Art therapy as a therapeutic approach for the development of emotional regulation resources in children in residential care María Crespo Bola y María del Río Diéguez.....	85
La función de la mirada del otro y el lugar del analista en la pubertad y la adolescencia The function of the gaze of the other and the role of the analyst in puberty and adolescence Melisa L. Rapoport, Israel Bobadilla González y Lucía Fernández García.....	103
Efecto del consumo de té verde en la atención de adolescentes con TDAH: un estudio experimental Effect of green tea consumption on the attention of adolescents with ADHD: an experimental study Amalia Guadalupe Gómez Coteró, Rosa Paola Figuerola Escoto, Viviana Carmona Torres, María de Lourdes Solano Hernández, Luis Jesús López Romero, Marisa Itzel Olvera Zanella y José Luis Acosta Rodríguez.....	109
20 aniversario de la Revista: resumen de intervenciones 20th anniversary of the Journal: summary of interventions Hilda Botero, Carmen Rosa Zelaya, Aline Pinto, Asunción Soriano Sala, Carles Pérez-Testor y Xavier Costa.....	117
Reseñas bibliográficas / Books reviews	125
En el próximo número / In the next number	135

Editorial

En la editorial del último número de la Revista, en noviembre del 23, hacía una referencia al acto de celebración de los 20 años de esta publicación.

Como ya comenté, fue un acto científico, muy compartido e intenso, centrado en el estudio de las primeras relaciones, en la etapa perinatal y en la adolescencia. En todo momento, se valoró mucho esta publicación por su creatividad, gran contenido científico y que hiciera llegar las últimas novedades en la manera de entender y atender a los infantes y adolescentes, entre los profesionales de más de 18 países. Por lo cual, vimos que era una herramienta terapéutica que beneficiaba a la infancia, a la adolescencia y a sus familias, de muchos lugares del mundo. Y por supuesto que se tuvo en cuenta la participación de tantos profesionales que, de una manera voluntaria, promueven, difunden y apoyan esta Revista. Sin olvidarnos de los autores, que son los que escriben los artículos y de los lectores, promotores y difusores. Gracias a todos hacemos posible que la Revista siga adelante.

Pero el tiempo pasa, las personas cambiamos y aparece la necesidad de renovar a las personas que configuran las diferentes comisiones de los diferentes departamentos.

Hemos empezado con el Consejo Directivo. Hubo dos bajas por motivos personales y se incorporaron dos nuevos profesionales que, con anterioridad, habían mostrado su interés en formar parte del Consejo Directivo. También pusimos en marcha la renovación del Consejo Asesor y Lector. Durante estos meses, hemos estado consultando a sus miembros si querían continuar o dejar su lugar a otras personas. Son muchas las personas que han querido continuar, de lo que estamos muy contentos. En cambio, otras han preferido dejar su lugar a otros profesionales y dar por finalizada su etapa de participar activamente en la Comisión. Y, finalmente, hemos estado renovando y ampliando el Consejo Promotor y difusor. Y, también, dándoles visibilidad, colocándolos al lado del Consejo Asesor. A los que habéis decidido continuar y a los que, por diferentes causas, habéis pensado dejar vuestro lugar a otras personas, a todos, muchas, muchísimas gracias por vuestra colaboración. Gracias a este esfuerzo de tantas personas, autores, difusores, lectores, promotores y, especialmente, de la Fundació Orienta, que se hace cargo de la publicación, hemos llegado hasta aquí.

Es posible que alguna persona, ya sea porque no vio el correo o porque se le pasó por alto, si se le ha dejado fuera de su grupo y desea continuar, solamente lo tiene que indicar y resolveremos el desarreglo en el próximo número.

Estamos viviendo unos tiempos en los que la lectura ha descendido y que estas publicaciones, por más que sean de gran interés, están perdiendo cuota de mercado. Pensamos que es un momento para darle un impulso y abrir nuevos horizontes para que esta nuestra Revista siga siendo un medio de comunicación entre los profesionales de la Salud Mental dedicados a atender a los infantes, adolescentes y a sus familias. Por esto, nos hemos propuesto activar su difusión.

Otro motivo de celebración es que el Premio de Investigación que cada dos años convoca la Revista y patrocina el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat goza de una salud excelente. El número que tienen entre manos es un buen ejemplo de ello, ya que contiene los trabajos galardonados. El primer artículo, de Marta Gomà y colaboradores, fue el que se llevó el Premio. Se trata de un estudio sobre el impacto que tuvo la pandemia en un grupo de padres e hijos de 18 meses de edad, que participaron en un programa desde la atención primaria. Después, le siguen los dos accésits: un estudio también desde la atención precoz en la primaria sobre las habilidades sociales de los bebés, de Nahir Bonifacino y colaboradoras, y uno sobre el consumo de alcohol y cannabis en adolescentes, de Elena Ribas y colaboradores. Tres trabajos que reflejan claramente las preocupaciones actuales de la sociedad.

Los siguientes artículos también siguen la línea de actualidad y diversificación que tratamos de mantener en nuestra publicación. Les sigue una interesante investigación de Elisabeth Ballús y colaboradoras sobre cómo el dibujo infantil puede resultar una herramienta exploratoria y preventiva del abuso sexual infantil. El siguiente, de Alejandra Taborda y colaboradoras, sigue la línea ya empezada en anteriores números sobre cómo la videoasistencia puede ser una herramienta útil para la atención psicoterapéutica. Seguidamente, María Crespo y María del Río nos hablan sobre cómo la arteterapia puede resultar un tratamiento útil para la regulación emocional en menores que se encuentran en centros residenciales. Le sigue un trabajo de Melisa L. Rapoport y colaboradores sobre la importancia de la comprensión de los procesos psíquicos que se dan en la pubertad y la adolescencia. Después, un curioso estudio de Amalia G. Gómez y colaboradores sobre cómo el te verde puede ser una alternativa válida a los estimulantes en el tratamiento con adolescentes con TDAH. Finalizamos el número actual con un resumen de algunas de las ponencias que pudimos escuchar durante el acto de celebración del vigésimo aniversario de la Revista.

Espero que disfruten del número y que nos sigan acompañando por muchos años en esta nueva etapa.

Alfons Icart, director

El impacto de la pandemia en el desarrollo infantil a los 18 meses de edad: evaluación e intervención grupal con niños y padres*

MARTA GOMÀ^{1,2}, ADRIANA OLIVÁN³, EMMA PRIMS⁴, JOSEP FERRER^{5,6},
MARIA MARTÍNEZ^{5,7}, EULÀLIA ARIAS^{1,8,9} Y ANTÒNIA LLAIRÓ^{8,10}

RESUMEN

El presente artículo responde al estudio comparativo del desarrollo infantil a los 18 meses en situación de alto nivel de estrés por pandemia. Se estudian los niveles de desarrollo de los bebés de 18 meses del periodo pre-covid ($N = 107$) comparado con los niveles de desarrollo de los niños durante el covid ($N = 105$) con los mismos instrumentos (ASQ-3 y PIR-GAS) en una población vulnerable adscrita a un centro de atención primaria de salud de Barcelona. Del análisis comparativo de los dos grupos se obtiene una disminución de los niveles de comunicación y relación madre-bebé en los niños evaluados en el periodo de pandemia. Aplicando la metodología de investigación-acción y de acuerdo con las necesidades detectadas, se propone y se estudia un programa piloto de intervención grupal de comunicación, lenguaje y vínculo (Grupo CLV) para los niños y sus padres. Se observa una mejoría del lenguaje y de la relación madre-bebé en los niños que participan del grupo CLV. A partir de los resultados y la elevada aplicabilidad del programa piloto CLV, se instaure esta intervención grupal como recurso en la asistencia perinatal del mismo centro de salud pública. **Palabras clave:** covid-19, desarrollo infantil, estimulación, intervención grupal, comunicación, lenguaje, vínculo, salud mental.

ABSTRACT

The impact of the pandemic on child development at 18 months of age: assessment and group intervention with children and parents. In this article, a comparative study of infant development at 18 months of age in a situation of high level of pandemic stress is presented. The developmental levels of 18-month-old infants in the pre-covid period ($N = 107$) are compared with the developmental levels of children during covid-19 ($N = 105$) with the same instruments (ASQ-3 and PIR-GAS) in a vulnerable population assigned to a Primary Health Care Center in Barcelona. From the comparative analysis of the two groups, a decrease in the levels of communication and mother-infant relationship in the children evaluated during the pandemic period was obtained. Applying the action-research methodology and according to the identified needs, a pilot program of group intervention of communication, language, and bonding (CLB Group) is proposed and studied for the children and their parents. An improvement in language and mother-baby relationship was observed in the children participating in the CLB group. Based on the results and the high applicability of the CLB pilot program, this group intervention is established as a resource in the perinatal care of the same Public Health Center. **Keywords:** covid-19, child development, stimulation, group intervention, communication, language, bonding, mental health.

RESUM

L'impacte de la pandèmia en el desenvolupament infantil als 18 anys d'edat: avaluació i intervenció grupal amb nens i pares. Aquest article respon a l'estudi comparatiu del desenvolupament infantil als 18 mesos en situació d'alt nivell d'estrès per pandèmia. S'estudien els nivells de desenvolupament dels nadons de 18 mesos del període pre-covid ($N = 107$) comparat amb els nivells de desenvolupament dels infants durant la covid ($N = 105$) amb els mateixos instruments (ASQ-3 i PIR-GAS) en una població vulnerable adscrita a un centre d'atenció primària de salut de Barcelona. De l'anàlisi comparativa dels dos grups s'obté una disminució dels nivells de comunicació i relació mare-nadó en els infants avaluats en el període de pandèmia. Aplicant la metodologia de recerca-acció i d'acord amb les necessitats detectades, es proposa i s'estudia un programa pilot d'intervenció grupal de comunicació, llenguatge i vincle (Grup CLV) per als infants i els seus pares. S'observa una millora del llenguatge i de la relació mare-nadó en els infants que participen del grup CLV. A partir dels resultats i de l'elevada aplicabilitat del programa pilot CLV, s'instaure aquesta intervenció grupal com a recurs en l'assistència perinatal del mateix centre de salut pública. **Paraules clau:** covid-19, desenvolupament infantil, estimulació, intervenció grupal, comunicació, llenguatge, vincle, salut mental.

*Trabajo ganador del X Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil que convoca esta revista y que está patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

¹Dra. en Psicología, ²Psicoterapeuta perinatal, ³Psicóloga perinatal e infantil, ⁴Enfermera pediátrica, Máster en enfermería pediátrica, ⁵Licenciado en Medicina y Cirugía, ⁶Especialista en pediatría, ⁷Especialista en medicina preventiva, ⁸Psicóloga clínica, ⁹Profesora de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte Blanquerna de la Universitat Ramon Llull (Barcelona), ¹⁰Psicoterapeuta y psicoanalista. Contacto: brucsalut@brucsalut.com

Recibido: 30/7/23 - Aceptado: 6/10/23

Introducción

El desarrollo infantil es un proceso dinámico y complejo que se sostiene de la evolución biológica, psicológica y social (López, 1998; Narbona y Chevie-Muller, 2000). En estos últimos años, numerosos estudios y descubrimientos acerca del desarrollo neurológico, cognitivo y físico de los niños muestran la importancia de la etapa perinatal. El período de los primeros mil días de vida empieza en el cuarto mes de embarazo hasta los primeros dos años después del nacimiento del niño (Cunha et al., 2015; Fall, 2013). Este período se caracteriza por un muy alto ritmo de crecimiento. Hasta los dos años del niño se produce la etapa de mayor plasticidad cerebral en la cual se conforma y amplía el proceso de sinapsis que posibilita el aprendizaje. El tamaño del cerebro del niño se multiplica por cinco y las conexiones neuronales se establecen con una frecuencia de 200.000 por minuto (Smith, 2021). Durante esta etapa, los factores ambientales asumen una gran importancia por el hecho de que la mayor parte del desarrollo cerebral se realiza antes de los dos años de edad (Flores, 2013), como subrayan los estudios en epigenética (Glover, 2023). Todos los aspectos biológicos, conductuales y socioeconómicos que influyen durante este periodo del desarrollo pueden tener una incidencia en el crecimiento, la salud y el bienestar de los niños (Kattula et al., 2014; Moore et al., 2017). Los aspectos emocionales y relacionales tienen una función epigenética esencial; por ello, la implicación de los padres en el buen desarrollo de su hijo va a favorecerse sosteniéndolos emocionalmente a ellos en estas primeras etapas del desarrollo (Pawluski et al., 2021).

Esta etapa de intervención prioritaria es también la que Jean Piaget estableció como fase inicial del desarrollo cognoscitivo y representativo que será la base de la comunicación y el lenguaje. Sus teorías se basan en las fases del desarrollo cognoscitivo, ya que no se centró tanto en lo que conoce el niño sino en cómo piensa en los problemas y las soluciones, definiendo cuatro etapas distintas desde el nacimiento a la adolescencia: la sensoriomotriz, la preoperacional, la de operaciones concretas y la de operaciones formales. El paso de una etapa a la siguiente se

realiza cuando el niño alcanza el nivel de maduración física y es expuesto a experiencias relevantes (Feldman, 2007).

La etapa sensoriomotriz (0-24 meses) es la base del desarrollo cognitivo posterior, y es el momento en que el niño adquiere la capacidad de representación mental o pensamiento simbólico (Feldman, 2007), siendo el lenguaje su mayor exponente (Bronckart, 1980). Los mecanismos de adquisición del lenguaje participan de los mecanismos cognitivos generales que constituyen el auténtico motor del desarrollo.

Vygotski da una especial importancia al carácter social del lenguaje y lo define como el instrumento de comunicación por excelencia y que transmite las experiencias culturales de una sociedad (del Río, 1977). Las funciones psicológicas superiores se desarrollan, en primer lugar, en el curso de la relación del niño con los padres (o cuidadores) y posteriormente se interiorizan a partir de la reconstrucción interna de una actividad externa. De este modo, se concede una importancia primordial al lenguaje en el desarrollo del sujeto como una herramienta privilegiada que permite la toma de consciencia y el intercambio social (Triadó, 1990).

El lenguaje es un aspecto fundamental del desarrollo, ya que no únicamente presenta una función comunicativa, sino que también sirve como método de socialización, humanización, pensamiento y control de la conducta (Quintero, 2009). El desarrollo del lenguaje se realiza de manera interrumpida desde el nacimiento del bebé. El aprendizaje de la lengua materna, junto con el desarrollo psicomotor, son las adquisiciones más importantes que los niños alcanzan durante los primeros años de vida (Salguero et al., 2015). En efecto, durante esta etapa se forman las bases de la comunicación mediante la interacción entre la familia y el bebé, base del afecto y la comprensión y contención relacional. Es por este mismo motivo que las interacciones toman importancia y presentan una gran influencia en dicho proceso, ya que estas van acompañadas de sonrisas, expresiones faciales, caricias, besos, que completan la palabra y facilitan al niño la comprensión de la expresión y la expresividad lingüística (Jump, 2015).

De los 18 a los 24 meses de vida del niño se encuentra el estadio sensible de la comunicación y

lenguaje. Existen identificadas diversas señales de alarma que actúan como indicadores de un posible retraso o un bajo desarrollo (Peñafiel, 2012; Salguero et al., 2015). Así mismo, la estimulación del lenguaje oral en edades tempranas es considerada como un aspecto fundamental para el desarrollo, indispensable para la buena integración escolar y, por tanto, como método preventivo de posibles disfunciones.

Estimulación temprana

Barreno y Macías (2015) explican que la estimulación temprana posee el objetivo de prevenir posibles problemáticas que puedan surgir en niños que en principio no presentan ninguna anomalía, pero que, especialmente por el ambiente en el cual se desarrollan, pueden llegar a sufrir algún tipo de disfunción. Así mismo, la estimulación en edades tempranas es una manera de potenciar y elevar el rendimiento escolar en todas las etapas educativas posteriores. Según Roselló et al. (2013), la falta de estimulación puede generar efectos permanentes e irreversibles en el desarrollo del cerebro y en las posibilidades de configurar estructuras funcionales encargadas de construir la base fisiológica del aprendizaje. Estudios epigenéticos recientes han demostrado la importancia de las condiciones del entorno a lo largo de los primeros años de vida (Glover, 2023).

Este tipo de estimulación forma parte de un conjunto de acciones y motivaciones ambientales que se le ofrecen al bebé, incluso antes de su nacimiento, para ayudarlo a crecer y desarrollarse de un modo saludable (Roselló et al., 2013). La comunicación temprana forma parte de la relación diaria con el bebé en la familia y en su entorno.

La estimulación del lenguaje se encuentra basada en estrategias favorables para las habilidades que permiten al niño comunicarse con su entorno (Martínez et al., 2010). En esta no sólo toma importancia el habla sino también la escucha, para así motivar las producciones verbales (Castañeda, 1999). Según Calle (2009), existen infinitas maneras de estimular el desarrollo del lenguaje pero la primera y más importante se encuentra relacionada con el hecho de hablarle a los niños y responderles siempre que intenten comunicarse (Estrada et

al., 2023). Además, la mirada también asume un rol significativo, ya que es fundamental que se dé durante la comunicación para centrar la atención y establecer el vínculo. La escucha, las preguntas, las narraciones, la lectura de cuentos, el canto y el juego forman parte del trabajo de estimulación (Martínez et al., 2010; Peralta, 1996; Sadurní et al., 2002). Sin embargo, un aspecto fundamental en la aplicación de dichas prácticas nombradas con anterioridad, que ayudará en el desarrollo del bebé, es que sean llevadas desde el afecto. El afecto tiene gran influencia en las emociones del bebé y en la configuración y el crecimiento de este (Shore, 2001; Botero, 2012). Permitirá la regulación y, por lo tanto, el control de las emociones (Gerhardt, 2004).

Es por este motivo que la familia presenta una gran importancia en el desarrollo de los niños, tanto que se puede afirmar que es el contexto de desarrollo por excelencia durante los primeros años de vida (Muñoz, 2015). Los bebés establecen una relación afectiva muy intensa con los adultos que les rodean de manera temprana, más conocido como vínculo afectivo, que se caracteriza por una proximidad física como símbolo de protección. Este vínculo emocional es fundamental para el desarrollo cognitivo, social y lingüístico (Clemente y Villanueva, 1999). En efecto, el hecho de aprender forma parte de un proceso que se inicia en el vientre de la madre, con los primeros estímulos que el bebé recibe del mundo exterior. Al nacer, el niño es dependiente de los padres; lo que ellos le enseñen será lo que marcará su personalidad y su forma de desarrollarse (Esteves et al., 2018; Gerhardt, 2004; Hoz, 2021).

Los padres pueden estimular desde edades tempranas el desarrollo cognitivo, la capacidad de socialización y de supervivencia a través de prácticas cotidianas (Peralta, 1996). Según Buschman et al., (2009), existe una evidencia previa de que la intervención temprana del lenguaje que incluye a los padres es efectiva a corto plazo. Estos hallazgos respaldan el hecho de que el estilo interactivo de los padres puede optimizarse para proporcionar un entorno superior de aprendizaje del idioma y acelerar el desarrollo del lenguaje de los niños pequeños que tardan en hablar. Tomasello y Todd (1983) encontraron

que los niños en desarrollo cuyas madres se involucran en mayores cantidades de interacción conjunta tenían vocabularios productivos más amplios entre los 12 y 18 meses de edad que los niños que cuyas madres participaban en una interacción conjunta menor.

Por lo tanto, sensibilizar a los padres a modificar sus estilos de interacción y sus aportes lingüísticos puede ser un elemento importante de la intervención temprana del lenguaje para aquellos niños pequeños con problemas en esta área del desarrollo (Roberts y Kaiser, 2011). Se han estudiado intervenciones grupales en poblaciones desfavorecidas para promover el desarrollo de los niños y vinculadas al centro de salud y la comunidad, con buenos resultados según un reciente metaanálisis y revisión sistemática de Jeong et al., (2021), demostrado previamente por Chang et al., (2015). Por este motivo, los programas implementados para los padres pueden representar una opción más recomendada y de mayor aplicabilidad que la terapia individual para niños (Zuccarini et al., 2020). Una revisión sistemática reciente sobre 77 estudios (incluyendo 5.660 participantes) realizada por Slead et al., (2023) concluye que las intervenciones psicodinámicas y psicoanalíticas en período perinatal (hasta tres años de edad) pueden ayudar a los niños pequeños y a sus cuidadores a prevenir problemas de salud mental, observando mejoras en el funcionamiento reflexivo de los padres, la depresión, las conductas infantiles y el apego. Además, este tipo de intervenciones también tienen como objetivo promover el apego saludable y descubrir “fantasmas del pasado” (Fraiberg et al., 1975) que impiden que los padres alcancen una escucha y un vínculo óptimos con el bebé (Salomonsson et al., 2021).

Efecto de la vulnerabilidad en el desarrollo de los niños

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), en las poblaciones desfavorecidas, los niños menores de cinco años están en riesgo de un desarrollo no-óptimo. Se ha estimado que un 30 % de los niños está en riesgo de un aprendizaje pobre, una educación inadecuada y afectación de los ingresos en la edad adulta. Las amenazas para el desarrollo de los

infantes tienden a configurar conjuntamente un clúster de factores, junto con una falta de servicios y exclusión social. Ser expuesto a un riesgo en estas poblaciones significa estar expuesto a muchos. Estas adversidades y la falta de soporte pueden socavar las capacidades de las familias para la estimulación adecuada de los más pequeños. La OMS recomienda dar soporte y proteger a las familias promoviendo un cuidado emocionalmente nutritivo.

Efecto del estrés en el desarrollo de los niños: la pandemia por covid-19

El estrés crónico y/o severo y la depresión durante el embarazo y la primera infancia, es decir, el estrés de la vida temprana, puede tener consecuencias duraderas para el desarrollo (Pechtel y Pizzagalli, 2011; Pollak, 2015), duplicando los trastornos conductuales y emocionales de los niños detectados a los siete años de edad (O'Connor et al., 2003).

Algunos autores explican que las poblaciones vulnerables se han convertido en uno de los grupos que experimentan mayor fragilidad, especialmente los niños, las mujeres embarazadas y los adultos mayores (Nasution et al., 2021).

La pandemia global por covid-19 ha puesto de manifiesto la cuestión de cómo el estrés parental y familiar influye en el desarrollo de los niños. Las posibles fuentes de estrés relacionadas con la pandemia como: la inestabilidad económica; el cierre de escuelas y lugares de trabajo; el miedo a la enfermedad o la muerte de familiares y amigos; han podido ser causantes de la alteración de la dinámica familiar (Smith y Pollak, 2020). Durante la pandemia, tanto los niños como los adultos han experimentado un aumento del estrés, del aislamiento social percibido, la depresión y la ansiedad (Lee et al., 2020; Li y Wang, 2020; Tull et al., 2020). Por este mismo motivo, se realizó una revisión sistemática y metaanálisis estudiando la asociación significativa entre el efecto de la pandemia en el primer año de vida de los bebés y el riesgo de retraso en la comunicación. Se detecta la necesidad de promover el lenguaje y el desarrollo social a través de nuevas experiencias que han sido inexistentes durante la pandemia (Hessami et al., 2022).

Por ello, la presente investigación se centra en

el estudio del desarrollo psicomotor y relacional madre-bebé en niños de 18 meses de edad en población general de un área vulnerable de la ciudad de Barcelona. Un primer objetivo de esta investigación es comparar el desarrollo de los bebés en dos muestras distintas: antes (grupo pre-covid) y durante la pandemia mundial por covid-19 (grupo covid). Un segundo objetivo es evaluar el impacto del programa de estimulación y mejora de la competencia de la comunicación, el lenguaje y el vínculo (Grupo CLV) que se propuso a una pequeña parte de la muestra covid-19.

Método

Hipótesis

Se divide la investigación en dos estudios y se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los niveles del desarrollo de los bebés de 18 meses de edad del período covid (2020-2022) serán inferiores a los del período pre-covid (2017-2019).
2. La calidad del vínculo relacional entre padres y bebés será inferior en el período covid (2020-2022) en relación con el período pre-covid (2017-2019).
3. Las díadas de padres-bebés que participan en el grupo de estimulación CLV mejoraran en sus puntuaciones de desarrollo y de vínculo.

Hipótesis 1 y 2

Muestra

Descripción de la muestra. De junio de 2017 a diciembre de 2019, se evalúa el desarrollo y la calidad relacional madre-bebé de 107 niños de 18 meses de edad en el centro de atención primaria (CAP) Roquetes-Canteres de Barcelona (Instituto Catalán de la Salut - ICS), con un 46,0 % de población femenina. Este grupo configura la muestra pre-covid. De junio de 2020 a diciembre de 2022 se evalúan el desarrollo y la calidad relacional madre-bebé de 105 niños de 18 meses de edad en el CAP Roquetes-Canteres de Barcelona (ICS), con un 44,5 % de población femenina. Este grupo configura la muestra covid.

Criterios de inclusión. Se incluyeron en el estudio a todos los participantes que presentaban

una edad de 18 meses y estaban vinculados al CAP en el cual se realizó la investigación.

Criterios de exclusión. Se excluyeron del estudio a aquellos participantes que presentaban una edad de 18 meses, que estaban vinculados al CAP y que ya habían recibido tratamiento perinatal con anterioridad.

Descripción del material

En el presente estudio se han utilizado dos herramientas para explorar el desarrollo de los bebés y la relación madre-bebé.

Cuestionario de Edades y Etapas (Ages and Stages Questionnaire-3 [ASQ-3], Squires et al., 1999). Está compuesto por un conjunto de cuestionarios que sirven para evaluar e identificar retrasos en el desarrollo infantil en edades tempranas. Los cuestionarios abarcan desde el mes de edad hasta los 66 meses, y son empleados en función de la edad del niño, con un cuestionario específico para la evaluación de los 18 meses de vida. Se evalúan cinco áreas del desarrollo: la comunicación, la motricidad gruesa, la motricidad fina, la resolución de problemas y el área socio-individual. Cada área se encuentra compuesta por seis ítems, donde sus puntuaciones oscilan entre 10 (sí); 5 (a veces); y 0 (todavía no). Los puntos de corte varían en función del área evaluada y de la edad del infante: 30 (comunicación a los 18 meses); 45 (motor gruesa a los 18 meses); 43 (motor fina a los 18 meses); 35 (resolución de problemas a los 18 meses); y 37 (socio-individual a los 18 meses). Puntuaciones por debajo de su punto de corte indicarían la presencia de un desarrollo inferior a las expectativas por edad. Además, existe un apartado de observaciones generales compuesto por nueve ítems donde los cuidadores pueden expresar sus preocupaciones relacionadas en torno al desarrollo del bebé (ver anexo 1).

Escala de evaluación global de la relación entre padres e hijos (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale [PIR-GAS], Zero to Three, 1994), para valorar la calidad del vínculo relacional entre padres y bebé. El PIR-GAS es un instrumento de calificación que cubre la gama completa de relaciones entre padres e hijos y se utiliza para describir las fortalezas de una relación y captar la gravedad de un trastorno. A

partir de la observación, el profesional puede ubicar la relación en una de las nueve categorías, que van desde la buena adaptación (100-91) hasta el deterioro grave (10 o menos). Las dificultades de relación se evalúan en función de la intensidad, la frecuencia y la duración de las interacciones desadaptativas. Puntuaciones inferiores a 40 marcan un tipo de relación desordenada. Se evalúan tres aspectos de la relación padres e hijo para clasificar una relación desordenada: la calidad conductual de las interacciones; el tono afectivo; y la implicación psicológica (ver anexo 2).

Procedimiento

El equipo de pediatría del equipo de atención primaria (EAP) de salud de Barcelona donde se realizó la presente investigación propone a todas las familias adscritas al CAP con bebés de 18 meses de edad el estudio sobre perinatalidad que lleva a cabo junto con un equipo especializado de psicología y psicoterapia perinatal (acreditado por el Comité Ética Jordi Gol i Gurina). Una vez aceptada la propuesta por parte de los padres de los niños (consentimiento informado), se cita a todas las familias para realizar la revisión emocional con el objetivo de evaluar las áreas del desarrollo del bebé y la calidad relacional, con la presencia de los padres. Estas visitas son llevadas a cabo por un psicólogo, profesional que colabora con el CAP Roquetes-Canteres. Las evaluaciones del desarrollo se realizan a partir de dos cuestionarios explicados en el apartado de la descripción del material utilizado para el estudio, a saber ASQ-3 y PIRGAS.

Una vez obtenidos los resultados de la revisión, el mismo psicólogo que evalúa al bebé (junto a sus padres) realiza la devolución de los aspectos observados durante la visita, al equipo de pediatría y, posteriormente, a los padres del niño, mediante llamada telefónica o visita presencial. En caso de detectar dificultades relacionales o del desarrollo del bebé, se realiza una interconsulta posterior para considerar el abordaje a realizar o la derivación dentro de los servicios sanitarios y/o comunitarios, que realizará el equipo de pediatría con la familia en una visita posterior, quedando establecido un seguimiento de esta.

Análisis de datos

Todos los datos se han estudiado a partir del programa estadístico SPSS V20.

Se realiza una comparación de muestras independientes comparando cada una de las categorías (variable escala 0-60) del ASQ-3 en las dos muestras pre-covid-19 y muestra covid. De la misma forma, se realiza una comparación de medias para muestras independientes con las puntuaciones 0-100 (variable continua) comparando la calidad relacional madre-bebé a los 18 meses antes y durante el covid-19.

Estudio 1: resultados

Hipótesis 1

A continuación, se muestra la comparación de las medias de cada una de las áreas del desarrollo pre (Grupo pre-covid) y durante el covid-19 (Grupo covid), siendo las diferencias significativas en las categorías de lenguaje y comunicación ($p = 0,027$, disminución de 4,13 puntos de media sobre 60) y socio-individual ($p = 0,000$, disminución de 6,69 puntos de media sobre 60), las cuales presentan puntuaciones inferiores tras el covid-19, como se puede observar en la figura 1 del anexo. El área de la psicomotricidad gruesa también resultó significativa ($p = 0,030$) pero la media durante el covid era superior a la previa a la pandemia (aumento de 3,24 puntos / 60) (ver anexo 3).

Hipótesis 2

En la calidad relacional pre y durante el covid, obtenemos diferencias significativas ($p = 0,000$), observando una clara disminución de la calidad relacional tras la pandemia (pre-covid; 77,51; covid: 69,90), con una disminución de 7,20 puntos menos sobre 100, y situándose durante el covid a una clasificación inferior de la calidad relacional considerada como “significativamente perturbada” (ver anexo 2). A continuación, se puede observar la diferencia obtenida en la figura 2 (ver anexo 4).

Estudio 1: Discusión

A partir de los resultados obtenidos, observamos una disminución de la capacidad del lenguaje y relacional de los niños, con un impacto

importante en la calidad relacional madre-bebé.

A partir de la detección de estas necesidades, y a partir de la buena experiencia y la técnica empleada en grupos de crianza previos (2020), nos planteamos desarrollar grupos específicos de lenguaje, comunicación y vínculo (CLV) para todos aquellos niños que presenten una puntuación inferior al puntaje de lenguaje de los 18 meses de edad en la revisión emocional, con la participación de la madre, que permita favorecer la calidad relacional entre ambos.

Estudio 2: tercera hipótesis

A continuación, desarrollamos el segundo objetivo y la tercera hipótesis: evaluar el impacto del programa de estimulación y mejora de la competencia de la comunicación, el lenguaje y el vínculo (grupo CLV) que se propuso a una pequeña parte de la muestra covid-19. Se desarrolla un programa piloto de los grupos CLV, aplicando la metodología de investigación-acción: a partir de los resultados obtenidos, se detectan necesidades, que configuran nuevas hipótesis a desarrollar y estudiar. Se espera una mejora en el desarrollo de la comunicación, el lenguaje y el vínculo tras la realización de un programa grupal de estimulación temprana para madres, padres y niños de 18 meses de edad que inicialmente presentaban un retraso de las competencias verbales, comunicativas y de relación.

Muestra

Participan en los grupos diez familias, un total de tres niñas y siete niños, con una media de edad de 19,11 meses y una desviación típica de 1,3 meses. La media de sesiones asistidas ha sido de 6,6, con un mínimo de 5 y un máximo de 8 sesiones.

Criterios de inclusión. Se incluyeron en el estudio a todos los participantes que realizaron la revisión periódica del desarrollo a los 18 meses de edad en el mismo ambulatorio y presentaron una puntuación clínica según los puntos de corte establecidos (descritos en el apartado de instrumentos ASQ-3) en el área de la comunicación, mostrando un retraso moderado del desarrollo en dicha área. Cada niño/a asistirá con uno de sus padres.

Criterios de exclusión. Se excluyeron del estudio aquellos participantes que realizaron la revisión del desarrollo en el mismo ambulatorio a los 18 meses de edad y presentaron puntuaciones inferiores al punto de corte establecido (punto de corte 35 sobre 60) en todas las áreas, y fueron derivados al servicio de atención precoz de zona.

Estudio 2: técnica de intervención grupal

“Demostrar la eficacia de las intervenciones padres-niños y su efectividad y aplicabilidad en el marco de la salud pública es poco conocido”

Björn Salomonsson et al., (2021)

La presente investigación pertenece a un proyecto realizado como prueba piloto en un CAP de Barcelona con una población de elevada vulnerabilidad. Actualmente, se sigue llevando a cabo, dirigido por el referente de bienestar emocional y salud comunitaria (RBEC) y el equipo de pediatría del centro de atención primaria de salud.

La intervención grupal CLV recoge la experiencia de *La Maison des Cinq Sens*, un programa municipal francés conjunto con los servicios de salud mental en el que se utilizan métodos pedagógicos y reeducativos. La casa de los cinco sentidos es, así, un lugar plural, que respeta la complejidad de los temas de la escolarización inclusiva y la prevención temprana en salud mental. Además, ofrece la oportunidad de encontrar a los niños y a sus padres en situaciones favorables de acogida, de inclusión y, al mismo tiempo, limitar la estigmatización (Latour y Hurlu Delaune, 2021).

La intervención grupal CLV que se expone a continuación ha sido planteada con la finalidad de poder realizar un trabajo conjunto entre padres y bebés, donde los progenitores puedan observar y poner en práctica diversas técnicas para la estimulación y fomentar un desarrollo saludable de la comunicación, el lenguaje y el vínculo a través de la aplicación vivencial dentro del grupo. Por lo tanto, el objetivo técnico de la intervención no radica tanto en la facilitación de las indicaciones sino en su implementación y la puesta en práctica dentro del espacio psicoeducativo, comprensivo y contenedor, para

poder realizar un buen aprendizaje a partir de la aplicación *en el aquí y el ahora de la sesión*, así como elaborar un espacio donde se fomenta la relación. Se abre un espacio para las dudas y/o preocupaciones por parte de los padres relacionados con los aspectos tratados en la sesión.

Durante las sesiones, se tienen en cuenta los aspectos que favorecen el desarrollo del lenguaje y que, por lo tanto, ayudan a su estimulación, como son: la escucha activa; la elaboración de preguntas; la repetición, los diálogos, etc. (Calle, 2009; Castañeda, 1999; Martínez et al., 2010; Peralta, 1996; Sadurní et al., 2002), en el marco de la relación terapéutica contenedora del profesional. Durante la ejecución de las actividades en el grupo se favorece la toma de conciencia de la importancia del afecto de los cuidadores en las prácticas como método positivo para el desarrollo del bebé (Gerhardt, 2004). Todos estos aspectos tienen como objetivo la sensibilización por parte de los padres en torno a una etapa especialmente importante para el crecimiento y el desarrollo infantil, como es el período 18-24 meses.

Setting

Las sesiones del grupo CLV presentan una frecuencia semanal y una duración de 90 minutos. En total, se llevan a cabo ocho sesiones, considerándose así un trabajo breve, siguiendo el modelo de intervención grupal de Gomà et al. (2020).

Todas las sesiones se encuentran focalizadas en una actividad central de trabajo orientada a la estimulación de la comunicación y el lenguaje. El material varía dependiendo de la tarea a realizar. Antes de iniciar cada actividad, se efectúa la acogida de los niños y sus padres mediante un *setting* establecido. Siguiendo la misma dinámica, todas las sesiones finalizan también del mismo modo para darles estabilidad, continuidad y un ritmo a los bebés, y así instaurar un *setting* contenedor.

Instrumentos

Para la presente investigación se vuelven a utilizar los instrumentos descritos previamente en el estudio anterior, a saber, ASQ-3 (Squires et al., 1999) y PIR-GAS (Zero to Three, 1994).

Procedimiento

Una vez realizada la revisión del desarrollo de los menores y habiendo trasladado los resultados obtenidos al equipo de pediatría y a las familias de los bebés, se plantean dos posibles situaciones:

En el caso de haber observado puntuaciones muy inferiores a los puntos de corte establecidos por los instrumentos (ASQ-3 comunicación ≤ 30 ; motora gruesa ≤ 45 ; motora fina ≤ 45 ; resolución de problemas ≤ 35 ; socio-individual ≤ 35) y la posterior valoración de los profesionales, el mismo equipo de pediatría tramita la derivación a los servicios comunitarios especializados de la zona, como son: el *Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç* (CDIAP); grupos o espacios comunitarios de la zona para niños a partir de 18 meses de edad; el *Centre de Salut Mental d'Adults* (CSMA) para los adultos; para poder ofrecer un trabajo más global y específico a las necesidades de cada bebé.

Por otro lado, si las puntuaciones se encuentran ligeramente por debajo del punto de corte establecido en el área de la comunicación (≤ 30) y socialización (≤ 35), que indican un leve retraso del desarrollo y, por lo tanto, una falta de estimulación y un requerimiento de reforzarlo, se les propone a las familias la posibilidad de participar en el Grupo CLV para poder trabajar dichos aspectos. Finalmente, se vuelve a evaluar el desarrollo de aquellos niños que han participado en esta intervención grupal CLV con el objetivo de reforzar y estimular la comunicación, el lenguaje y el vínculo con los mismos instrumentos utilizados inicialmente para poder realizar una comparativa pre y post intervención y observar si existen mejoras en los infantes tras su participación en el grupo. También se contacta con el equipo de pediatría y los familiares del niño para tramitar la devolución de los resultados obtenidos.

Análisis de los datos

A partir del programa estadístico SPSS V20, se estudia la comparación de los resultados obtenidos previos al grupo de comunicación, lenguaje y vínculo y, posteriormente, a la intervención.

Dado que la muestra de la prueba piloto es de 10 niños, se realiza una comparación de medias

relacionadas de Wilcoxon (pruebas no paramétricas) del desarrollo infantil en las cinco áreas estudiadas y de la calidad relacional padres-bebé.

Estudio 2: resultados

Comparación de resultados a partir de la intervención grupal CLV

Se aplican pruebas no paramétricas ($N = 10$) para realizar una comparación de medias con muestra relacionadas con Wilcoxon, obteniendo diferencias significativas en el desarrollo del lenguaje ($p = 0,014$) así como en el campo socio-individual ($p = 0,014$), con un aumento de las medias obtenidas tras la intervención grupal CLV, tal y como se muestra en la figura 3 (ver anexo 5).

De la misma forma, se compara la evolución de la calidad de la relación padres-bebés previa al grupo y posterior (PIR-GAS), observándose una mejoría significativa de la calidad relacional ($p = 0,007$) con la comparación de medias de Wilcoxon, tal y como se observa en la figura 4 (ver anexo 6).

Dos niños participantes (20 %) del grupo CLV han progresado en el desarrollo de la comunicación y se ha considerado necesario dar continuidad con la derivación a servicios comunitarios especializados en infantes de la zona (espacio familiar padres-bebés).

Se detecta un porcentaje del 20 % de niños que se derivan al CDIAP tras participar en el grupo CLV. Se han observado mejoras en el desarrollo y crecimiento del niño que requieren continuidad en intervención especializada.

Todos estos casos son supervisados por el equipo de pediatría y realizan seguimientos bimensuales para comprobar que su desarrollo transcurre adecuadamente y la vinculación con el recurso propuesto.

Un 60 % de los niños participantes en los grupos CLV han adquirido el nivel de desarrollo esperado para su edad y no requieren tratamiento ni supervisión posterior, continuando con las revisiones pediátricas establecidas.

Viñeta clínica

A continuación, se adjunta una breve viñeta clínica sobre un paciente de 24 meses de edad

que participó en la primera edición del grupo de comunicación, lenguaje y vínculo llevado a cabo en abril del 2022.

Cuando Luis inició el grupo, presentaba un nivel de comunicación y socialización que se encontraba por debajo del puntaje de corte establecido por el instrumento utilizado para la evaluación del desarrollo. Era un niño extremadamente tímido y con muchas dificultades para las relaciones interpersonales. Su conducta se limitaba simplemente a observar el entorno sin realizar ningún tipo de interacción. En el inicio de las primeras sesiones del grupo, se sentaba siempre en el mismo lugar de la sala junto al familiar que le acompañaba. No hacía ningún tipo de movimiento de querer explorar o jugar con los elementos proporcionados, no se retiraba de su asiento ni se separaba de su madre hasta que era el momento de finalizar la sesión y calzarse para marchar.

En las sesiones *no mostraba lenguaje ni ningún tipo de intención comunicativa*, prácticamente no cambiaba la expresión en su rostro. Tenía una expresión de tristeza constante. En cambio, cuando los diferentes integrantes del grupo se dirigían hacia él, existía contacto visual, al igual que también era evidente que existía una comprensión de las órdenes que se le daban.

Luís es el pequeño de tres hermanos. Presenta una gran diferencia de edad respecto a ellos. Su madre explica que es el “peluche de la casa”. Nació pocos meses antes del inicio de la pandemia por covid-19. Cuando se decretó el estado de alarma, Luís tenía cinco meses. La madre de Luís es administrativa y explica que pasó todo el confinamiento teletrabajando y con su hijo pegado al pecho, mamando. Luís no se separaba de su madre, existía una fusión muy intensa entre ambos. Este aspecto ha quedado instaurado en la relación madre-bebé y se sigue reproduciendo dos años después del nacimiento del niño, dificultando su desarrollo y crecimiento. La madre nos explica que, a pesar de que su hijo tiene un bajo nivel de lenguaje y posee poco léxico, exclusivamente con ella sí que logra hacerse entender y, en ocasiones, dice alguna palabra, pero este aspecto no se reproduce con ningún otro miembro de la familia. A pesar de que las dificultades mostradas en el niño son evidentes, hay una falta de toma de conciencia

sobre ellas por parte de la madre y existe una negación de estas justificándolo como: “es un niño muy tímido y ya está”.

En la tercera sesión del grupo desde que inició la intervención, *Luís toma la misma actitud que en las dos sesiones pasadas. Entra a la sala, se descalza, se sienta en el mismo lugar que la semana anterior y observa los movimientos de los diferentes integrantes del grupo sin participar.*

La actividad de hoy consiste en jugar a través del movimiento de la boca y la lengua para mejorar la articulación y la producción oral. Una vez están todos los integrantes del grupo acomodados, les explico a las familias cómo realizaremos la actividad. Seguidamente, todos cogemos un trozo de algodón para poder hacer una bolita con la ayuda de las manos, soplarla con la boca y hacer carreras entre nosotros. El objetivo también radica en irnos pasando las bolitas de algodón entre nosotros para así fomentar el aspecto más relacional. Cada miembro de la familia ayuda a su hijo a hacer la bola de algodón. En el caso de Luís es su madre quien se tiene que acercar a coger un trozo y montarla, él simplemente observa. Los niños empiezan a jugar entre ellos, junto con sus familias. Luís observa. Su madre le muestra la bola que ha realizado para que él pueda jugar y le enseña cómo hacerlo. Luís observa el movimiento de la bola de algodón y cómo ésta se desplaza hacia el lugar donde él está sentado, pero se queda inmóvil, impassible. No hace ningún movimiento. Decidimos junto con su madre, como en las sesiones anteriores, no presionarle y darle un poco más de tiempo para que pueda ir observando cómo interacciona el resto.

Tengo la sensación de que en alguna ocasión Luís queda un poco olvidado y apartado del grupo. Es una sensación como la del niño que está quieto, se porta bien y no molesta. Me recuerda a una actitud que tiene relación con los antecedentes que nos explica la madre. Un niño que está pegado al pecho teniendo así la boca tapada y de este modo no se puede quejar, no molesta y deja trabajar. Un niño que está, pero que es como si no estuviera. Es en ese momento cuando decido montar una bolita de algodón y acercarme sutilmente desde donde Luís está observando. Le enseño la bola y la soplo para que se desplace lentamente hacia él. El niño

mira la bola de algodón y me mira a mí. Pasan unos segundos... Es en ese momento cuando se incorpora sutilmente hacia adelante y sopla tímidamente la bola hacia mí. La madre de Luís se queda asombrada por lo que acaba de suceder. Es la primera vez desde el inicio del grupo que el niño se relaciona con alguien que no sea su madre. Luís y yo repetimos el juego durante varias ocasiones. Su rostro ha cambiado ligeramente, parece algo más animado. Luís y su madre han aceptado la inclusión del tercer terapeuta como paso en el desarrollo.

La viñeta clínica anterior muestra y hace referencia al proceso que realiza Luís durante el transcurso de la intervención. A partir de un trabajo focalizado y semanal, donde se escuchan y comprenden las necesidades del bebé y de los padres, el niño puede despegarse de su madre de una forma saludable para explorar y crecer e ir mejorando las dificultades relacionales que se mostraban en un punto inicial. En el transcurso de las sesiones, Luís puede ir participando cada vez más de las actividades que se proponen y existe una mayor interacción con el resto de los participantes del Grupo CLV; no únicamente con los profesionales que lo imparten sino también con el resto de los niños, es decir, con sus iguales. En alguna ocasión, se observa la presencia de léxico en su comunicación. Dice algunas palabras refiriéndose a los distintos colores para pintar. Puede pedir algún objeto de la sala cuando lo desea. Sin embargo, el uso de la palabra sigue siendo escaso.

Gracias a la observación del funcionamiento del niño en las sesiones grupales, su madre poco a poco se puede acercar, sensibilizarse y activarse frente a las dificultades y capacidades que muestra su hijo. El movimiento de progreso de Luís permite abrir esperanza en la madre, que se siente aliviada y agradecida. Existe una toma de conciencia por parte de los familiares y estos se muestran disponibles y aceptan seguir ayudando e incidiendo en la mejora del desarrollo del niño.

Debido a que la intervención que se realizó corresponde a un trabajo breve y focal, se consideró necesario la posibilidad de que se siguiera incidiendo en el desarrollo del habla de Luís. Es por este mismo motivo que, una vez finalizado el grupo CLV, se tramitó la derivación al

CDIAP junto con los profesionales de pediatría para seguir trabajando en la comunicación, ya que todavía requería de una intervención específica de mayor duración.

Discusión general

La mejor estrategia es fomentar el ambiente en casa para promocionar lo social y cognitivo
El Aprendizaje a Temprana Edad Genera Más Aprendizaje, James Heckman.

En la población estudiada se observa una disminución de los niveles de lenguaje en el desarrollo de los niños a los 18 meses de edad. Estudios previos muestran que el deterioro de la comunicación fue la única área de riesgo en el neurodesarrollo significativamente mayor de ocurrencia durante la pandemia de covid-19 (Hessami et al., 2022). Queremos apuntar algunos de los factores que pueden explicar estos resultados. En primer lugar, el estrés, la ansiedad y la tristeza de los progenitores en el momento de la crisis sanitaria por covid-19. Sabemos, por estudios en recién nacidos, cómo la depresión y la ansiedad perinatales conducen a un menor contacto visual y estimulación del bebé por un ensimismamiento y dificultad de tolerar el llanto y las necesidades del pequeño. La misma interpretación podríamos buscar en este momento de pandemia, donde las noticias y el miedo se apoderaron de las familias, con dificultad para poder pensar y estimular adecuadamente según las necesidades del momento evolutivo. El barrio estudiado presenta una especial vulnerabilidad; las ratios de covid y de afectación de la población fueron muy elevadas.

El uso de las mascarillas en los entornos de estimulación, así como en espacios familiares, han dificultado la imitación, la observación de los movimientos de la boca y la reproducción de los sonidos.

Por otro lado, hemos observado un aumento de las puntuaciones en el área del desarrollo psicomotor grueso tras la pandemia. Consideramos que estos resultados pueden estar íntimamente relacionados con la disminución del lenguaje, es decir, que los bebés de 18 meses precisan expresar a través del cuerpo aquello que no puede ser nombrado o verbalizado. La

aceleración en la respuesta motora y la falta de lenguaje preocupa de cara a los procesos de atención y observación que el niño muy físico no puede desarrollar y que pueden interferir en la capacidad simbólica y de aprendizaje de este.

A partir de la intervención grupal de CLV realizada en una muestra pequeña de niños y niñas con sus padres, se observa una mejoría significativa de las capacidades de lenguaje y relación en un período sensible para el desarrollo comunicativo, estableciéndose las bases de la simbolización (Bronckart, 1980; Feldman, 2007).

En términos de economía, pensamos que el lenguaje, la comunicación y la relación padres-bebés son aspectos complementarios (Heckman y Mosso, 2014); es decir, que la evolución del desarrollo del lenguaje favorece la relación y la comunicación, así como los aprendizajes y la integración en su entorno social.

El desarrollo del lenguaje, relacional y cognitivo es fundamental para el posterior proceso de aprendizaje. Este factor es especialmente importante en áreas de población de mayor vulnerabilidad y factores de riesgo acumulados que pueden incidir en una dificultad para el desarrollo de los niños. El acompañamiento a los padres y la posibilidad de implementar técnicas que estimulen el lenguaje, la comunicación y la relación, dota de recursos a las familias para la comprensión de las necesidades de los más pequeños y la estimulación a través del juego. El niño utilizará al máximo sus capacidades para llevar un mayor control sobre el mundo externo y, al mismo tiempo, podrá experimentar una gran satisfacción al descubrir que puede hacer cosas por sí mismo (Calle, 2009).

En referencia a las limitaciones de la presente intervención grupal CLV cabe destacar que pertenece a una prueba piloto, con una muestra limitada. Se considera la importancia de poder ampliar la muestra del estudio de cara a líneas futuras de investigación, al igual que también el hecho de poder ser replicada en otras poblaciones.

Conclusiones

El desarrollo de la comunicación, el lenguaje y el vínculo de los niños en poblaciones vulnerables puede ser inferior y se puede ver afectado bajo situaciones de estrés (como la pandemia

por covid-19), especialmente en el período sensible que hay entre los 18 y los 24 meses. Intervenciones específicas de tipo grupal acompañando a los progenitores y los niños, aplicadas desde el mismo centro de salud pública, pueden resultar efectivas en un período sensible para la integración posterior a nivel relacional, social y cognitivo.

La intervención grupal CLV es focal y breve y permite el desarrollo de capacidades comunicativas y de interacción tanto en los niños como en los padres. La intervención grupal de CLV realizada hasta el momento ha permitido mostrar la importancia que posee el trabajo en edades tempranas y, especialmente, en una etapa sensible para el desarrollo infantil que comprende los 18 y 24 meses de edad del bebé, último período de los mil primeros días, de especial plasticidad cerebral. Al mismo tiempo, esta intervención puede ser replicada con fácil aplicabilidad en otros entornos vulnerables, por tratarse de una técnica específica con actividades previamente definidas.

Se observa cómo esta intervención actúa de impulso y punto de inflexión desencallando aquellos aspectos que deberían haber sido logrados evolutivamente, y promocionando a su vez un desarrollo saludable. El grupo promueve la implicación de los padres, sosteniéndoles en sus funciones parentales, favoreciendo su adherencia a los servicios de salud y comunitarios. Permite la detección temprana y la derivación a servicios especializados si fuera necesario. Todo ello ocurre en un momento evolutivo de máxima plasticidad cerebral en el niño, como se ha comentado con anterioridad.

Se considera importante establecer una red de atención multidisciplinar con los agentes de salud y comunitarios del barrio para dar continuidad a las intervenciones realizadas. Los grupos CLV han quedado instaurados en el EAP a través del referente de bienestar emocional, y vinculados al servicio de pediatría.

La detección de las necesidades en el desarrollo de los más pequeños es esencial para construir la base de su salud mental. Se destaca la importancia de intervenir específicamente, evaluando y promoviendo la participación de los padres en las dificultades del desarrollo infantil.

Bibliografía

- Barreno, Z. y Macías, J. (2015). Estimulación temprana para potenciar la inteligencia psicomotriz: importancia y relación. *Revista Ciencia UNEMI*, 8(15), 110-118.
- Botero, H. (2012). Relación Madre-Hijo. El amor en el Desarrollo del Cerebro del Bebé. Separación Temprana. Patrón de Relaciones y Salud Mental. *Revista de Psicoanálisis*, 14(2), 133-175.
- Bronckart, J. P. (1980). *Teorías del lenguaje*. Herder.
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Feldhusen, F., Pietz, J. y Philippi, H. (2009). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 110-116.
- Calle, A. G. (2019). Una mirada a la estimulación temprana en el lenguaje. *Dominio de las ciencias*, 5(2), 160-172.
- Castañeda, P. F. (1999). *El lenguaje verbal del niño: ¿cómo estimular, corregir y ayudar para que aprenda a hablar bien?* UNMSM.
- Chang, S. M., Grantham-McGregor, S. M., Powell, C. A., Vera-Hernandez, M., Lopez-Boo, F., Baker-Henningham, H. et al. (2015). Integrating a parenting intervention with routine primary health care: a cluster randomized trial. *Pediatrics*, 136, 272-80.
- Clemente, R. A. y Villanueva, L. (1999). El desarrollo del lenguaje: los prerrequisitos psicosociales de la comunicación. *Revista de Neurología*, 28(2), 100-105.
- Cunha, A. J., Madeiro, A. J. y Saraiva, I. (2015). The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de Pediatria*, 91(6), 44-51.
- Del Río, P. (1977). *Symposium de la Asociación de Psicología Científica Francesa. La Génesis del lenguaje: su aprendizaje y desarrollo*. Varios.
- Esteves, Z. I., Avilés, M. I. y Matamoros, A. A. (2018). La estimulación temprana como factor fundamental en el desarrollo infantil. *Espiral Revista Multidisciplinaria de Investigación*, 2(14), 25-36.
- Estrada, K. A., Govindaraj, S., Abdi, H., Moraglia, L. E., Wolff, J. J., Meera, S. S., Dager, S. R., McKinstry, R. C., Styner, M. A., Zwaigenbaum, L.,

- Piven, J. y Swanson, M. R. (2023). Language exposure during infancy is negatively associated with white matter microstructure in the arcuate fasciculus. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 61, 1-11.
- Fall, C. (2013). Fetal malnutrition and long-term outcomes. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 74, 11-25.
- Feldman, R. (2007). *Modelo del desarrollo cognoscitivo de Piaget: El Desarrollo Psicológico*. Pearson.
- Flores, J. M. (2013). Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. *Ciencia y tecnología*, 9(4), 101-117.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Gerhardt, S. (2004). *El amor maternal: La influencia del afecto en el cerebro y las emociones del bebé*. Editorial Albesa.
- Glover, V. (2023). El entorno del niño comienza en el útero. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, M6, 11-19.
- Gomà, M., Arias-Pujol, Eulàlia., Surís, M., Prims, E., Abad, A., Sala, G., Montilla, P. y Llaíró, (2020). La salud mental perinatal en tiempos de pandemia por COVID-19. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 36, 11-21.
- Heckman J. y S. Mosso (2014). The economics of human development and social mobility. *Annual Review Economics*, 6(1), 689-733.
- Hessami, K., Norooznezhad, A. H., Monteiro, S., Barrozo, E. R., Abdolmaleki, A. S., Arian, S. E., Zargarzadeh, N., Shekerdeman, L. S., Aagaard, K. M. y Shamshirsaz, A. A. (2022). COVID-19 Pandemic and Infant Neurodevelopmental Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(10), 1-12.
- Hoz, A. (2021). Psicoterapia de grupo familiar: padres-bebés. Sistema vincular familiar. *Norte de Salud Mental*, 17(64), 65-75.
- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K. y Yousafzai, A. K. (2021) Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: a global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 18.
- Jump, V. (2015). *El desarrollo de la comunicación en tu bebé*. Utah.
- Kattula, D., Sarkar, R., Sivarathinaswamy, P., Velusamy, V., Venugopal, S., Naumova, E. N., Miliyil, J., Ward, H. y Kang, G. (2014). The first 1000 days of life: prenatal and postnatal risk factors for morbidity and growth in a birth cohort in southern India. *BMJ Open*, 4(7), 1-10.
- Latour, A. y Hurtu Delaune, C. (2021). La Maison des Cinq Sens: Une expérience clinique entre soins et école. *L'information psychiatrique*, 97(4), 278-282.
- Lee, C. M., Cardigan, J. M. y Rhew, I. C. (2020). Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 714-717.
- Li, L. y Wang, S. (2020). Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Research*, 291.
- López, B. M. (1998). *El lenguaje del niño*. Editorial Ciencia y Técnica.
- Martínez, C. F., García, P., Poblano, A. y Madlen, M. A. (2010). Estimulación temprana de audición y lenguaje para niños con alto riesgo de secuelas neurológicas. *Acta Pediátrica de México*, 31(6), 304-310.
- Moore, T., Arefadib, N., Deery, A. y West, S. (2017). *The first thousand days: An evidence paper*. Center for Community Child Health.
- Muñoz, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*, 5(2), 147-163.
- Narbona, J. y Chevrie-Muller, C. (2000). El lenguaje del niño: *Desarrollo normal, evaluación y trastorno*. Editorial Masson.
- Nasution, L. A. Pradana, A. A. y Casman, (2021). Vulnerable populations coping in facing challenges during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Enfermería Global*, 20(3), 612-621.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J. y Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025-1036.
- Pawluski, J. L., Swain, J. E. y Lonstein, J. S. (2021).

- Neurobiology of peripartum mental illness. *Handbook of Clinican Neurology*, 182, 63-82.
- Pechtel, P. y Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55-70.
- Peñafiel, M. (2012). *Indicadores tempranos de los trastornos del lenguaje*. Exlibris Ediciones.
- Peralta, M. (1996). *La crianza de los niños menores de seis años en Latinoamérica*. Organización de Estados Americanos.
- Pollak, S. D. (2015). Developmental psychopathology: Recent advances and future challenges. *World Psychiatry*, 14(3), 262-269.
- Quintero, M. D. (2009). El lenguaje oral en el desarrollo infantil. *Revista innovación y experiencias educativas*, 6(45), 11-15.
- Roberts, M. Y. y Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 180-199.
- Roselló, A., Baute, B., Ríos, M., Rodríguez, S., Quintero, M. y Lázaro, I. (2013). Estimulación temprana en niños con baja visión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 659-670.
- Sadurní, M., Rostán, C. y Serrat, E. (2002). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Editorial UOC.
- Salguero, M., Álvarez, Y., Verane, D. y Santalces, B. Y. (2015). El desarrollo del lenguaje: detección precoz de los retrasos/trastornos en la adquisición del lenguaje. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 6(3), 43-57.
- Salomonsson, B., Kornaros, K., Sandell, R., Nissen, E. y Lilliengren, P. (2021). Short-term psychodynamic infant-parent interventions at Child health centers: Outcomes on parental depression and infant social-emotional functioning. *Infant Mental Health Journal*, 42, 109-123.
- Shore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development. *Affect regulation and infant mental health In Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.
- Sleed, M., Li E. T., Vainieri, I. y Midgley, N. (2023). The Evidence-Base for Psychodynamic Interventions with Children Under 5 Years of Age and Their Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 22(3), 179-214. DOI: 10.1080/15289168.2023.2223739
- Smith, J. (2021). *Le grand livre des 1000 premiers jours de vie*. Dunod.
- Smith, K. E. y Pollak, S. D. (2022). Early life stress and neural development: Implications for understanding the developmental effects of COVID-19. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 22, 643-654.
- Squires, J., Potter, L. y Bricker, D. (1999). *The ages and stages user's guide*. Brookes Publishing Co.
- Tomasello, M. y Todd, J. (1983). Joint attention and lexical acquisition style. *First Language*, 4(12), 197-211.
- Triadó, C. (1990). *Els inicis del llenguatge: Activitats i comunicació*. La Llar del Llibre.
- Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Rose, J. P. y Gratz, K. L. (2020). Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry Research*, 289.
- Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs. (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (PIRGAS)*. Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs.
- Zuccarini, M., Suttora, C., Bello, A., Aceti, A., Corvaglia, L., Caselli, M. C., Guarini, A. y Sansavini, A. (2020). A Parent-Implemented Language Intervention for Late Talkers: An Exploratory Study on Low-Risk Preterm and Full-Term Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-20.

Anexos

Anexo 1. Perfil de la evaluación del desarrollo del instrumento ASQ-3 a los 18 meses de edad.



ASQ-3: Compilación de datos 18 meses
17 meses 0 días a 18 meses 30 días

Nombre del niño/a: _____

Fecha de hoy: _____

de identificación del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

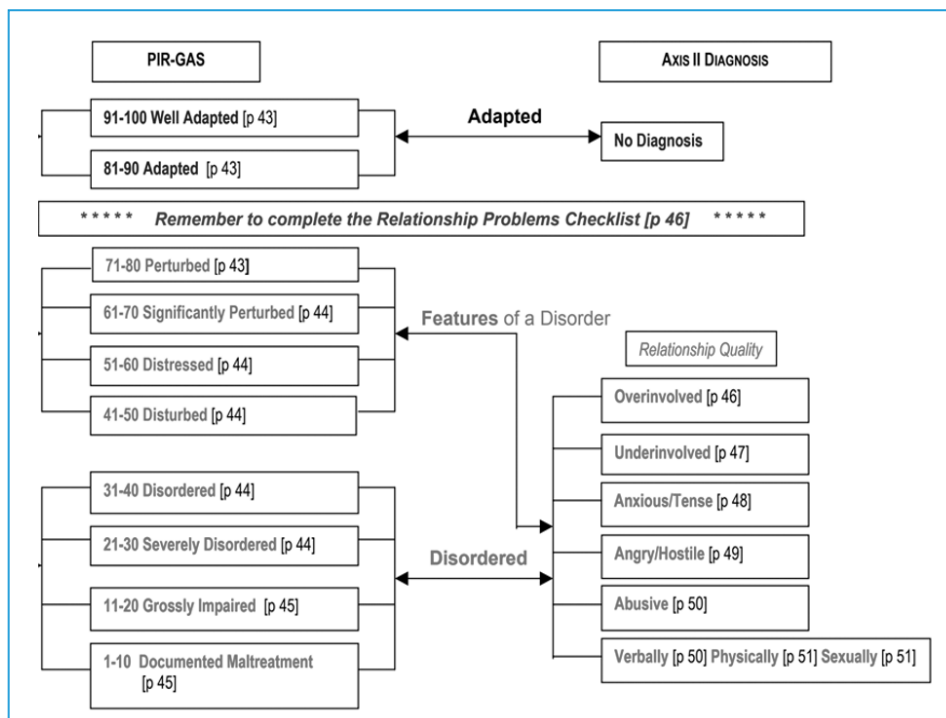
Nombre del programa/proveedor: _____

Para niños prematuros, ¿seleccionó el cuestionario apropiado tomando en cuenta la edad ajustada del niño/a?
 ☐ Sí ☐ No

1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO: Véase ASQ-3 User's Guide para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sume los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

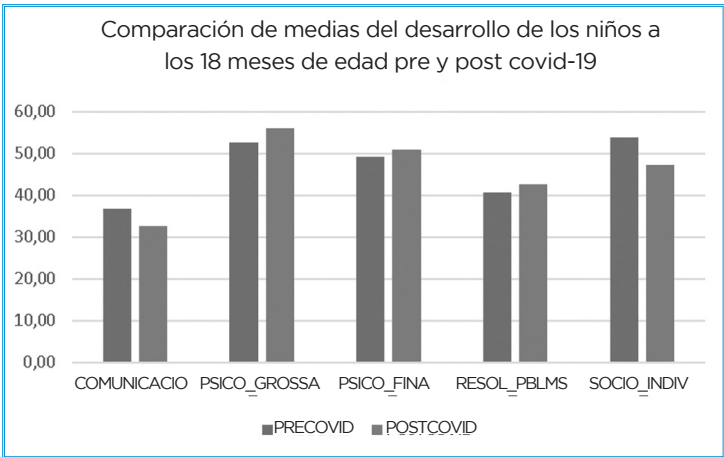
Área	Limite	Puntaje Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	13.06		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Motor gruesa	37.38		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Motor fina	34.32		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Resolución de problemas	25.74		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Socio-individual	27.19		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Anexo 2. Evaluación e interpretación de la de la Escala PIR-GAS sobre la calidad de la relación madre-bebé:



Anexo 3. Comparación entre las medidas del desarrollo de los niños a los 18 meses de edad en los periodos pre y post covid-19:

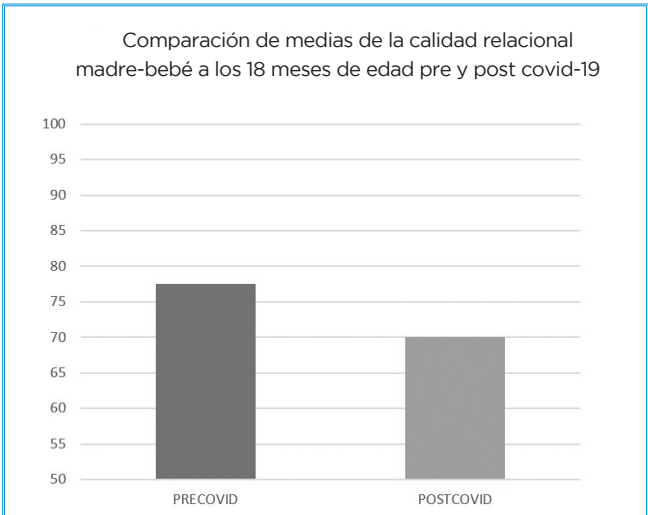
Figura 1. Comparación entre las medidas del desarrollo de los niños a los 18 meses de edad en los periodos pre y post covid-19.



Nota. El gráfico representa la comparación del desarrollo infantil entre dos etapas temporales distintas, pre y post pandemia por covid-19, en los niños que presentan una edad de 18 meses y son pacientes del ambulatorio donde se realiza el estudio. Elaboración propia.

Anexo 4. Comparación de medidas de la calidad relacional madre-bebé a los 18 meses de edad en los periodos pre y post covid-19:

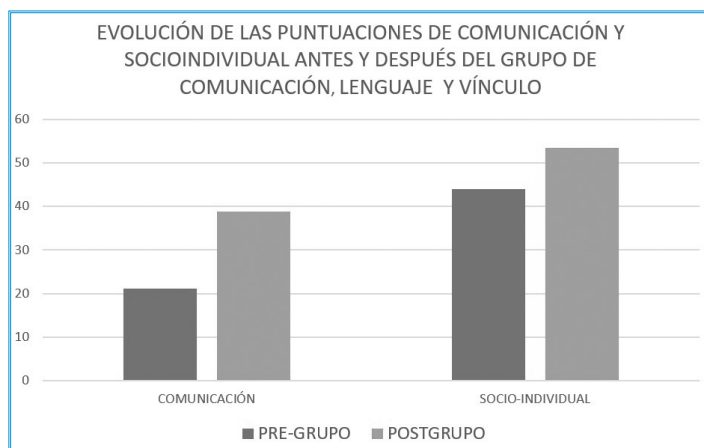
Figura 2. Comparación de medidas de la calidad relacional madre-bebé a los 18 meses de edad en los periodos pre y post covid-19.



Nota. El gráfico representa la comparación de la calidad relacional madre-bebé entre dos etapas temporales distintas, pre y post pandemia por covid-19, en los niños que presentan una edad de 18 meses y son pacientes del ambulatorio donde se realiza el estudio. Elaboración propia.

Anexo 5. Evolución de las puntuaciones en las áreas de comunicación y socio-individual del instrumento ASQ-3 (Squires et al, 1999) antes y después de la realización de la intervención en el grupo de comunicación, lenguaje y vínculo.

Figura 3. Evolución de las puntuaciones en las áreas de comunicación y socio-individual del instrumento ASQ-3 (Squires et al., 1999) antes y después de la realización de la intervención grupal CLV.



Nota. El gráfico representa la evolución del antes y el después de las puntuaciones en el área de comunicación y socioindividual del ASQ-3 (Squires et al., 1999) en los niños de 18 meses de edad que han participado en la intervención grupal de comunicación, lenguaje y vínculo. Elaboración propia.

Anexo 6. Evolución de las puntuaciones de la calidad relación del instrumento PIR-GAS (Zero to Three, 1994) antes y después de la realización de la intervención en el grupo de comunicación, lenguaje y vínculo:

Figura 4. Evolución de las puntuaciones de la calidad relación del instrumento PIR-GAS (Zero to Three, 1994) antes y después de la realización de la intervención grupal CLV.



Nota. El gráfico representa la evolución del antes y el después de las puntuaciones de la calidad relacional del PIR-GAS (Zero to Three, 1994) en los niños de 18 meses de edad que han participado en la intervención grupal de comunicación, lenguaje y vínculo. Elaboración propia.

Detección precoz de desviaciones y promoción de las habilidades sociales del lactante con la escala ADBB durante el seguimiento pediátrico*

NAHIR BONIFACINO¹², GERMÁN LEZAMA^{3A}, MARÍA NAUAR^{3A},
NATALIA LLAGUNO^{45A} Y SANDRA SIMÓ⁶

RESUMEN

El retraimiento del lactante es un signo de riesgo de desviaciones en el desarrollo y la salud mental infantil, asociado a perturbaciones sostenidas en la interacción padres-bebé. Para este estudio se amplió la formación de un grupo de profesionales del primer nivel de un centro de salud en una perspectiva interdisciplinaria del impacto de las interacciones tempranas en el neurodesarrollo, junto con la aplicación de la escala ADBB (Guedeney y Fermanian, 2001) y estrategias para promover las habilidades sociales del lactante. De los 58 lactantes atendidos con el abordaje propuesto, el 22 % presentó retraimiento entre los 2 y 5 meses y el 14 %, entre los 8 y 11 meses. En el grupo atendido sin este abordaje, se detectó un 53 % de retraimiento entre los 8 y 11 meses de edad. La detección precoz de retraimiento junto con estrategias para la promoción de las habilidades sociales del lactante durante el seguimiento pediátrico podría favorecer una perspectiva más integral y preventiva de la salud, incidiendo en el cuidado del neurodesarrollo y de la salud mental infantil desde el primer nivel. **Palabras clave:** *lactante, promoción de salud, intervención, desarrollo infantil, vulnerabilidad social, interdisciplina, diagnóstico precoz.*

ABSTRACT

Early detection of deviations and promotion of infant social skills with the ADBB scale during pediatric follow-up. Infant withdrawal is a sign of risk for deviations in child development and mental health, associated with sustained disturbances in parent-infant interaction. For this study, we extended training to a group of first level professionals from a health center in an interdisciplinary perspective of the impact of early interactions on neurodevelopment, together with the application of the ADBB scale (Guedeney and Fermanian, 2001) and strategies to promote infant social skills. Of the 58 infants treated with the proposed approach, 22% presented withdrawal between 2 and 5 months and 14% between 8 and 11 months. In the group attended without this approach, 53% of withdrawal was detected between 8 and 11 months of age. Early detection of withdrawal together with strategies for the promotion of infant social skills during pediatric follow-up could favor a more comprehensive and preventive health perspective, focusing on neurodevelopmental care and infant mental health from the first level. **Keywords:** *infant, health promotion, intervention, child development, social vulnerability, interdisciplinary, early diagnosis.*

RESUM

Detecció precoç de desviacions i promoció de les habilitats socials del lactant amb l'escala ADBB durant el seguiment pediàtric. El retraïment del lactant és un signe de risc de desviacions en el desenvolupament i la salut mental infantil, associat a perturbacions sostingudes en la interacció pares-nadó. Per a aquest estudi, es va ampliar la formació d'un grup de professionals del primer nivell d'un centre de salut en una perspectiva interdisciplinària de l'impacte de les interaccions primerenques en el neurodesenvolupament, juntament amb l'aplicació de l'escala ADBB (Guedeney i Fermanian, 2001) i estratègies per promoure les habilitats socials del lactant. Dels 58 lactants atesos amb l'abordatge proposat, el 22 % va presentar retraïment entre els 2 i 5 mesos i el 14 %, entre els 8 i 11 mesos. En el grup atès sense aquest abordatge, es va detectar un 53 % de retraïment entre els 8 i 11 mesos d'edat. La detecció de retraïment, juntament amb estratègies per a la promoció de les habilitats socials del lactant durant el seguiment pediàtric, podria afavorir una perspectiva més integral i preventiva de la salut, cosa que incidiria en la cura del neurodesenvolupament i de la salut mental infantil des del primer nivell. **Paraules clau:** *lactant, promoció de salut, intervenció, desenvolupament infantil, vulnerabilitat social, interdisciplina, diagnòstic precoç.*

*Trabajo ganador de un accésit en el X Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil que convoca esta revista y que está patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Artículo original publicado en Arch Pediatr Urug (2023), 93(2). ¹Dra. Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil. ²Psicoanalista de Niños. Profesora Adjunta Instituto Universitario de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Capacitadora Oficial en escala ADBB desde 2006 en Uruguay, España y Chile. ³Dr. Pediatra de Atención Primaria. ⁴Dra. Medicina Familiar y Comunitaria. Médica de Familia de Atención Primaria en Salud Pública. ⁵Coordinadora de Policlínica Municipal "Los Ángeles". ⁶Dra. en Psicología. Máster en Psicología y Psicopatología Perinatal. Profesora Asociada de Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. ^ACentro de Salud Misurraco (Red Atención Primaria Metropolitana, Asociación de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE). Montevideo (Uruguay). Contacto: nahir.bonifacino@gmail.com
Recibido: 20/7/23 - Aceptado: 6/10/23

Introducción

En los últimos años, diferentes disciplinas han demostrado el rol esencial que cumplen los factores epigenéticos en el desarrollo del individuo (Shonkoff et al., 2021; Boyce et al., 2021; Worthman et al., 2010; Fox et al., 2010). Los primeros mil días de vida son un período crítico en el neurodesarrollo, con alta vulnerabilidad a los agentes ambientales. Esta etapa sienta las bases de la arquitectura cerebral y establece un cimiento sólido o frágil para el desarrollo de una amplia gama de destrezas y capacidades de aprendizaje y para la salud mental (Shore, 2001; Center on the Developing Child at Harvard University, 2014; Garner y Yogman, 2021; Spitz, 1945; Insel y Young, 2001). El bienestar emocional y la competencia social durante los primeros años de vida constituyen los cimientos del desarrollo humano, y son la base sobre el cual emergen las habilidades cognitivas (Center on the Developing Child at Harvard University, 2014).

En el contexto de las experiencias tempranas, la interacción padres-bebé ocupa un lugar relevante. El lactante busca la interacción a través de miradas, gestos, balbuceos y expresiones faciales, y en ausencia de respuestas sensibles del adulto con vocalizaciones y gesticulaciones apropiadas, la arquitectura cerebral no se forma de la manera prevista (Center on the Developing Child at Harvard University, 2014). Experiencias relacionales perturbadoras reiteradas y perdurables en el tiempo (estrés tóxico) (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014) generan en el lactante una alteración de sus habilidades sociales (retraimiento o aislamiento relacional) que puede afectar el desarrollo de sus capacidades y de su salud mental (Viaux-Savelon et al., 2022; Tronick, 2007). Particularmente en poblaciones desfavorecidas, los factores de riesgo psicosocial tienen un impacto negativo en las familias e interfieren en la relación del bebé con sus padres, generando una condición más vulnerable para el desarrollo infantil (Sameroff et al., 1999).

La Organización Mundial de la Salud alerta que un tercio de los niños no logra realizar plenamente su potencial debido a factores de riesgo para el desarrollo en la primera infancia (0-3 años), y señala la necesidad de programas

integrados de salud y desarrollo para esta etapa de la vida, especialmente en la atención de poblaciones de alto riesgo psicosocial (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El retraimiento del lactante es una señal de alarma que importa percibir tempranamente y no banalizar. Se encuentra en la clínica de las grandes categorías psicopatológicas de la primera infancia, tales como: trastornos del apego, trastornos del espectro autista, depresión, síndromes postraumáticos, trastornos de ansiedad y retrasos del desarrollo (Guedeney et al., 2013). De no ser detectado oportunamente compromete el desarrollo emocional, social, cognitivo, motor y del lenguaje, así como la salud mental (Guedeney et al., 2016; Cheong et al., 2017; Milne et al., 2009; Guedeney et al., 2014). A pesar de su relevancia, el retraimiento suele pasar desapercibido en la revisión pediátrica habitual (Bonifacino et al., 2014). Su instalación progresiva en la modalidad relacional del lactante hace que sus primeras expresiones sean de difícil detección si no se cuenta con un instrumento específico para esta finalidad, como lo es la escala ADBB (Alarme Détresse Bébé) (Guedeney y Fermanian, 2001).

Trabajos realizados desde el año 2006 con la formación de profesionales en la escala ADBB amplían el uso de este instrumento reconociendo su utilidad no solamente como herramienta de *screening* sino también para favorecer una concepción más integral del control de salud, con la detección precoz de retraimiento y la intervención durante la visita pediátrica (Bonifacino et al., 2014, 2011; Plevak et al., 2012).

Continuando la línea de estos trabajos previos, para este estudio se amplió la formación sistematizada del impacto de las interacciones tempranas en el neurodesarrollo y en la salud psicoemocional, junto con la utilización de la escala ADBB y una guía de estrategias para promover las habilidades sociales del lactante a un grupo de pediatras, médicos de familia y otros profesionales de un centro de salud de una zona de alta vulnerabilidad social. Esta formación se realizó desde una perspectiva interdisciplinaria y para su aplicación durante la práctica clínica del seguimiento pediátrico de un grupo de lactantes, aportando a la evaluación del desarrollo elementos vinculados al desarrollo emocional y social.

El propósito del estudio fue ampliar la experiencia de formación al equipo del primer nivel y desarrollar estrategias para promover las habilidades sociales del lactante durante el seguimiento pediátrico, con una perspectiva preventiva en el desarrollo y la salud mental infantil.

Objetivos

Objetivo general

Conocer la experiencia de la aplicación de la escala ADBB junto con una guía de estrategias para promover las habilidades sociales en un grupo de lactantes con seguimiento pediátrico en un centro de salud de alta vulnerabilidad social.

Objetivos específicos

- Conocer la incidencia de retraimiento en un grupo de lactantes de ocho a 11 meses que asisten al control pediátrico en el centro de salud Misurraco (Montevideo, Uruguay) y su zona de influencia.
- Capacitar pediatras, médicos de familia y otros profesionales del primer nivel en el impacto de las interacciones tempranas en el neurodesarrollo y la escala ADBB, junto con estrategias para promover las habilidades sociales del lactante durante el seguimiento pediátrico.
- Promover las habilidades sociales de un grupo de lactantes que tienen seguimiento pediátrico con los profesionales implicados en el estudio.
- Comparar retraimiento entre los lactantes que tienen seguimiento pediátrico con las estrategias propuestas y el grupo atendido en el control pediátrico regular, sin aplicación de estas estrategias.

Método

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, observacional y analítico, con una muestra por conveniencia de un centro de salud con atención pediátrica de una zona de alta vulnerabilidad social de la periferia de Montevideo durante los años 2016 y 2017.

Participantes

Según datos del centro de salud, en el período en que se realizó este estudio se recibían

para su atención alrededor de 500 recién nacidos por año. Se tomó un grupo de lactantes por conveniencia con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyó en el estudio a todos los lactantes nacidos a término y sin patología perinatal cuyos padres aceptaron participar, que tuvieron control pediátrico en el centro de salud entre los ocho y 11 meses durante los cuatro primeros meses del estudio (grupo 1), y los que tuvieron control pediátrico entre los dos y cinco meses con los profesionales del equipo investigador después de la formación propuesta (grupo 2). Se excluyó a los nacidos de embarazo múltiple. Se completó una ficha con datos personales y familiares de cada lactante.

De acuerdo con estándares éticos, los padres fueron invitados a participar, se les solicitó una autorización firmada para realizar el registro video filmado de los controles pediátricos preestablecidos de cada lactante en función del grupo de pertenencia, y para su evaluación por expertos independientes y por el equipo investigador. Todos los lactantes que presentaran indicadores de retraimiento recibirían intervención. Personal de enfermería y conserjería del centro de salud colaboró voluntariamente en la filmación de las consultas pediátricas.

Se invitó a participar en forma voluntaria a todos los profesionales que asistían lactantes en el centro de salud y su zona de referencia. Participaron en la formación 22 profesionales, de los cuales siete continuaron hasta el final del estudio completando la aplicación de las estrategias para promover las habilidades sociales del lactante durante la práctica clínica, y conformaron el equipo de investigación (cuatro pediatras, una médica de familia, una nutricionista infantil y una enfermera del Plan Aduana, que realizaba el contacto con las familias para la continuidad del seguimiento pediátrico de los lactantes). Todos ellos tenían más de cinco años de experiencia en la profesión. Los restantes profesionales abandonaron sus funciones en el centro de salud a pocos meses de iniciado este estudio debido a situaciones de violencia acontecidas en la zona, que pusieron en riesgo la permanencia de la unidad asistencial (ver figura 1 del anexo).

La formación fue realizada en base a una

perspectiva interdisciplinaria que incluye contribuciones recientes de las neurociencias (Shonkoff et al., 2021; Boyce et al., 2021; Worthman et al., 2010; Fox et al., 2010), la teoría del apego (Shore, 2001) e intervenciones psicodinámicas en la interacción padres-lactante (Stern, 1997). Tuvo lugar en el centro de salud y consistió en tres reuniones de cinco horas cada una con frecuencia semanal, y posteriores talleres quincenales de dos horas, durante seis meses. Las temáticas desarrolladas fueron: 1) impacto de las interacciones tempranas en el desarrollo, 2) formación en escala ADBB, y 3) estrategias para promover las habilidades sociales del lactante durante el seguimiento pediátrico.

Tres pediatras de otro centro asistencial de salud pública que contaban con capacitación y experiencia previa en la escala ADBB recibieron formación complementaria en este instrumento, y actuaron como jueces independientes en la valoración de retraimiento de todos los lactantes participantes del estudio.

El trabajo fue dirigido por una profesional capacitada por el Dr. Guedeney para el uso de la escala ADBB, que cuenta con su autorización para capacitar a otros profesionales, y fue coordinado en las unidades asistenciales por una pediatra del Equipo Técnico Asesor del Área Niñez de la red de atención primaria de salud pública.

Instrumento

La escala ADBB es un instrumento de fácil aplicación durante el control pediátrico, sin requerir tiempo ni recursos extra. Es una guía de ocho ítems relacionados con la capacidad social del lactante a ser observados por el profesional durante la revisión pediátrica con la finalidad de detección precoz de signos de retraimiento relacional. La sumatoria de la codificación de los ítems arroja valores que indican disminución de la capacidad de interacción social (*score* total ≥ 5) o un comportamiento social óptimo (*score* total 0-4). La escala ADBB fue validada en Francia en 2001 (Guedeney y Fermanian, 2001).

Las habilidades sociales de los lactantes fueron evaluadas en forma indirecta a través de la disminución del retraimiento. Por definición, la ausencia de retraimiento indica la presencia de habilidades sociales (Guedeney y Fermanian, 2001).

Procedimiento

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República de Uruguay, la dirección de la red de atención primaria de salud pública y del centro de salud donde fue llevado a cabo.

Los profesionales que realizaban control pediátrico hicieron el reclutamiento de los lactantes, informando a los padres y solicitando la firma del consentimiento informado. Se realizó la filmación del control pediátrico de un total de 119 lactantes entre los dos y 11 meses de edad de acuerdo con el grupo de pertenencia. Durante los cuatro primeros meses del estudio fueron filmados por única vez 43 lactantes de ocho a 11 meses que asistían al control pediátrico regular en el centro de salud. Estas filmaciones fueron guardadas por la investigadora principal y enviadas a los expertos independientes al final del estudio, junto con las filmaciones de los bebés del grupo de intervención a igual edad, para la evaluación con ADBB.

Una vez recolectadas las filmaciones de este grupo, tuvo lugar la capacitación de los profesionales en horario laboral y en el centro de salud. Esta capacitación constó de tres componentes y sus talleres asociados (tabla 1 del anexo).

Después de la formación de los profesionales en la escala ADBB (componente 2) fueron filmados 76 lactantes entre dos y cinco meses de edad (tiempo 1) que tenían seguimiento pediátrico con los cuatro pediatras y la médica de familia que continuaron participando hasta el final del estudio. Estas filmaciones fueron utilizadas en reuniones quincenales de los profesionales con la docente, en las que cada profesional codificó a cada uno de los bebés con ADBB, fortaleciendo sus habilidades en el uso del instrumento e identificando casos de retraimiento. Además, la entrenadora presentó una guía de estrategias para promover las habilidades sociales del lactante en base a una interacción sensible del médico con el niño durante la revisión pediátrica (componente 3). Estas estrategias fueron implementadas por seis meses, hasta que los lactantes tuvieron entre ocho y 11 meses de edad. Se trató de una intervención orientada, enfocada en una actitud más activa

del profesional en la búsqueda de contacto con el lactante, estimulando sus reacciones y el despliegue de sus capacidades sociales en una interacción animada. Se propuso a los profesionales establecer la interacción con cada lactante en forma personalizada en base a los conocimientos adquiridos en los componentes 1 y 2, y a la guía de estrategias presentada. La aplicación de estas estrategias también estaba dirigida indirectamente a los padres, mostrando en la relación médico-paciente un modelo de interacción, de comunicación y de expresión de las emociones que favorecía el despliegue de las capacidades sociales del lactante y promovía en la práctica una estimulación saludable (Stern, 1997). Este abordaje está en sintonía con la propuesta de centrar la atención pediátrica en relaciones seguras, estables y enriquecedoras para amortiguar los efectos de la adversidad en el desarrollo infantil y generar resiliencia (Garner y Yogman, 2021), a la vez que toma en cuenta que la relación sostenida en el tiempo del médico que realiza el seguimiento pediátrico con la familia ubica a este profesional en una posición óptima para identificar preocupaciones e iniciar intervenciones en apoyo de la relación del lactante con sus padres (Garner y Yogman, 2021).

Recolección de datos

Se recolectaron en fichas predeterminadas datos de la población seleccionada que podrían considerarse confundentes en la presentación de retraimiento. Todos los lactantes participantes fueron evaluados con ADBB a través del material video filmado en las categorías de *sin retraimiento* (score ADBB 0-4) y *con retraimiento* (score ADBB ≥ 5) en forma aleatoria y por al menos dos de tres expertos independientes que desconocían todo tipo de información y el grupo de procedencia.

Los datos fueron analizados utilizando SPSS Statistics 24.1. Se utilizaron estadísticos descriptivos como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y media, y desviación estándar para las variables continuas. Se estudió la normalidad de las variables continuas.

Para el estudio de diferencias de variable continuas entre grupos se utilizó *test t de Student* para muestra independientes. Para la asociación entre variables se utilizó *test chi cuadrado*

o exacto de Fisher. En todos los casos el umbral de significación estadística correspondió a un $\alpha = 0,05$.

Resultados

De la población inicial de 76 lactantes del grupo 2, 58 continuaron el seguimiento pediátrico hasta la segunda filmación y fueron incluidos en el estudio estadístico. La comparación de las características sociodemográficas entre ambos grupos no presentó diferencias estadísticamente significativas, permitiendo la comparación entre grupos (tabla 2 del anexo).

Análisis de jueces

En el grupo 1, integrado por los 43 lactantes atendidos en el control pediátrico regular y evaluados una única vez, los jueces expertos en la escala ADBB registraron 53 % (23) de retraimiento.

En el grupo 2, integrado por los 58 lactantes en seguimiento pediátrico con el abordaje propuesto, los expertos detectaron 22 % (13) de retraimiento entre los 2 y 5 meses de edad y 14 % (8) en la segunda filmación, entre los ocho y 11 meses (figura 2 del anexo). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas proporciones de presencia de retraimiento dentro de este grupo ($p = 0,248$).

En la detección de retraimiento, la codificación de los lactantes con ADBB por parte de los expertos independientes alcanzó en este estudio confiabilidades Kappa que oscilan entre 91 % y 97 %.

La comparación de retraimiento entre los lactantes del grupo 1 y el grupo 2 entre los 8 y 11 meses de edad muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (figura 3 del anexo), que permite afirmar que los lactantes atendidos con el abordaje propuesto presentan menos retraimiento que los que asistían al control pediátrico regular. Es decir, que, según la definición de retraimiento, los lactantes del grupo 2 presentan más habilidades sociales que los del grupo 1.

Discusión

Los cimientos del desarrollo y de la salud mental se construyen temprano en la vida y

en estrecha relación con las experiencias relacionales entre el lactante y sus padres (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014). El lactante busca naturalmente la relación a través de balbuceos, gestos y expresiones faciales. La ausencia de respuesta o respuestas poco sensibles del adulto reiteradas y sostenidas en el tiempo perturban al lactante y generan una alteración en su capacidad social (retraimiento) (Viaux-Savelon et al., 2022), con consecuencias en el desarrollo y la salud mental (Spitz, 1945; National Scientific Council on the Developing Child, 2020; Guedeney et al., 2013).

Lactantes con retraimiento a los seis meses de edad presentaron problemas sociales, cognitivos y dificultades en la adquisición del lenguaje a los tres años (Milne et al., 2008), mientras que otros con retraimiento al año de edad presentaron dificultades en la regulación emocional a los tres años y a trastornos de comportamiento a los cinco años (Guedeney et al., 2016). Si no se efectúan las intervenciones oportunas, el retraimiento del lactante tiende a mantenerse o a empeorar sin revertir espontáneamente (Bonifacio et al., 2014) e interfiriendo en el desarrollo infantil saludable.

Este estudio jerarquiza la detección de retraimiento como indicador de riesgo de desviaciones en el desarrollo y la salud mental infantil, y presenta una guía de estrategias para promover las habilidades sociales del lactante durante los controles pediátricos de rutina.

La detección de retraimiento de los lactantes de este estudio fue realizada por expertos independientes con la aplicación de un instrumento validado internacionalmente y utilizado desde hace varios años (escala ADBB) (Guedeney y Fermanian, 2001). Las habilidades sociales, en cambio, fueron evaluadas en forma indirecta y en contraposición a la detección de retraimiento, dado que, por definición, la disminución del retraimiento implica que el lactante presenta mayor capacidad social (Guedeney y Fermanian, 2001).

En cuanto a los resultados obtenidos, el grupo de seguimiento pediátrico con el abordaje propuesto no muestra una diferencia estadísticamente significativa de retraimiento entre los dos tiempos de evaluación. Sin embargo, dado que algunos lactantes que presentaban retraimiento

entre los dos y cinco meses (T1) ya no lo tienen entre los ocho y 11 meses de edad (T2), es posible observar un beneficio clínico. Un aspecto a considerar es que varios lactantes de este grupo acudían desde recién nacidos al control pediátrico con los profesionales de nuestro equipo, quienes aplicaban sus nuevas estrategias desde antes de la primera evaluación con ADBB, la cual se realizó a partir de los dos meses de edad, de acuerdo a la validación de este instrumento. Esta situación pudo haber incidido en que el retraimiento detectado en T1 sea significativamente menor al observado en un estudio longitudinal previo de un grupo de lactantes de contexto de riesgo psicosocial con similar rango de edad.

Es relevante en este grupo que el retraimiento no aumenta en T2, como sería de esperar en las poblaciones de vulnerabilidad social, debido a la persistencia de la influencia negativa del contexto, que sigue actuando en el desarrollo del lactante y sus familias. En poblaciones de mayor riesgo psicosocial se detectó un mayor índice de retraimiento (Guedeney et al., 2013). Sin embargo, en nuestro grupo de lactantes atendidos con el abordaje propuesto, el retraimiento detectado en T2 se encuentra próximo a los resultados de investigaciones internacionales realizadas con lactantes de menor riesgo psicosocial (Guedeney et al., 2013).

En relación con el grupo que asistía a la visita pediátrica regular y fue evaluado por única vez (grupo 1), el estudio de las variables que podían incidir en los resultados de retraimiento mostró una presentación homogénea en relación con el grupo de seguimiento pediátrico con el abordaje propuesto, lo que permitió hacer la comparación de retraimiento entre ambos grupos. Esta comparación mostró una diferencia estadísticamente significativa que permite afirmar que los lactantes atendidos por los profesionales de nuestro equipo presentaron menos retraimiento que los del grupo 1.

Dado que los lactantes participantes de este estudio no presentaban patología orgánica que justificara dificultades en la interacción social, es posible considerar que el retraimiento tenía origen en causas relacionales que remitían a alteraciones en la interacción con sus padres. Desde esta perspectiva, se podría asociar la diferencia

de retraimiento entre los lactantes del grupo 1 y 2, así como la disminución del retraimiento en T2 del grupo de seguimiento, como efecto de las estrategias implementadas para promover las habilidades sociales del lactante durante los controles pediátricos. De acuerdo con Brazelton (1994), consideramos que ser testigo de la interacción sensible del profesional con el lactante durante la revisión pediátrica genera un beneficio indirecto en los padres, en tanto les permite descubrir nuevas capacidades del niño e integrar nuevos recursos para la interacción, con la actitud del médico como referencia. Estos mecanismos relacionales son recursos ampliamente utilizados en intervenciones psicodinámicas en la interacción padres-lactante (Stern, 1997).

En la misma línea, perspectivas actuales (Garner y Yogman, 2021; Shah et al., 2011) destacan la importancia de un abordaje relacional en la atención pediátrica del primer nivel para optimizar el desarrollo socioemocional temprano. En este contexto, la sensibilidad del profesional en la interacción con el lactante durante los controles pediátricos de rutina se presenta como un elemento esencial para facilitar el vínculo emocional entre el lactante y sus padres (Keefer et al., 2009). Compartiendo esta perspectiva, nuestro estudio se ubica en la línea de las recomendaciones y guías de la Academia Americana de Pediatría (AAP) (2009) y la World Association for Infant Mental Health (WAIMH) (Puura et al., 2018) en referencia a proporcionar recursos a los pediatras y a otros profesionales de la salud del primer nivel para promover un abordaje preventivo en salud mental infantil.

Consideramos que nuestra experiencia podría ser una contribución para la práctica clínica pediátrica y el sistema de salud al permitir programar estrategias de detección de riesgo e intervención durante el seguimiento regular del lactante, con una visión integral de la salud, complementando la Guía del desarrollo del Ministerio de Salud Pública (2019).

Podría ser beneficioso a futuro realizar un estudio experimental con profesionales ya formados en el uso de ADBB para hacer un seguimiento a más largo plazo de las estrategias planteadas en este trabajo.

Debe tenerse en cuenta que, a pocos meses del

inicio de este estudio, un importante episodio de violencia social acontecido en el barrio llevó a la mayoría de los profesionales del centro de salud a desvincularse de sus funciones y, por lo tanto, del proyecto en curso. Debido a esta situación no fue posible continuar el seguimiento del grupo de lactantes evaluado una única vez como había sido previsto originalmente. No obstante, se cumplió el objetivo de formación de la totalidad de los profesionales en los componentes 1 y 2 del programa propuesto.

Una limitación de este estudio es la disminución de lactantes en la segunda evaluación del grupo de seguimiento debido a cambios de domicilio y ausentismo a los controles pediátricos coordinados a pesar de la intervención del Plan Aduana.

Son fortalezas de este trabajo la continuación de una línea de investigación que se viene desarrollando desde 2006, el haber podido realizar este estudio en una población de lactantes de un medio considerado como vulnerable y en el contexto de la práctica clínica cotidiana de un centro de salud pública del primer nivel, y la evaluación de retraimiento de todos los lactantes por al menos dos de tres expertos independientes.

Conclusión

La aplicación de la escala ADBB, junto con estrategias para promover las habilidades sociales del lactante durante el seguimiento pediátrico, podría favorecer una perspectiva más integral y preventiva del control de salud, incidiendo en el cuidado del desarrollo y la salud mental infantil desde el primer nivel de atención.

Reconocimientos

Agradecemos la confianza de las autoridades de la RAP y de la dirección del centro de salud Misurraco Dr. Julio Braidá y Lic. Mariángeles Troisi, la colaboración del Centro de Salud de la Costa y de las pediatras Andrea Plevak, Karla Larroca y Virginia Flores en su actuación como jueces independientes, y las contribuciones de la Dra. Anaulina Silveira en análisis de datos. Extendemos un especial agradecimiento a la participación de los lactantes y sus padres.

El artículo original se puede descargar en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492023000301218

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics (AAP) (2019). *AAP Agenda for Children: Medical Home*. 2019. Recuperado el 20 de abril de 2022 de <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-facts/AAP-Agenda-for-Children-Strategic-Plan/Pages/AAP-Agenda-for-Children-Strategic-Plan-Medical-Home.aspx>
- Bonifacino, N., Musetti, D., Plevak, A. y Schellotto, M. (2011). La consultation en pédiatrie la première approche à la santé mentale des enfants. *Devenir*, 23(2), 117-127. <https://doi.org/10.3917/dev.112.0117>
- Bonifacino, N., Plevak, A., Musetti, D. y Silveira, A. (2014). Retraimiento sostenido: Un indicador de riesgo en el desarrollo temprano. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 85(1), 34-42.
- Boyce, W. T., Levitt, P., Martinez, F. D., McEwen, B. S. y Shonkoff, J. P. (2021). Genes, environments, and time: the biology of adversity and resilience. *Pediatrics*, 147(2): e20201651
- Brazelton, T. (1994). Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta paediatrica, suppl.*, 394, 35-39.
- Center on the Developing Child at Harvard University (2014). *A Decade of Science Informing Policy: The Story of the National Scientific Council on the Developing Child*. Recuperado en: <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/09/A-Decade-of-Science-Informing-Policy.pdf>
- Cheong, J. L., Doyle, L. W., Burnett, A. C., et al., (2017). Association between moderate and late preterm birth and neurodevelopment and social-emotional development at age 2 years. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 1-7. 10.1001/jamapediatrics.2016.4805
- Fox, S., Levitt, P. y Nelson, C. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, 81(1), 28-40. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01380.
- Garner, A. y Yogman, M. (2021). Preventing childhood toxic stress: Partnering with families and communities to promote relational health. *Pediatrics*, 148(2). doi:10.1542/peds.2021-052582.
- Guedeney, A. y Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.
- Guedeney, A., Forhan, A., Larroque, B., Agostini de, M., Pingault, J.-B., Heude, B. et al. (2016) Social withdrawal behaviour at one year of age is associated with delays in reaching language milestones in the eden mother-child cohort study. *PLoS ONE*, 11(7).
- Guedeney, A., Matthey, S. y Puura, K. (2013). Social withdrawal behavior in infancy: A history of the concept and a review of published controlled studies using the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 1-16.
- Guedeney, A., Pingault, J. B., Thor, A. y Larroque, B. EDEN Mother-Child Cohort Study Group (2014). Social withdrawal at one year is associated with emotional and behavioural problems at 3 and 5 years: The Eden mother-child cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 1181-1188.
- Insel, T. y Young, L. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(2), 129-136.
- Keefer, C., Johnson, L. y Minear S. (2009). Relationship-based practice in the Newborn Nursery. En J. K. Nugent, B. Petrauskas y T. Berry, *The Infant as a Person: Enabling Healthy Infant Development Worldwide*. Wiley, 203-215.
- Milne, L., Greenway, P., Guedeney, A. y Larroque, B. (2009). Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behavior and Development*, 32(2), 159-166.
- Ministerio de Salud (2019). *Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña Menores de 5 años*.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2005/2014). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3. Updated Edition*. Recuperado de: https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el*

- niño y el adolescente (2016-2030): Sobrevivir, prosperar, transformar*. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
- Plevak, A., Schelotto, M., Bonifacino, N. y Musetti, D. (2012). Consulta pediátrica en la primera infancia: Una oportunidad para la detección de indicadores de riesgo en el desarrollo emocional. Experiencia de tamizaje e intervención precoz. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 83(2), 25-30.
- Puura, K., Malek, E. y Berg, A. (2018). Integrating Infant Mental Health at Primary Health Care Level. [en línea]. *Perspectives in Infant Mental Health*. Recuperado de: <https://perspectives.waimh.org/2018/04/27/integrating-infant-mental-health-at-primary-health-care-level/>
- Sameroff, A., Bartko, W., Baldwin, A., Baldwin, C. y Seifer, R. (1999). Family and social influences on the development of child competence. En M. Lewis y C. Feiring, *Families, risk, and competence* (pp. 161-186). Lawrence Erlbaum Associates.
- Shah, P. E., Muzik, M. y Rosenblum, K. L. (2011). Optimizing the early parent-child relationship: Windows of opportunity for parents and pediatricians. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(7), 183-187. 10.1016/j.cppeds.2011.02.002.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., Levitt, P., Martinez, F. D. y McEwen, B. (2021). Leveraging the biology of adversity and resilience to transform pediatric practice. *Pediatrics*, 147(2). doi:10.1542/peds.2019-3845
- Shore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66. doi:10.1002/1097-0355.
- Spitz, R. (1945). Hospitalisme: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós.
- Tronick, E. (2007). *Interactive Mismatch and Repair: Challenges to the Coping Infant*. *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. Norton and Co.
- Viaux-Savelon, S., Guedeney, A. y Deprez, A. (2022). Infant Social Withdrawal Behavior: A Key for Adaptation in the Face of Relational Adversity. *Frontiers in Psychology*, 13, 809309. doi: 10.3389/fpsyg.2022.809309
- Worthman, C., Plotsky, P., Schechter, D. y Cummings, C. (2010). *Formative experiences: The interaction of caregiving, culture, and developmental psychobiology*. Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511711879.

Anexos

Figura 1. Flujograma del estudio

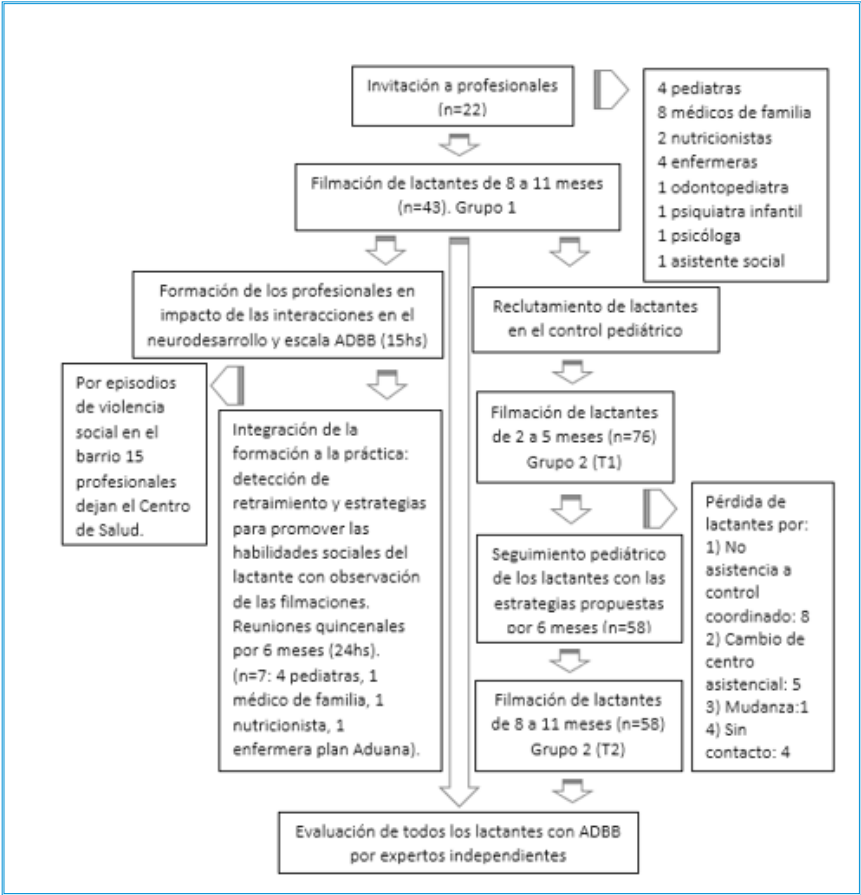


Tabla 1. Componentes y contenidos del Programa de Formación

Componentes	Contenidos
1. Impacto de las interacciones tempranas en el desarrollo 1a reunión (5hs.)	Formación en: - Interacciones padres-lactante y neurodesarrollo. - Capacidades sociales del lactante y sensibilidad en la relación (video). - Consecuencias de dificultades sostenidas en las interacciones tempranas (video). - Retraimiento sostenido: un signo de riesgo en el desarrollo. - Escala ADBB: presentación de una guía observacional para la detección del retraimiento del lactante durante el control pediátrico.
2. Escala ADBB 2a y 3a reunión (10hs.)	Formación en escala ADBB: - Codificación con ADBB de 20 lactantes de 2 a 24 meses con diferentes niveles de retraimiento (material filmado aportado por la docente). - Evaluación de los conocimientos adquiridos para aplicar ADBB: codificación con ADBB de 5 lactantes con distintos niveles de retraimiento (material filmado aportado por la docente).

3. Estrategias para promover las habilidades sociales del lactante durante el control pediátrico	Integración de la formación a la práctica clínica:
Reuniones quincenales de 2hs durante 6 meses (24hs.)	- Dirigir la atención hacia el lactante buscando contacto visual, hablándole y haciéndole preguntas a la manera de un diálogo. - Sustener una relación comprometida con el lactante a lo largo de la revisión teniendo en cuenta sus reacciones e iniciativas en la interacción. - Describir en voz alta e ir dando sentido a los gestos, movimientos, expresiones faciales y/o vocalizaciones del lactante en la interacción con el profesional. - Identificar y nombrar las emociones positivas y negativas que el lactante muestra a lo largo de la revisión ("Me parece que esto no te gusta... estás enojado/a", "Te gusta que te hablen... y te gusta charlar!"). - Reflejar el profesional con sus tonos de voz y sus expresiones faciales las emociones del lactante a lo largo de la revisión, dando respuestas sensibles. - Mostrar a los padres el interés y el placer del lactante en la relación. - Señalar los gestos, movimientos o miradas del lactante dirigidos a una búsqueda de contacto con su madre/padre ("estás mirando a mamá...", "Querés ir con mamá...").

Tabla 2. Características sociodemográficas de los grupos estudiados (n= 101).

Características del lactante	Grupo evaluado una única vez <i>n</i> = 43 <i>n</i> (%)	Grupo con 2 evaluaciones <i>n</i> = 58 <i>n</i> (%)	Diferencia <i>p</i>
Niñas	22 (51)	24 (42)	0,219
Peso al nacer (gramos) Media	3242 (DE = 529)	3373 (DE = 444)	0,133
Características de la madre			
Edad (años) Media	25 (DE = 6,6)	24 (DE = 6,5)	0,605
Nivel educativo			
Hasta educación secundaria	24 (56)	36 (62)	0,182
Educación secundaria	19 (44)	22 (38)	
Características del padre			
Edad (años) Media	28 (DE = 7,5)	29 (DE = 8,3)	0,847
Nivel educativo			
Hasta educación secundaria	27 (63)	42 (72)	0,364
Educación secundaria	16 (37)	16 (28)	
Características sociales			
Número de hijos en el hogar			
1 hijo	17 (40)	24 (41)	0,806
1-3 hijos	17 (39)	23 (40)	
>3 hijos	9 (21)	11 (19)	
Trabajo de padres			
Desempleado	18 (44)	18 (33)	0,293
Padre con trabajo	24 (56)	36 (67)	
Paternidad			
Madre sola	7 (16)	10 (18)	0,868
Madre y padre conviven	36 (84)	47 (82)	

Nota. p = nivel de significación de las pruebas T-student o χ^2 para diferenciar entre ambos grupos.

Figura 2. Porcentaje de retraimiento en los 2 tiempos de evaluación del grupo de bebés atendidos por los profesionales que implementaban las estrategias propuestas (Grupo 2) (n = 58).

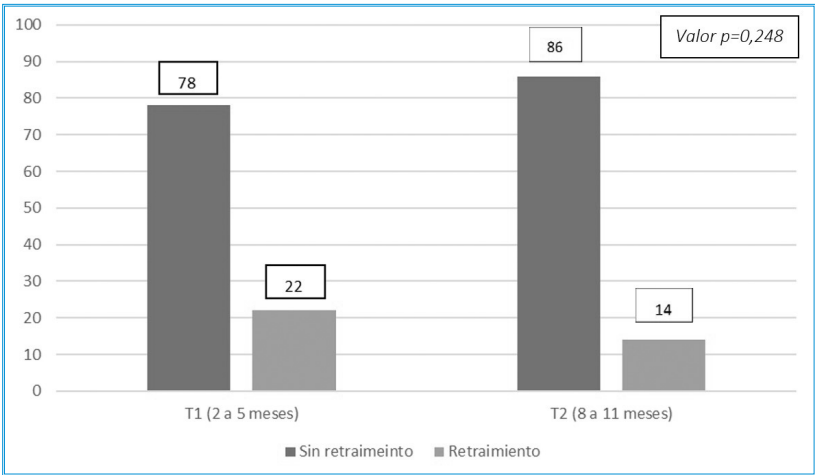
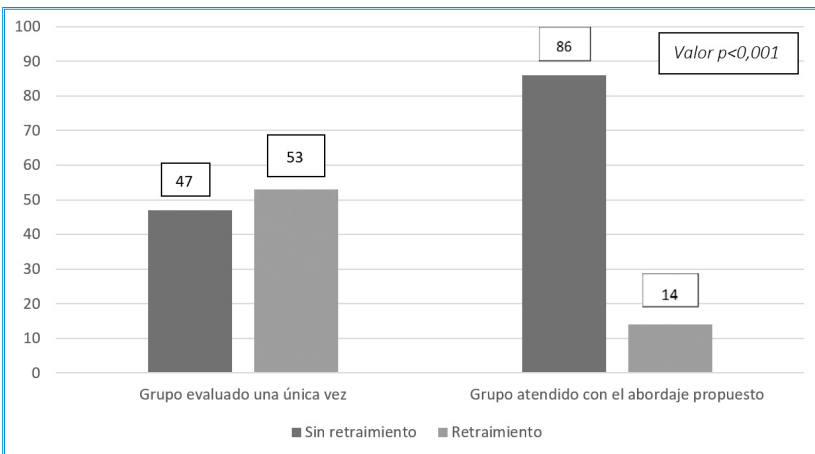


Figura 3. Porcentaje de retraimiento en ambos grupos de lactantes entre los 8 y 11 meses de edad



Análisis de la evolución del consumo del alcohol y cannabis en estudiantes de 12 a 18 años en Ibiza (2018-2022)*

ELENA RIBAS¹, BELÉN ALVITE² Y CARLES PÉREZ-TESTOR³

RESUMEN

Este estudio pretende analizar la evolución del consumo de alcohol y el cannabis en los jóvenes de 12 a 18 años que cursan enseñanzas secundarias obligatorias, bachillerato y ciclos formativos de la isla de Ibiza en 2018 y 2022 mediante un estudio transversal, teniendo en cuenta las respuestas obtenidas en 2018 y las de 2022. Seguidamente, se comparan los datos obtenidos a nivel nacional e internacional con el objetivo de sacar conclusiones significativas. Participan 5766 estudiantes de 17 centros educativos. Se encuentra un descenso en la prevalencia de consumo tanto de alcohol como de cannabis. Además, disminuye también la edad de inicio al consumo para ambas sustancias. **Palabras clave:** consumo de drogas, cannabis, alcohol, adolescentes, Ibiza.

ABSTRACT

Analysis of the evolution of alcohol and cannabis consumption in students aged 12 to 18 in Ibiza (2018-2022). This study aims to analyze the evolution of alcohol and cannabis consumption in young people aged 12 to 18 who attend Compulsory Secondary Education (ESO), Baccalaureate and Professional Training Cycles on the island of Ibiza in 2018 and 2022 through a cross-sectional study, considering the responses obtained in 2018 and those of 2022. Following this, the data obtained at national and international level are compared with the aim of drawing significant conclusions. A total of 5766 students from 17 educational centers take part in the study. A decrease in the prevalence of both alcohol and cannabis consumption is found. In addition, the age of onset of drug use for both substances also decreases. **Keywords:** drug use, cannabis, alcohol, adolescents, Ibiza.

RESUM

Anàlisi de l'evolució del consum d'alcohol i cànnabis en estudiants de 12 a 18 anys d'Eivissa (2018-2022). Aquest estudi pretén analitzar l'evolució del consum d'alcohol i cànnabis en els joves de 12 a 18 anys que cursen ensenyaments secundaris obligatoris, batxillerat i cicles formatius de l'illa d'Eivissa el 2018 i 2022 mitjançant un estudi transversal, tenint en compte les respostes obtingudes el 2018 i les del 2022. Seguidament, es comparen les dades obtingudes a nivell nacional i internacional amb l'objectiu de treure conclusions significatives. Hi participen 5766 estudiants de 17 centres educatius. Es troba un descens en la prevalença de consum tant d'alcohol com de cànnabis. A més, disminueix també l'edat d'inici al consum per a ambdues substàncies. **Paraules clau:** consum de drogues, cànnabis, alcohol, adolescents, Eivissa.

El alcohol, siendo una droga legal en España a partir de la mayoría de edad, es la sustancia psicoactiva con más prevalencia por parte de los españoles de 14 a 18 años, y la

que más socialmente aceptada está. Según el Plan Nacional de Drogas (2021), un 73,9 % de los encuestados afirma haber consumido alcohol alguna vez en su vida, un 70,5 % en el

**Trabajo ganador de un accésit en el X Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil que convoca esta revista y que está patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

¹Grado en Psicología (Universitat Ramon Llull) y Máster Universitario de Psicología General Sanitaria (UNIR). Investigadora del estudio "Adolescentes de Eivissa: ni lo tienen claro ni lo tienen fácil" (CEPCA, 2022). Psicóloga en Centre de Tractament Integral d'Eivissa de Projecte Home Balears (Eivissa). ²Licenciada en Pedagogía (Universidad de Sevilla). Orientadora familiar. Directora del Centro de Estudio y Prevención de Conductas Adictivas (CEPCA) del Consell d'Eivissa. Coordinadora del estudio "Adolescentes de Eivissa: ni lo tienen claro ni lo tienen fácil" ³Doctor en Medicina y Especialista en Psiquiatría. Catedrático Emérito de la Universitat Ramon Llull (URL). Psicoterapeuta de Pareja y Familia en la Fundació Vidal i Barraquer. Contacto: elenaribascosta@gmail.com

Recibido: 28/4/23 - Aceptado: 6/10/23

último año y un 53,6 % en el último mes. Asimismo, mantiene la edad de inicio de consumo más temprana, siendo de 14 años tanto para hombres como para mujeres.

El Instituto Nacional de Estadística (2020) recoge los datos en relación con el consumo de alcohol en españoles de edades comprendidas entre los 15 y 24 años. Estos resultados muestran que un 56,8 % de las mujeres afirma haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, frente a un 74,6 % de hombres. Estos datos contrastan con los obtenidos por el Plan Nacional sobre Drogas (2021), que muestran cómo las chicas tienen un mayor consumo de alcohol (73,3 %) que los chicos (67,8 %).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2021) afirma que un 94 % de los adultos procedentes de países europeos y no europeos que han consumido al menos una droga ilegal en el último año ha consumido alcohol.

Las consecuencias y el impacto del consumo de alcohol afectan tanto al consumidor (intoxicación, enfermedades cardiovasculares, dependencia, alteraciones neurocognitivas y de maduración, etc.) como a terceras personas (accidentes de tráfico, violencia, efectos perjudiciales en el desarrollo neuronal fetal y perinatal). Además, estos efectos pueden manifestarse de forma aguda o de manera crónica (Valencia-Martín et al., 2020).

Una de las formas más populares entre los jóvenes de consumir alcohol es el *binge drinking*, es decir, la ingesta excesiva de alcohol concentrada en un corto espacio de tiempo, que suele comportar una intoxicación alcohólica (Valencia-Martín et al., 2020). Un 27,9 % de los adolescentes españoles de 14 a 18 años afirma que ha consumido alcohol en forma de atracón y un 23,2 % afirma haberse emborrachado en los últimos 30 días. Adicionalmente, las chicas (30,98 %) realizan un consumo por atracón mayor que los chicos (27,18 %) (Plan Nacional de Drogas, 2021). Villalbí et al. (2020) afirman que un 6,1 % de los adolescentes catalanes encuestados mostraron una frecuencia de episodios de consumo intensivo de alcohol en los últimos 30 días. Esta frecuencia aumenta con la edad, siendo de 10,3 % en los alumnos que cursan 4º de educación secundaria obligatoria (ESO) y de 2,2 % en aquellos que se encuentran en 2º de ESO (Villalbí et al., 2020).

Este patrón de bebida proviene de países anglosajones y nórdicos, sin embargo, en países mediterráneos como España, este patrón de consumo es el que más preocupa (Valencia-Martín et al., 2020). Actualmente, la diferenciación de patrones de consumo entre los países con *wet cultures* (incluyendo a España y otros países mediterráneos, donde hay un consumo integrado en la vida cotidiana) y *dry cultures* (países anglosajones y nórdicos, donde es más habitual el *binge drinking* y, como consecuencia, la intoxicación alcohólica) ha dejado de estar tan delimitado y actualmente nos encontramos en una transición donde se homogeneizan ambas y se adaptan nuevas formas de consumo, relacionadas con la regularidad y el grado de embriaguez (Galán et al., 2014).

Otra de las sustancias que más preocupa es el cannabis, una droga ilegal en España y considerada la tercera sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes españoles de 14 a 18 años (situándose por debajo del alcohol y el tabaco) y la primera en la categoría de drogas ilegales. El 28,6 % de los adolescentes encuestados ha consumido alguna vez; un 22,2 %, en el último año y un 14,9 %, en los 30 días previos. Además, la media de edad de inicio se sitúa en 14,9 años, y la prevalencia es mayor en hombres (22,6 %) que en mujeres (21,8 %) (Plan Nacional de Drogas, 2021). En poblaciones adultas europeas que afirman haber consumido al menos una droga ilegal en el último año se observa que un 93 % de los encuestados ha consumido cannabis (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2021).

El cannabis tiene diferentes formas de presentación para su consumo: marihuana, hachís o aceite de hachís (Carbonell, 2022). El Plan Nacional de Drogas (2021) muestra que un 49,95 % de los jóvenes consumidores prefiere la marihuana, un 33,25 % ambas sustancias por igual y un 16,85 % prefiere el hachís. Destaca también que el 87,8 % consume cannabis y tabaco simultáneamente. Siguiendo con esta línea, se muestra que los consumidores problemáticos de cannabis presentan un consumo de 5,1 porros al día, mientras que aquellos que no tienen un consumo problemático, 3,3 porros al día (Plan Nacional de Drogas, 2021).

Su consumo tiene consecuencias adversas

para la salud (a nivel respiratorio, cardiovascular y cerebral), dependencia, mayor prevalencia a sintomatología psicótica, ansiedad, depresión y mayor riesgo de suicidio. En adolescentes, destacan las dificultades para estudiar, peor rendimiento académico, agresividad, conductas sexuales de riesgo y prácticas de riesgo en línea (Rial et al., 2019). Asimismo, consumir cannabis implica una mayor probabilidad de consumir otras sustancias ilegales y desarrollar un patrón de consumo de riesgo, ya que se incrementa su potencial adictivo. (Rial et al., 2019). Cabe destacar que 9 de cada 10 estudiantes (87,7 %), independientemente del sexo y la edad, consumen cannabis simultáneamente con tabaco (Plan Nacional de Drogas, 2021).

Rial et al., (2020) diferencian el consumo de cannabis problemático y no problemático en España estratificando por género: en hombres de 16 a 25 años, hay una prevalencia de 49,8 % de consumo problemático (patrón relacionado con factores externos y contextuales) frente a un 44,9 % de las mujeres de 16 a 25 años (patrón en el que los factores internos y personales tienen gran relevancia). El Plan Nacional de Drogas (2021) afirma que un 17,8 % de los estudiantes que consumen cannabis presentan un posible consumo problemático.

Según el Plan Nacional de Drogas (2021), se entiende que ha habido un descenso poco significativo en el porcentaje de adolescentes que consumen alcohol en el último año. Por el contrario, el consumo de cannabis, por primera vez desde 2016, se ha estabilizado, rompiendo el patrón de aumento de los pasados años.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la mayoría de los casos en los que los adolescentes consumen de manera desmesurada ocurre las noches de los fines de semana para divertirse, conocido como ocio nocturno. Este tipo de ocio se empieza a consolidar gracias a los jóvenes de los años setenta, cuando se empieza a disponer de mucho más tiempo libre y más medios para el ocio. Las Islas Baleares se posicionan como pioneras en este aspecto. Al principio, se constituía como una práctica ligada a los períodos de vacaciones y fiestas populares, mientras que, en los años 80, aumenta su práctica a días laborales y fines de semana. A partir del 2010, podemos observar una gran evolución, en cuanto a

música, bailes, nuevas tecnologías, etc. Asimismo, debemos añadir todas las problemáticas consecuentes, que antes constituían un problema minoritario, mientras ahora se extienden a la práctica común. Es el caso del *botellón*, el poli-consumo, las conductas sexuales de riesgo, la conducción de riesgo y la violencia, entre otros. Esta situación ha dado a conocer un nuevo fenómeno descrito como la “cultura de las drogas” (Juan et al., 2009).

Este tipo de diversión es característica no solo de Ibiza sino de todas las Islas Baleares, ya que sus discotecas y bares hacen de las islas referentes mundiales en cuanto al ocio nocturno, lo que puede promocionar y dar a conocer aún más este consumo entre los jóvenes (Calafat, 2006). Gracias a la globalización y la gran red de transportes que conocemos, se facilita una espectacular movilidad de personas de todo el mundo hacia las Islas Baleares que buscan el ocio nocturno. En el Congreso de CLUB HEALTH del 2008, se establece Ibiza como punto de referencia nocturno y, según el Observatorio Europeo de Drogas, un centro de experimentación de nuevas sustancias y pautas de consumo (Juan et al., 2009).

No obstante, en marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (2020) declara la pandemia global del covid-19. A continuación, empieza el establecimiento de las medidas de confinamiento decretadas en España, lo que genera una serie de cambios en las variables sociodemográficas y, por lo tanto, en el ocio nocturno tal y como lo conocíamos hasta entonces.

El confinamiento y las medidas de protección en cuanto a la pandemia han repercutido en la salud mental, especialmente en la infancia y la adolescencia, que han ido viviendo sin entender muy bien lo que ocurría, absorbiendo incertidumbres y miedos a través de las expresiones de sus familiares más cercanos (Pedreira, 2021).

Hernández et al., (2020) relacionan las estrategias de afrontamiento con la edad de inicio de consumo de alcohol, afirmando que, a menor capacidad de afrontamiento (es decir, dificultades para resolver o mejorar situaciones o gestionar el estrés), menor es la edad de inicio al consumo. Una de las estrategias de afrontamiento más recurridas por las personas que no han podido gestionar satisfactoriamente las

emociones relacionadas con la pandemia del covid-19 y la han vivido como un hecho estresante o traumático ha sido el consumo de bebidas alcohólicas con el objetivo de disminuir las consecuencias de la situación y conseguir alguna recompensa alternativa (Carrillo et al., 2021). Alpízar-Jiménez (2021) apoya esta afirmación, argumentando que, durante el confinamiento, factores de riesgo personal, sociales, económicos, emocionales y culturales se hacen más visibles e incluso aumentan debido a la vulnerabilidad experimentada, por lo que los factores de protección deben reforzarse.

Desde el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2020), afirman que la pandemia y las medidas de confinamiento han tenido un gran impacto en el consumo de drogas. En los primeros tres meses, se observó un descenso generalizado en el uso de sustancias, especialmente aquellas de uso recreativo debido a la falta de espacios en los que consumir y la baja disponibilidad de las sustancias. El uso de cannabis, en cambio, muestra cómo aquellas personas que tenían un uso ocasional disminuyeron su consumo, mientras que aquellos que consumían frecuentemente, un 38 % mantuvo su consumo previo a la pandemia y un 32 % lo aumentó. Asimismo, un 78 % de los participantes afirma que son los efectos relajantes y de reducción del estrés lo que les motiva a consumir. Resulta interesante destacar que hubo un aumento del interés en cultivar cannabis en casa durante el período del covid-19 (Observatorio Europeo de Drogas, 2021). En cuanto al alcohol, se observa un aumento significativo de frecuencia y cantidad de consumo en los adultos europeos, además de un mayor porcentaje de personas que consumían solas, posiblemente para combatir la ansiedad ocasionada a partir del covid-19. Asimismo, se observa un uso simultáneo de fármacos, especialmente fármacos recetados (Observatorio Europeo de Drogas, 2020).

Leatherdale et al., (2021) destacan que el consumo de cannabis de los jóvenes de 16 a 18 años canadienses aumentó en un 27 % de jóvenes durante la pandemia en comparación con su consumo anterior, para poder sobrellevar esta situación sin precedentes causada por el covid-19. Aun así, los datos obtenidos en México por Carrillo et al., (2021) muestran una disminución en el

uso de bebidas alcohólicas en los estudiantes de 26,83 años de media. Estos resultados se explicarían por las diferentes restricciones legales en cuanto a la venta de bebidas alcohólicas y otras posibles variables, como el cierre de locales nocturnos donde los estudiantes solían consumir.

Objetivos e hipótesis

Este estudio pretende analizar la evolución del consumo de alcohol y cannabis en la población adolescente, más concretamente los estudiantes de educación secundaria obligatoria, de bachillerato y de ciclos formativos, de Ibiza entre los años 2018 y 2022. A continuación, nos planteamos otros objetivos más específicos como la actualización de la prevalencia de consumo de alcohol y cannabis, la comparación de las edades de inicio de consumo de una generación a otra, las diferencias por edad y por sexo, la comparación con la prevalencia de consumo nacional e internacional y otras variables socio-demográficas que nos ayuden a resolver los diferentes interrogantes y a descifrar las tendencias sobre el consumo de drogas.

En primer lugar, a partir de la revisión bibliográfica anterior, la hipótesis que nos planteamos es que el consumo de alcohol ha disminuido notablemente en 2022 con respecto al 2018 y que el consumo de cannabis, en cambio, ha aumentado. En segundo lugar, la edad de inicio tanto para alcohol como para cannabis ha aumentado en 2022 en relación con 2018. Finalmente, nos gustaría comprobar si existe correlación entre el consumo de cannabis y el consumo de alcohol.

Consideramos nuestro interrogante de gran interés, ya que hay poca información actualizada sobre la influencia de los factores sociodemográficos de los últimos años en relación con el consumo de alcohol y cannabis en adolescentes. Además, de gran valor para los profesionales del ámbito de la salud mental, educadores sociales y profesores, entre otros, a nivel autónomo y nacional, ya que es un aspecto que interpela a toda la población. Los resultados servirán para crear estrategias de prevención y planificar futuras intervenciones actualizadas a las necesidades actuales.

Nuestro objetivo principal consiste en evaluar, analizar y comparar el consumo de alcohol

y cannabis de los estudiantes de segundo ciclo de educación secundaria, bachillerato y ciclos formativos de la isla de Ibiza del año 2018 y los estudiantes del 2022, conjuntamente con las estadísticas nacionales e internacionales.

Método

Diseño

El estudio realizado es transversal, teniendo en cuenta las respuestas del alumnado del 2018 y las respuestas del alumnado de 2022. Consta de un muestreo probabilístico aleatorio de metodología cuantitativa. Se pretende analizar la evolución de la prevalencia del consumo de alcohol y cannabis en los jóvenes de 12 a 18 años que cursan educación secundaria obligatoria, bachillerato y ciclos formativos, desde el año 2018 hasta la actualidad. Generamos inicialmente la hipótesis de que el consumo es menor en el 2022 que en el 2018 para el consumo de alcohol, y superior para el consumo de cannabis, y comprobamos a partir de esta investigación si es correcta o es errónea, añadiendo otros interrogantes de interés.

Los datos obtenidos en 2022 se comparan con los recogidos en el año 2018 por el mismo *Masked for review*, estableciendo así los dos grupos de comparación en función de la naturaleza de las variables: por una parte, la prevalencia de consumo de alcohol y cannabis en el año 2018 y, por otra parte, la prevalencia de las mismas sustancias cuatro años después, en el 2022. Cabe destacar que los participantes cambian según el año, ya que los participantes del 2018 no participan en el cuestionario de 2022.

Participantes

La población general corresponde a todos los estudiantes de 12 a 18 años matriculados en cursos de educación secundaria obligatoria, bachillerato y ciclos formativos en la isla de Ibiza. Participaron 5.766 estudiantes de 17 centros educativos, 3.132 correspondientes a 2018 y 2.634 a 2022.

Los encuestados se distribuyen, siendo en el 2018, 1.540 (49,17 %) hombres y 1.592 (50,83 %) mujeres; mientras que, en el 2022, 1.351 (51,29 %) son hombres y 1.283 (48,70 %) son mujeres. La edad media de los encuestados es de 14,98

años, en el 2018 y, en 2022, una edad media de 14,82 años.

Inicialmente, se hace una división por edades y por sexo para calcular la muestra representativa de cada centro educativo, de manera aleatoria, ajustada proporcionalmente al tamaño de alumnos del curso, teniendo en cuenta un error muestral del 5 % por cada curso. Para asegurar el muestreo aleatorio, evitar la selección del alumnado y facilitar la recogida de datos, se realiza un aumento de la muestra representativa seleccionando el grupo completo; teniendo en cuenta las posibles limitaciones que conlleva escoger únicamente a la muestra representativa, ya que quedan excluidos aquellos estudiantes que no asistieron a clase el día y hora en que se cumplimentó la encuesta, aquellos que no han querido participar y los cuestionarios que no se consideran válidos. De esta manera, gracias al aumento de muestra, dicho colectivo representa un porcentaje mínimo y, por lo tanto, no repercute de manera directa en los resultados obtenidos de la encuesta y se mantiene también el muestreo aleatorio. Para la recogida de datos del 2018, no se seleccionó una muestra representativa, sino que participaban todos los alumnos; de esta manera, se obtuvieron respuestas de 3.132 participantes, de un total de 3.797 alumnos matriculados.

Instrumentos

Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario elaborado especialmente para el presente estudio, en el que se incluyen preguntas elaboradas en cinco bloques. Las preguntas son iguales a las de las encuestas realizadas anteriormente por parte del *Masked for review*, a pesar de que cada edición pasa por correcciones, aclaraciones o nuevas preguntas. Además, el cuestionario es similar al utilizado en otras comunidades autónomas y a nivel nacional (como por ejemplo el ESTUDES) con la finalidad de poder comparar los resultados.

El cuestionario contempla, por una parte, un bloque de preguntas sobre características sociodemográficas y datos biográficos. Por otra parte, diferentes módulos sobre diversas drogas y, más concretamente, dos secciones que preguntan sobre “consumo de alcohol” y “consumo de cannabis”, en las que nos basaremos

para este estudio. En todos los módulos, se pregunta sobre el consumo, la edad de inicio, la accesibilidad, el conocimiento y la percepción de riesgo sobre la sustancia, entre otros.

El cuestionario está disponible tanto en castellano como en catalán, las dos lenguas oficiales de las Islas Baleares.

Procedimiento

En primer lugar, se recoge información en artículos científicos de fuentes de información fiables sobre las adicciones en general. Se extraen las ideas más relevantes y se realiza una breve explicación de cada concepto.

En segundo lugar, se crea un cuestionario conjuntamente con el equipo del *Masked for review*, referente y responsable de la realización de diferentes estudios y programas de prevención de conductas adictivas. El cuestionario autoadministrado por los alumnos garantiza el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. Se cumplimenta de manera digital por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas mediante un enlace proporcionado por el *Masked for review* en sus respectivos ordenadores. Los participantes suelen completar el cuestionario en aproximadamente 45 minutos. Se cuenta con el consentimiento y la colaboración del centro educativo y los padres o tutores legales.

En tercer lugar, se distribuyen los centros educativos a cada profesional del *Masked for review* y este realiza un primer contacto con el centro para explicarle de qué trata el estudio, pedir la colaboración y autorización del centro y de los padres o tutores legales, comunicar los grupos seleccionados que deberán cumplimentar el cuestionario y concertar una cita para poder hacer el pase de cuestionarios posteriormente.

Posteriormente, una vez aprobada nuestra solicitud, nos presentamos al grupo, explicamos el objetivo del estudio y las instrucciones necesarias, enfatizando y garantizando la confidencialidad, la voluntad y el anonimato de las respuestas. Los alumnos, mediante un enlace, acceden al cuestionario con sus respectivos ordenadores y tienen 60 minutos para cumplimentar la encuesta. Durante este tiempo, no hay profesores ni tutores en el aula, solo los profesionales del *Masked for review*.

Una vez obtenidos los resultados, realizamos

el análisis de datos mediante el programa estadístico *JASP* versión 0.16.1. De esta manera, se realizan diversas pruebas descriptivas para tener información más detallada sobre la muestra y diferentes pruebas estadísticas para comprobar la relación de las diferentes variables con el consumo de alcohol o cannabis y el año en el que se recogieron los datos, mediante pruebas descriptivas, *Chi cuadrado* y correlación de Spearman.

Por último, comprobamos si la hipótesis planteada al principio era acertada, finalizando con una discusión acerca de los resultados obtenidos en comparación con la búsqueda bibliográfica realizada anteriormente, las posibles limitaciones y lo que nos ha supuesto en aprendizaje.

Resultados

A continuación, se expondrán los resultados más significativos descriptivamente, empezando por el bloque de consumo de alcohol. Posteriormente, se presentarán los resultados del apartado de cannabis y, finalmente, compararemos estas dos variables conjuntamente y con otras variables sociodemográficas.

Los resultados obtenidos en cuanto al consumo de alcohol permiten ver que la edad de inicio de consumo se mantiene estable, siendo en 2022 de 13,52 años frente a la edad de inicio media del 2018, de 13,76 años. Encontramos diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba *Chi cuadrado* ($\chi^2 = 14,021$; $p = 0,007$) entre el consumo de alcohol y el sexo para el año 2018, ya que un 69,22 % de las chicas afirma haber consumido alcohol al menos una vez, frente a un 64,61 % de los chicos. En cuanto al año 2022, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas mediante la misma prueba estadística ($\chi^2 = 24,347$; $p < ,001$). Siguiendo con la línea anterior, un 58,46 % de los chicos afirma haber consumido alcohol al menos una vez, y un 67,29 % de las chicas.

En cuanto a la prevalencia del consumo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba *Chi cuadrado* ($\chi^2 = 25,685$; $p < ,001$) (ver tabla 1 del anexo) entre los encuestados en 2018 y 2022, mostrando en el 2018 mayor prevalencia en cuanto al consumo de alcohol. La correlación de Spearman muestra

que hay una correlación negativa entre el consumo de alcohol del año 2018 y del 2022 ($\rho = -0,045$ y $p < ,001$), lo que muestra que, a medida que pasan los años, menos consumo de alcohol por parte de los adolescentes.

En la tabla 1 del anexo, podemos observar cómo ha aumentado el número de encuestados que nunca ha consumido alcohol, siendo de 37,25 % en 2022, en comparación a un 33,05 % en 2018. En 2018, un 66,96 % afirma haber consumido alcohol al menos una vez, mientras que, en 2022, constituye un 62,75 %. Más específicamente, en cuanto a los que han probado el alcohol, podemos observar que se mantiene estable el porcentaje de 2022, siendo de 26,23 % frente al 26,76 % del 2018. Aquellos estudiantes que hacen un uso ocasional también han disminuido notablemente, representando un 25,73 % en 2022 frente a un 28,45 % en 2018. El porcentaje de estudiantes que suelen consumir los fines de semana también se ha visto ligeramente inferior, siendo de 10,79 %, en comparación al 2018, siendo un 11,21 %. En referencia a los alumnos que hacen un consumo diario, podemos observar que en 2018 abarcaba un 0,54 % y en 2022 no se reportan sujetos con este tipo de consumo.

Cabe destacar que el consumo de alcohol en los últimos 30 días no muestra diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba *Chi cuadrado* ($\chi^2 = 0,121$; $p = 0,728$) en cuanto al año 2018 y el 2022. De esta manera, 1.788 sujetos (47,79 % de los que al menos una vez han consumido alcohol y un 31 % de todos los encuestados) afirma haber consumido en los 30 días previos a la encuesta.

Los resultados que refieren al *botellón* (ver tabla 2 del anexo) muestran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 51,361$; $p < ,001$) mediante la prueba *Chi cuadrado*, en cuanto al 2018 y 2022. Se puede observar una notable disminución en cuanto al porcentaje de jóvenes que acude semanalmente a este tipo de actividad, representando tan solo el 6,69 % en 2022, mientras que en el 2018 alcanzaba la cifra de 10,06 %. Siguiendo con esta misma línea, ha disminuido el porcentaje de alumnos que va de *botellón* al menos una vez al mes, siendo de 9,36 % en 2022, mientras que en 2018 eran un 13,57 %. De esta manera, aumenta también el número de estudiantes que jamás ha asistido a un *botellón*,

siendo más de la mitad de ellos (59,33 %) frente al 54,72 % del 2018. También ha aumentado el número de estudiantes que afirma haber asistido alguna vez, siendo un 24,62 % en el 2022, frente al 2018, que se situaba en 21,65 %.

Siguiendo con el consumo de alcohol, los estudiantes responden según la frecuencia de veces en las que se han emborrachado. En este caso, no se muestran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1,855$; $p = 0,762$) entre la frecuencia de borracheras y la generación de los participantes. Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba *Chi cuadrado* para las borracheras en los últimos 30 días y el año ($\chi^2 = 1,031$; $p = 0,310$). De esta manera, encontramos que 378 participantes (40,17 % de los que han consumido alcohol al menos una vez y 6,55 % de los participantes totales) afirma haberse emborrachado en los últimos 30 días, de los encuestados en 2022.

Sí que se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 2129,321$; $p < ,001$) entre la frecuencia de asistir a un *botellón* y emborracharse. Aquellos que afirman asistir todos o casi todos los fines de semana, muestran un mayor porcentaje en la frecuencia de borracheras, siendo un 39,54 % los que afirman emborracharse todos o casi todos los fines de semana y un 37,65 % ocasionalmente. Estas dos variables se encuentran claramente relacionadas, ya que tan solo un 0,23 % de los estudiantes que se emborracha semanalmente no acude a *botellones*, lo que podría indicar que este tipo de consumo de alcohol de riesgo entre los menores de edad ocurre principalmente en *botellones*.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 590,436$; $p < ,001$) entre el consumo de alcohol y las borracheras en los 30 días previos a la encuesta, mostrando que 854 participantes (56,26 %), cuando han consumido alcohol, se han emborrachado en los 30 días previos.

En cuanto al consumo de cannabis, la edad media de inicio al consumo se sitúa en 14,38 años en el 2018 y en 14,31 años para el 2022.

Los resultados obtenidos a partir de la prueba *Chi cuadrado* muestran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 55,478$; $p < ,001$) y una disminución general en la prevalencia de consumo de cannabis (ver tabla 3 del anexo).

De la misma manera, la correlación de Spearman indica que, a medida que han pasado los años, ha habido una disminución en el consumo ($\rho = -0,096$; $p < .001$). Asimismo, un 31,74 % de los encuestados del 2018 afirma haber consumido cannabis al menos una vez, mientras que en 2022, disminuye a 23,44 %. Más detalladamente en la tabla 3 del anexo podemos observar cómo el porcentaje de alumnos que jamás ha consumido cannabis en 2022 (76,56 %) ha aumentado con respecto al 2018 (68,26 %). También se observan notables disminuciones en aquellos que solo lo han probado, siendo un 12,75 % en 2022 frente a un 15,17 % en 2018; aquellos que consumen ocasionalmente, siendo un 5,90 % frente a un 8,78 %; aquellos que consumen los fines de semana, 2,03 % frente a un 3,48 % y, por último, aquellos que consumen diariamente, 2,76 % frente a un 4,31 %.

Al realizar la prueba *Chi cuadrado*, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de cannabis y el sexo de los participantes del 2018 ($\chi^2 = 14,401$; $p = 0,006$) de manera que un 32,6 % de los hombres ha consumido al menos una vez, mientras que un 30,9 % de las mujeres ha consumido al menos una vez. En cuanto al año 2022, no se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 8,938$; $p = 0,063$).

Siguiendo esta línea, los datos que se obtienen sobre el consumo de cannabis en los últimos 30 días muestran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 12,57$; $p < ,001$), ya que en el 2018, 509 participantes (51,21 % de los que, al menos una vez, ha consumido y 8,83 % del total) afirmaba haber consumido y en el 2022, se reduce a 256 participantes (41,97 % de los que, al menos una vez, han consumido y 4,44 % del total).

Resulta interesante destacar que existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 34,511$; $p < ,001$) entre los diferentes tipos de cannabis consumidos por los estudiantes en 2018 y en 2022. Se observa un gran aumento de consumo de hachís en el 2022, siendo de 20,43 % en comparación al 2018, que era de 6,94 %. En cuanto a la marihuana, ha habido un descenso, por lo que, en 2022, un 42,65 % consume esta sustancia, frente al 2018, que el porcentaje ascendía a 52,41 %. También se observa una

disminución en el porcentaje de estudiantes que consumen ambas sustancias por igual, siendo en 2022 de 36,56 %, frente al 2018, que era de 40,66 %. Finalmente, nos gustaría destacar que, a pesar de que en 2018 no se preguntase por el consumo de CBD, en 2022 se añadió este tipo a las respuestas anteriores y se obtuvo una prevalencia de 0,36 %; tan solo un sujeto prefiere este tipo de cannabis.

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el número de porros fumados al día en el 2022 y en el 2018 ($\rho = -0,034$; $p = 0,517$). Aun así, la media se sitúa en 4,22 porros al día.

Por último, al comparar el consumo de cannabis y el consumo de alcohol mediante la prueba *Chi cuadrado* (ver tabla 4 del anexo), encontramos una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1197,46$; $p < ,001$) en los encuestados del 2018. Tras la correlación de Spearman ($\rho = 0,528$; $p < ,001$) se concluye que, a mayor consumo de cannabis, mayor es el consumo del alcohol.

De esta manera, destaca que un 50,32 % de los que han probado el cannabis, presenta un consumo ocasional de alcohol. En segundo lugar, de aquellos que tienen un consumo ocasional de cannabis, un 44,73 % consume alcohol de manera ocasional y un 40 % consume todos o casi todos los fines de semana alcohol. Seguidamente observamos cómo un 47,71 % de los que consumen cannabis todos o casi todos los fines de semana tiene un consumo ocasional de alcohol y un 38,53 % consume todos o casi todos los fines de semana alcohol. Finalmente, de los que consumen cannabis cada día o casi cada día, un 42,96 % tiene un consumo de alcohol ocasional y un 35,56 % consume alcohol todos o casi todos los fines de semana.

Si repetimos el procedimiento para el año 2022, encontramos también diferencias estadísticamente significativas mediante *Chi cuadrado* ($\chi^2 = 809,05$; $p < ,001$). En la tabla 5 del anexo podemos observar cómo no hay participantes que consumen alcohol de manera diaria y hayan consumido al menos una vez cannabis. En primer lugar, de aquellos participantes que han probado el cannabis, destaca que un 50,15 % tiene un consumo ocasional de alcohol, seguido de un 24,32 % que consume todos o casi todos

los fines de semana. En segundo lugar, aquellos que consumen cannabis de manera ocasional, un poco más de la mitad (51,95 %) tiene un consumo de alcohol ocasional y un 37,66 % consume todos o casi todos los fines de semana. En tercer lugar, de aquellos que consumen cannabis los fines de semana, destaca que un 49,06 % tiene un consumo ocasional de alcohol, seguido una vez más, de un 35,85 %, que consume los fines de semana. Por último, aquellos participantes que consumen cannabis cada día destacan que 44,44 % y un 43,06 % tienen un consumo de alcohol ocasional y durante los fines de semana, respectivamente.

Comparando los datos de la tabla 4 y 5 del anexo, los datos confirman que, a mayor consumo de cannabis, mayor consumo de alcohol.

En cuanto al consumo de cannabis en los 30 días anteriores de la encuesta, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 12,57$; $p < ,001$) que muestran que, en 2018, un 51,21 % afirmaba haber consumido, frente a un 41,97 % en 2022.

Finalmente, encontramos que la edad en la que se empieza a consumir cannabis diariamente se mantiene estable en el 2018 (14,60 años) y en 2022 (14,63 años).

Discusión

Esta investigación ha comparado el consumo de alcohol y cannabis con respecto a 2018 y a 2022, de los estudiantes de 12 a 18 años de la isla de Ibiza.

Los datos obtenidos confirman una clara disminución del consumo de alcohol desde 2018 hasta 2022. Mediante las preguntas sobre prevalencia, se observa un aumento en los jóvenes que nunca ha consumido alcohol y un descenso en todos los demás grupos de consumo. En 2022, un 62,75 % afirma haber consumido alcohol al menos una vez. Estos datos son ligeramente inferiores a los presentados por parte del Plan Nacional sobre Drogas (2021), que reporta un 73,9 %. Las diferencias entre 2021 y 2022 podrían explicarse por la diferencia en el tiempo, porque el Plan Nacional sobre Drogas recoge datos a partir de los 14 años o simplemente porque los datos representan la prevalencia estatal y nuestros resultados se centran en los jóvenes

de Ibiza. Aun así, debido a la similitud de los resultados, nuestra hipótesis principal se ve confirmada.

La edad de inicio es un factor que se ha mantenido estable, ya que hemos visto una disminución muy poco significativa, siendo actualmente de 13,52, cuando en 2018, la media alcanzaba los 13,76 años. Estos resultados son bastantes similares a los obtenidos por el Plan Nacional de Drogas (2021), que recoge una media de 14 años. En cuanto al consumo de cannabis, nuestros datos muestran que la edad de inicio se ha mantenido estable (14,38 años en 2018 y en 14,31 años en 2022) en comparación a la edad de inicio media nacional del 2021 (14,9 años) (Plan Nacional sobre Drogas, 2021). Consecuentemente a los resultados obtenidos, descartamos nuestra hipótesis sobre el aumento de la edad de inicio de las diferentes sustancias.

El hecho de que los estudiantes de Ibiza empiecen a consumir o probar dichas sustancias más temprano que el resto de los estudiantes de España podría relacionarse con la accesibilidad que tienen los ibicencos hacia cualquier tipo de sustancia, como destacaba el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanía (2018), siendo Ibiza un “entorno recreativo para el uso de drogas”.

Las diferencias de sexo también son destacables, considerando, por una parte, los obtenidos el último año en cuanto al consumo de alcohol prevalente por parte de chicas (67,29 %) frente al de los chicos (58,46 %), coincidiendo con los obtenidos por el Plan Nacional sobre Drogas (2021), que recoge un consumo de alcohol en mujeres de 73,3 % y en hombres de 67,8 %. Afirmando que las mujeres tienen un consumo de alcohol superior al de los hombres. A diferencia de los datos recogidos por el Plan Nacional sobre Drogas (2021), donde se afirma que la prevalencia de consumo de cannabis es mayor en hombres (22,6 %) que en mujeres (21,8 %), nuestros datos no muestran diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en el año 2022.

En cuanto a la participación semanal en botellones, observamos una disminución en 2022 (6,69 %) en comparación a 2018 (10,06 %). Esto puede deberse a la situación post-pandémica y las consecuencias de realizar botellones aún

presentes en el 2022 debido al covid-19. En cuanto al consumo de alcohol, los 30 días previos a la encuesta, nuestros datos muestran que un 31 % ha consumido, frente al 53,6 % nacional en 2021 (Plan Nacional de Drogas, 2021). Destaca también el porcentaje de jóvenes que se han emborrachado en los últimos 30 días, siendo de 6,55 %. Estos datos coinciden con los de Villalbí et al. (2020), que afirman que un 6,1 % de los adolescentes ha consumido alcohol de manera intensiva en los 30 días previos. Contrariamente a los obtenidos por el Plan Nacional sobre Drogas (2021), que aumenta a 23,2 %.

Se considera, en base a los datos obtenidos en la misma línea que el Plan Nacional de Drogas (2021), que ha habido un descenso ligero en el consumo de cannabis. La prevalencia presentada en el 2021 para aquellos estudiantes que al menos alguna vez han consumido cannabis (28,6 %) (Plan Nacional sobre Drogas, 2021) se sitúa entre los datos obtenidos en 2018 (31,74 %) y 2022 (23,44 %), confirmando el descenso de la prevalencia de consumo de cannabis y descartando nuestra hipótesis inicial.

En cuanto al consumo de cannabis en los 30 días previos, destaca un 14,9 % (Plan Nacional sobre Drogas, 2021) frente al 4,44 % recogido en el 2022, mostrando un gran descenso en el consumo.

Las diferencias sobre el tipo de cannabis consumido por los jóvenes muestran un descenso desde 2018 a 2022 en la preferencia por la marihuana (52,41 % frente al 42,65 %, respectivamente) y un incremento en la preferencia por el hachís (20,43 % frente al 6,94 %). Estos datos son similares a los obtenidos por el Plan Nacional sobre Drogas (2021), ya que destacan una preferencia de 49,95 % por la marihuana y un 16,85 % prefiere el hachís. Siguiendo esta línea encontramos que la media de porros al día fumados por los ibicencos asciende a 4,22, coincidiendo con la media nacional de 4,2 porros al día (Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

Al relacionar el consumo de cannabis con el consumo de alcohol, se concluye que a mayor consumo de cannabis mayor es la prevalencia del consumo del alcohol. Estos datos concuerdan con los de Rial et al., (2019), ya que afirman que consumir cannabis implica una mayor probabilidad de consumir otras sustancias y confirman

nuestra tercera hipótesis planteada.

Este estudio no está exento de limitaciones. No hemos observado diferencias a las tendencias que se han observado en los anteriores estudios sobre consumo de sustancias en España, por lo que el covid-19 y la pandemia podrían parecer que no están influyendo en el consumo adolescente del 2022, dado que los datos se han obtenido en la postpandemia. Posiblemente, si se hubiese pasado el cuestionario en plena pandemia o cuando las restricciones estaban presentes, sí se hubieran visto diferencias significativas. Si nos planteamos un aumento del consumo de alcohol y cannabis durante la pandemia y ahora observamos que ha habido un descenso en el consumo, entendemos que el descenso ha sido incluso mayor desde 2020 que el comparado (2018). Un punto fuerte de este estudio es que no existen muchos estudios actualizados sobre el consumo de alcohol y cannabis por parte de los adolescentes en el último año, por lo que animamos a futuros investigadores y organizaciones a recoger más datos en otras comunidades autónomas para poder comparar los resultados y ver si se extienden a un nivel nacional.

Como conclusión, destaca una disminución en la prevalencia de consumo de ambas drogas y estabilidad en la edad de inicio, a pesar de ser más baja que la media nacional, lo que indica, que los participantes empiezan a probar o consumir dichas sustancias más tempranamente. Las chicas consumen más alcohol que los chicos encuestados. Se observa un gran aumento en la preferencia de hachís, a pesar de que la marihuana sigue encabezando la lista y la preferencia por ambas se sitúa en segunda posición. Aquellos que consumen cannabis diariamente tienen un consumo de 4,2 porros al día. Por último, concluimos que las personas que consumen cannabis tienen una mayor prevalencia de consumo de alcohol.

Bibliografía

- Alpízar-Jiménez, L. (2021). El consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes en tiempos del Covid-19. *Revista Cultura y Droga*, 26(32), 235-249.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2021.26.32.11>

- Calafat, A. (2006). *Estudio sobre el consumo de drogas en la población escolar de Ibiza y Formentera 2005-2006* (pp. 10-12). Consell Insular d'Eivissa i Formentera, Departamento de Sanidad y Bienestar Social.
- Carbonell, X. (2022). Psicología de las adicciones: conceptos básicos. En X. Carbonell (Ed.). *Psicología de las adicciones*. Universidad Ramón Llull.
- Carrillo, L., Escamilla, M. L., González, V. y Reyes, J. M. (2021). *Conducta alimentaria y consumo de alcohol durante el distanciamiento social por covid-19 en México: un estudio exploratorio*. *Ciencia y sociedad*, 46(2), 7-30. <https://doi.org/10.22206/cys.2021.v46i2.pp7-30>
- Galán, I., González, M^a. J. y Valencia-Martín, J. L. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: Un país en transición. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 529-540. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol88/vol88_4/RS884C_IGL.pdf
- Hernández, G., Mateo, Y., Rivas, V., Victorino, A. y González Suarez, M. (2020). Estrategias de Afrontamiento Familiar y la Prevalencia del Consumo de Alcohol en Adolescentes de Secundaria. *Horizonte Sanitario*, 19(1). 10.19136/hs.a19n1.3397
- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Determinantes de salud* (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda) [en línea]. Recuperado de: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- Juan, M., Calafat, A., Duch, M^a. A., Blay, N., Tejera, E. y Mayol, C. (2009) *Oci nocturn a les Illes Balears: Diagnòstic i propostes de qualitat des de la Salut Pública*. Pla d'Addiccions i Drogodependències de les Illes Balears. Recuperado de: http://dgsalut.caib.es/www/infodrogues/catalogprevencio/material/ONB_cat.pdf
- Leatherdale, S. T., Bélanger, R. E., Ganssone, R. J., Patte, K. A., deGroot, M., Jiang, Y. y Haddad, S. (2021). Examining the impact of the early stages of the covid-19 pandemic period on youth cannabis use: adjusted annual changes between the pre-covid and initial covid-lockdown waves of the COMPASS study. *BMC Public Health*, 21(1), 1181-1181. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11241-6>
- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2021, 15 diciembre). *European Web Survey on Drugs 2021: top level findings, 21 EU countries and Switzerland* [en línea]. Recuperado de: https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-fact-sheets/european-web-survey-drugs-2021-top-level-findings-eu-21-switzerland_es
- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2020, Junio) *Impact of covid-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe* [en línea]. Recuperado de: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la covid-19 celebrada el 11 de Marzo de 2020* [en línea]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Plan Nacional sobre Drogas (2021). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2020-2021*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea]. Recuperado de: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Resumen_ejecutivo.pdf
- Pedreira, J. L. (2020). Salud mental y covid-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 94. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202010141.pdf
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31(1), 64-77. Recuperado de:

<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/1212/980>

Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P. y Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32(1), 52. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1266>

Sección de Prevención, Formación e Inserción Laboral (2006). *Estudio sobre el consumo de drogas en la población escolar de Ibiza y Formentera 2005-2006*. Consell Insular d'Eivissa i Formentera, Departamento de Sanidad y Bienestar Social.

Valencia-Martín, J. L., Galán, I., Segura, L., Camarrelles, F., Suárez, M. y Brime, B. (2020).

Episodios de consumo intensivo de alcohol “binge drinking”: Retos en su definición e impacto en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 94. Recuperado de:

https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202011170.pdf

Villalbí, J. R., Serral, G., Espelt, A., Puigcorbé, S., Bartroli, M., Sureda, X., Teixidó-Compañó, E. y Bosque-Prous, M. (2020) Prevalencia de los episodios de consumo intensivo de alcohol entre estudiantes de secundaria y factores urbanos contextuales. *Revista Española Salud Pública*, 94.

Anexos

Tabla 1. Prevalencia de consumo de alcohol en 2018 y 2022.

Variables		Alcohol				
Año	Nunca	Lo he probado	Ocasionalmente	Todos o casi todos los fines de semana	Cada día o casi cada día	Total
2018	33,5 %	26,76 %	28,45 %	11,21 %	0,54 %	100 %
2022	37,25 %	26,23 %	25,73 %	10,79 %	0,00 %	100 %

Tabla 2. Prevalencia del botellón según el 2018 y el 2022.

Variables		Botellón			Total
Año	No he ido nunca	He ido alguna vez	Voy una vez al mes	Voy todos o casi todos los fines de semana	
2018	54,72 %	21,65 %	13,57 %	10,06 %	100 %
2022	59,82 %	24,62 %	9,36 %	6,69 %	100 %

Tabla 3. Prevalencia en cuanto al consumo de cannabis en 2018 y 2022.

Variables		Cannabis				Total
Año	Nunca	Lo he probado	Ocasionalmente	Todos o casi todos los fines de semana	Cada día o casi cada día	
2018	68,26 %	15,17 %	8,78 %	3,48 %	4,31 %	100 %
2022	76,56 %	12,75 %	5,90 %	2,03 %	2,76 %	100 %

Tabla 4. Relación entre consumo de cannabis y consumo de alcohol en el año 2018.

Variables	Alcohol					
Cannabis	Nunca	Lo he probado	Ocasionalmente	Todos o casi todos los fines de semana	Cada día o casi cada día	Total
Nunca	46,49 %	31,01 %	19,60 %	2,85 %	0,05 %	100 %
Lo he probado	5,47 %	24,63 %	50,32 %	18,95 %	0,63 %	100 %
Ocasionalmente	3,63 %	10,18 %	44,73 %	40,00 %	1,45 %	100 %
Todos o casi todos los fines de semana	0,00 %	11,93 %	47,71 %	38,53 %	1,83 %	100 %
Cada día o casi cada día	3,70 %	12,59 %	42,96 %	35,56 %	5,18 %	100 %

Tabla 5. Relación entre consumo de cannabis y consumo de alcohol en el año 2022.

Variables	Alcohol					
Cannabis	Nunca	Lo he probado	Ocasionalmente	Todos o casi todos los fines de semana	Cada día o casi cada día	Total
Nunca	47,97 %	29,01 %	18,36 %	4,65 %	0,00 %	100 %
Lo he probado	2,70 %	22,82 %	50,15 %	24,32 %	0,00 %	100 %
Ocasionalmente	1,95 %	8,44 %	51,95 %	37,66 %	0,00 %	100 %
Todos o casi todos los fines de semana	1,89 %	13,21 %	49,06 %	35,85 %	0,00 %	100 %
Cada día o casi cada día	1,39 %	11,11 %	44,44 %	43,06 %	0,00 %	100 %

El dibujo infantil como herramienta proyectiva para explorar y prevenir experiencias de maltrato y/o abuso sexual*

ELISABETH BALLÚS¹²³, M^a CARMEN COMELLAS⁴⁵⁶, TERESA PASTÓ⁴⁶⁷ Y PAULA BENEDICO³⁸

RESUMEN

El propósito de este estudio es determinar si los indicadores emocionales gráficos se expresan en los dibujos de la prueba proyectiva Dibuja-una-Persona (D.A.P.), realizados por niños en situación de riesgo extremo o negligencia. La muestra está formada por 34 niños, de entre 5 y 11 años (17 niñas y 17 niños), atendidos en los Servicios Especializados de Atención a la Infancia y la Adolescencia del Ayuntamiento de Barcelona (España). Los dibujos se codificaron cuantitativamente. Los resultados indicaron que la mayoría de los dibujos muestran una frecuencia de indicadores gráficos emocionales, así como de indicadores gráficos comunes a experiencias de maltrato y/o abuso, que confirman la existencia de problemas emocionales. Los resultados también revelaron que los dibujos de la figura humana permiten a los menores expresar sus experiencias de situaciones traumáticas difíciles de verbalizar. **Palabras clave:** *dibujos infantiles, maltrato infantil, abuso sexual infantil (CSA), test proyectivo del Dibujo de una Persona (D.A.P.), propiedades psicométricas.*

ABSTRACT

Children's drawings as a projective tool to explore and prevent experiences of mistreatment and sexual abuse. The aim of this study is to determine whether graphic emotional indicators are expressed in the drawings of the Draw-a-Person (D.A.P.) projective test, made by children in situations of extreme risk or neglect. The sample consisted of 34 children, aged 5 to 11 (17 girls and 17 boys), attended at the Specialized Services for Child and Adolescent Care of the Barcelona City Council (Spain). The drawings were coded quantitatively. The results indicated that most of the drawings show a frequency of emotional graphic indicators, as well as graphic indicators common to experiences of mistreatment and abuse, which confirm the existence of emotional problems. The results also revealed that drawings of the human figure allow children to express their experiences of traumatic situations that are difficult to verbalize. **Keywords:** *child drawings, child mistreatment, child sexual abuse (CSA), Draw-a-Person (D.A.P.) projective test, psychometric properties.*

RESUM

El dibuix infantil com a eina projectiva per explorar i prevenir experiències de maltractament i/o abús sexual. El propòsit d'aquest estudi és determinar si els indicadors emocionals gràfics s'expressen en els dibuixos de la prova projectiva Dibuixa-una-Persona (D.A.P.), realitzats per nens en situació de risc extrem o negligència. La mostra està formada per 34 nens, d'entre 5 i 11 anys (17 nenes i 17 nens), atesos en els Serveis Especialitzats d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de l'Ajuntament de Barcelona (Espanya). Els dibuixos es van codificar quantitativament. Els resultats van indicar que la majoria dels dibuixos mostren una freqüència d'indicadors gràfics emocionals, així com d'indicadors gràfics comuns a experiències de maltractament i/o abús, que confirmen l'existència de problemes emocionals. Els resultats també van revelar que els dibuixos de la figura humana permeten als menors expressar les seves experiències de situacions traumàtiques difícils de verbalitzar. **Paraules clau:** *dibuixos infantils, maltractament infantil, abús sexual infantil (CSA), test projectiu del Dibuix d'una Persona (D.A.P.), propietats psicomètriques.*

*Artículo original: Ballús, E., Comelles, Ma. C., Pasto, Ma. T. y Benedico, P. (2023). Children's drawings as a projective tool to explore and prevent experiences of mistreatment and/or sexual abuse. *Frontiers in Psychology*, 14, 1002864. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1002864. Frontiers Media SA. No se aplican licencias de terceros. Disponible para su descarga gratuita en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1002864/full>

¹Doctora en Psicologia. Licenciada en Pedagogia y Psicologia Clínica. Profesora de la Universitat Ramon Llull (FPCEE Blanquerna). ²Miembro Titular y Profesora de la Sociedad Rorschach y Métodos Proyectivos (SERYMP). ³Grup de Recerca de Pareja i Família (GRPF) de la Universitat Ramon Llull. ⁴Licenciada en Pedagogia. ⁵Responsable del Departament de Atenció Especialitzada a la Infància i a la Adolescència de Barcelona ciutat (Ajuntament de Barcelona). ⁶Equipo de docentes del Ayuntamiento de Barcelona. ⁷Directora del Servicio Especializado de Atención a la Infancia y a la Adolescencia del Distrito de Sants-Montjuïc del Ayuntamiento de Barcelona. ⁸Licenciada en Psicología. Contacto: elisabetbb@blanquerna.url.edu

Recibido: 18/7/23 - Aceptado: 13/12/23

Introducción

El maltrato en la infancia, entendido como abuso físico o emocional, abuso sexual y abandono emocional y físico, es una experiencia común a nivel mundial que afecta a todas las culturas (Pereda et al., 2013; Vareset et al., 2013; Stoltenborgh et al., 2015). En el caso del abuso sexual infantil (CSA), se considera el mayor problema de salud pública y una violación de los derechos humanos (Putnam, 2003; Norman et al., 2012), con graves repercusiones negativas a largo plazo en las condiciones físicas y de salud mental de las personas (Putnam, 2013; Peltzer y Pengpid, 2016; Read et al., 2017). Los datos publicados en numerosos estudios internacionales confirman que el abuso en la niñez juega un rol causal en muchos problemas de salud mental en adultos, incluyendo depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de personalidad y psicosis (Kendler et al., 2000; Vareset et al., 2012; Teicher y Samson, 2013; Read et al., 2017). Paradójicamente, la mayoría de los casos de abuso sexual infantil o negligencia no son identificados por los servicios de salud mental (Read et al., 2017).

También hay evidencia de que experimentar múltiples tipos de abuso durante un período de tiempo aumenta el riesgo de desarrollar problemas psicológicos y emocionales en comparación con los niños que solo han experimentado abuso ocasional (Warmingham et al., 2019). De hecho, la infancia es un período esencial y muy sensible en el desarrollo humano. Marques-Feixa y Fañanás (2020) demostraron recientemente que el maltrato infantil juega un papel crucial en [detener] la maduración neurobiológica y psíquica de los individuos. Los mismos autores también afirman que, cuando este maltrato surge en la infancia, desregula varios sistemas neurobiológicos y reguladores del estrés que son esenciales en la consolidación de funciones cognitivas y reguladoras emocionales complejas. Estos cambios sistémicos pueden hacer que las personas sean más vulnerables a padecer diferentes trastornos mentales y otras afecciones médicas durante la niñez y la edad adulta.

Los datos de estudios globales sobre CSA y su prevalencia en todo el mundo parecen coincidir en que ocurre de manera persistente (Nguyen

et al., 2017; Pereda et al., 2009; Stoltenberg et al., 2011). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), en todo el mundo, el 20 % de las mujeres y el 5-10 % de los hombres afirman haber sufrido abuso sexual cuando eran niños. Asimismo, las diferencias en regiones geográficas del mundo con diferentes creencias y valores culturales pueden afectar la incidencia estimada de CSA (Kenny y McEachem, 2000b). Por ejemplo, estudios realizados en países asiáticos muestran una menor prevalencia de CSA que en países no asiáticos, lo que podría atribuirse a normas sexuales culturales conservadoras (Elliot y Urquiza, 2006; Nguyen et al., 2010). Además, diferentes metaanálisis (Pereda et al., 2009; Stoltenberg et al., 2011) informan de una mayor prevalencia de CSA en niñas que en niños. Sin embargo, otras veces, el sexo de las víctimas de abuso depende del contexto específico donde este ocurre; por ejemplo, en el caso de las víctimas de abuso del clero, la gran mayoría de las víctimas son varones (Faller, 2020). En las últimas décadas, ha aumentado la atención pública sobre el abuso infantil que sucede dentro de las instituciones cívicas, como el entorno escolar, los deportes juveniles, las instituciones religiosas y otras organizaciones de servicios para niños y jóvenes (Harris et al., 2019).

A pesar de la mayor conciencia y preocupación social por el maltrato, abandono y abuso sexual entre los niños en la actualidad, una de las mayores dificultades para darle visibilidad es su detección (Tello, 2020). Como algunas investigaciones indican, la mayoría de los niños no revelan su abuso sexual durante la infancia (London et al., 2005; 2008). Guardan para sí mismos el abuso sexual sufrido, lo que a menudo comporta más problemas para su salud mental y otras consecuencias perjudiciales, que si lo hubieran revelado (Faller, 2020). Esta información evidencia la importancia de contar con instrumentos para niños, que les ayuden a expresar sus experiencias traumáticas. La mayoría de los instrumentos utilizados para evaluar el abuso sexual en niños son entrevistas y cuestionarios autoadministrados, como el *Cuestionario internacional de experiencias infantiles adversas* (ACE-IQ). El ACE-IQ está diseñado para ser administrado a adultos mayores de 18 años y para evaluar las adversidades infantiles

en todo el mundo. Se compone de tres categorías de abuso infantil (contacto psicológico, físico y sexual), dos categorías de negligencia y cuatro categorías indicativas de exposición a la disfunción del hogar (Pace et al., 2022b). Principalmente, se utilizan entrevistas para evaluar a los niños, a pesar de las limitaciones en la expresión verbal a esa edad y de la propia situación traumática en sí. El dibujo generalmente se ha utilizado en contextos clínicos, y el uso del dibujo con niños que han sufrido abuso sexual se considera extremadamente importante porque les ayuda a expresar sus emociones con mayor libertad (Cohen Liebman, 1999; Kissos et al., 2019). Es necesario crear entrevistas más sensibles para que los niños no revivan el trauma o experimenten un nuevo trauma a través de entrevistas intrusivas o inapropiadas (Katz et al., 2014; Lev-Wisel et al., 2021). Por lo tanto, los dibujos se pueden incluir en las entrevistas, pero se evalúan de manera más cualitativa y, a menudo, carecen de un sistema de puntuación. En definitiva, faltan instrumentos para evaluar el CSA en la infancia.

El estudio actual

Para contextualizar el presente estudio, explicaremos brevemente cómo está organizado el sistema de protección a la infancia en Cataluña (España). Una de cada cinco personas en Cataluña ha sufrido algún tipo de violencia sexual durante su infancia, según el informe de *Save the Children* titulado *Ojos que no quieren ver* (2017). Actualmente, el Ayuntamiento de Barcelona gestiona el servicio de atención a la infancia y la adolescencia con equipos interdisciplinarios especializados, SEAIA (Servicios Especializados de Atención a la Infancia y la Adolescencia). Estos equipos están integrados por profesionales de los campos de la psicología, la pedagogía, el trabajo social y la educación social. Su finalidad es atender a menores en situación de grave riesgo y/o negligencia. Se entiende por situaciones de grave riesgo las circunstancias en que el desarrollo y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes se ven limitados o perjudicados por alguna situación personal, social o familiar, siempre que la protección efectiva de tales niños, niñas o adolescentes no requiera la separación del núcleo

familiar (LDOIA, Ley 14/2010, de Derechos y Oportunidades de la Infancia y la Adolescencia de Cataluña). Por otro lado, la misma ley define las situaciones de negligencia en las que los niños, niñas o adolescentes se encuentran en situación de carencia de las necesidades básicas para el desarrollo integral de su personalidad, y para su protección, se requiera la aplicación de una medida que implique la separación de su familia nuclear. La función de los SEAIA se divide en cuatro áreas de intervención: (1) Atención individualizada a niños/adolescentes y sus familias (estudio diagnóstico, seguimiento del desarrollo del niño y su familia a través de apoyos y otras intervenciones); (2) Asesoramiento/Colaboración con servicios sociales básicos; (3) trabajo comunitario y (4) Colaboración institucional. En cuanto a los instrumentos que actualmente utilizan estos equipos son las entrevistas y cuestionarios dirigidos a familias y cuidadores, como la *Entrevista de Apego Adulto* (Barudy y Dantagnan, 2010) y el *Cuestionario de Evaluación de Adoptadores, Cuidadores, Tutores y Mediadores* (CIUDA, Bermejo et al., 2014). Para los niños, se realizan entrevistas y se utilizan dibujos, aunque no están codificados. Por ello, es fundamental disponer de herramientas objetivas, válidas, fiables y adecuadas a la edad para detectar y/o verificar situaciones de maltrato y/o abuso sexual, tan difíciles de expresar verbalmente.

Dibujos y métodos proyectivos

Existe consenso en considerar el dibujo como una técnica no intrusiva (Jacobs-Kayam et al., 2013; Kissos et al., 2020), dado que el dibujo es un lenguaje natural y espontáneo para los niños; es ontológica y genéticamente más primitivo que la escritura y no requiere un entrenamiento especial (Ballús y Viel, 2007). En este estudio, se han utilizado los dibujos de figuras humanas realizados por niños, como una herramienta proyectiva gráfica dentro del marco conceptual del psicoanálisis, para facilitar la expresión no verbal de las experiencias traumáticas de los niños. Según Piaget e Inhelder (1920), el dibujo implica la exteriorización de una imagen mental previamente interiorizada, que proyecta el mundo interno del individuo sobre espacios externos (Siquier et al., 1987). Por lo tanto, proporciona acceso al inconsciente (Frank, 1939).

Según este mismo autor, las técnicas proyectivas permiten aproximarse a la personalidad de un individuo y lo inducen a revelar cómo se organiza su experiencia, dándole pocas pautas o poca estructura (las consignas en este estudio: "Dibuja una persona"), para que así se pueda proyectar su personalidad y, especialmente, sus sentimientos (Ávila, 1997). Se considera que el sujeto proyecta su autoconcepto, se construye a partir de las experiencias subjetivas de cada individuo (Schilder, 1935). No es evolutivo, sino único y característico de cada persona. Las técnicas proyectivas, sin embargo, se entienden como herramientas parciales en un proceso diagnóstico global.

Si bien es cierto que las técnicas proyectivas gráficas se han utilizado con frecuencia en el ámbito clínico, en investigación (como Machover, 1953; Bellack, 1949; Koppitz, 1968; Wohl y Kaufman, 1985; Buck, 1995; Hammer, 1978; y Frank de Verthely, 1985) y en el campo del abuso sexual (Wohl y Kaufman, 1985; Van Hutton, 1994; Colombo, 2004; Royer, 1999; Maganto y Garigordobil, 2009; Pont, 2012), los requisitos psicométricos de fiabilidad y validez han sido una de las cuestiones más controvertidas de estas herramientas (Ávila, 1997; Maganto y Garigordobil, 2011). Las técnicas proyectivas, y en particular los análisis de dibujos, pusieron inicialmente el énfasis únicamente en el análisis cualitativo, penalizando así la objetividad y validez de los datos. La falta de rigor metodológico en el uso de dibujos en los psicodiagnósticos en las décadas de 1960 y 1970 provocó que estas técnicas fueran criticadas y menospreciadas (Allen y Tussey, 2012; Maganto y Garaigordobil, 2011). Sin embargo, según Ballús et al., (2020), en los últimos años ha proliferado la investigación con métodos proyectivos, incorporando medidas cuantitativas con propiedades psicométricas (Maganto y Garaigordobil, 2009; Barbosa y Sales, 2014, 2015; Tuset y Fernández, 2017; Ballús et al., 2019a; Ballús et al., 2019b), añadiendo objetividad y fiabilidad a estos métodos.

Por otro lado, si bien es cierto que la revisión de la literatura concluye que no hay evidencia de que los dibujos puedan utilizarse como un instrumento válido para el diagnóstico de la personalidad, algunos sistemas de puntuación pueden ser adecuados para fines de detección

o *screening* (Goldner et al., 2018). Se han desarrollado diferentes sistemas de puntuación basados en el test *Dibuja-una-Persona* (D.A.P.) de Machover (1953), como el sistema de puntuación DAP-SPED (Naglieri et al., 1991). Utiliza un enfoque objetivo, basado en la frecuencia de ítems representados en los dibujos de las figuras humanas y considerándose indicadores de posibles problemas emocionales en poblaciones no clínicas versus clínicas. Del mismo modo, Maganto y Garaigordobil (2009) desarrollaron y validaron una propuesta psicométrica del D.A.P., el *Test de Dos Figuras Humanas* (T2F), que otorga validez y fiabilidad a la prueba con su sistema de puntuación para identificar indicadores evolutivos y emocionales (algunos de ellos comunes a experiencias de abuso sexual) en niños/as de 5 a 12 años. El test es tanto cuantitativo como cualitativo. Permite codificar los indicadores emocionales y determinar si existen o no problemas emocionales según el percentil obtenido, a la vez que ofrece un análisis cualitativo del significado de los indicadores emocionales encontrados. Además, en las investigaciones sobre dibujos, a menudo se cuestiona la validez discriminante en los resultados obtenidos (en este caso con el T2F) y la habilidad de dibujar del niño (Clark et al., 2002; Pace et al. 2022c). En cuanto al T2F, Maganto y Garaigordobil (2009b) desarrollaron ítems de la escala de Indicadores de Desarrollo (52 ítems). Es decir, su frecuencia en el dibujo aumenta a medida que los sujetos se hacen mayores. Se basa en la asignación de puntuaciones estandarizadas cuando los indicadores de desarrollo están presentes, y el valor resultante se transforma después en percentiles para cada edad y sexo. Es decir, el T2F clasifica y sitúa el dibujo del niño en referencia a su grupo normativo, en función de la edad y el género. Además, estos ítems se correlacionan con la inteligencia evaluada por el *Test de Matrices Progresivas de Raven* (1995).

En términos de la evidencia empírica para detectar abuso sexual en dibujos de la figura de sí mismos, como afirman Kissos et al., (2020), en los últimos 20 años diferentes estudios han demostrado que los dibujos en las pruebas del D.A.P. de personas víctimas de abuso sexual tienen características gráficas específicas que se diferencian de los dibujados por personas que

no han sido abusadas (Faller, 2014). Estudios previos han sugerido que la omisión o distorsión de partes del cuerpo en los dibujos de la figura de sí mismos implica una relación conflictiva con dicha parte y se asocia con trauma y abuso (Koppitz, 1968; Dyer et al., 2015). Por ejemplo, en los dibujos de la figura de sí mismos propia de las víctimas de trauma y abuso, se omiten o distorsionan todo el cuerpo o ciertas partes del cuerpo (Dyer et al., 2015; Goldner y Fritz, 2021; Jacobs-Kayam et al., 2013), y también hay otros indicadores, como la cabeza separada o desconectada del cuerpo (Faller, 2003; Goldner y Fritz, 2021; Handler y Thomas, 2013). Además, otros estudios también ofrecen validación de cuatro indicadores de abuso sexual (Jacobs-Kayam et al., 2013) que previamente se han documentado (Amir y Lev-Wisel, 2007; Lev-Wisel, 1999): (1) la línea de la cara, (2) los ojos, (3) las manos y los brazos y (4) los genitales. La presencia de tres o más de estas características se considera un indicador de abuso sexual. Además, estudios recientes (Goldner et al., 2021) codifican el estilo de dibujo con algunos de los siguientes indicadores de abuso sexual: dibujo preesquemático; tamaño de la figura: pequeño (alrededor de 2 cm) o sobredimensionado; y presencia de símbolos agresivos.

El presente estudio, en línea con las últimas investigaciones, utiliza técnicas gráficas proyectivas, incorporando no sólo el análisis cualitativo propio de estas técnicas, sino también el análisis cuantitativo a través de la codificación de diversos indicadores gráficos. El objetivo principal de esta investigación es determinar si los indicadores emocionales gráficos, incluidos los de CSA, se expresaron en los dibujos de la prueba proyectiva D.A.P. realizados por niños en situaciones de grave riesgo o negligencia. Hemos formulado dos hipótesis basadas en hallazgos previos. Primera (H1), se encontrarán indicadores gráficos de CSA en los dibujos de los niños de la muestra, en situaciones de grave riesgo o negligencia (Dyer et al., 2015; Goldner et al., 2021; Jacobs-Kayam et al., 2013). Segunda (H2), más de la mitad de los participantes presentarán una mayor frecuencia de indicadores emocionales, correspondientes a los percentiles superiores de la escala emocional del T2F, confirmando la existencia de problemas emocionales (Maganto y Garaigordobil, 2009).

Método

Participantes y procedimiento

La muestra está formada por 34 niños/as en situación de riesgo grave o negligencia, que en 2018 recibieron atención de los SEAIA en Cataluña (una comunidad autónoma en el noreste de España, que cuenta con el 16% de la población nacional total).

Los 34 niños/as de este estudio tienen edades comprendidas entre los 5 y los 11 años. La muestra estaba formada por 17 niñas y 17 niños con una media de edad de 7,91 años ($DT = 1,6$). Se crearon dos grupos de edad para facilitar el análisis de los datos de acuerdo con las autoras de uno de los instrumentos utilizados, T2F de Maganto y Garaigordobil (2009b). Estas autoras afirmaron que la mayoría de los indicadores emocionales son comunes a todas las edades, pero algunos solo son significativos a partir de los siete años. Por lo tanto, se hicieron dos grupos de edad ajustándose a esta división. El primer grupo tenía entre cinco y siete años ($n = 14$) y consistía en ocho niñas y seis niños, con una edad media de 6,36 años, y el segundo grupo tenía entre ocho y 11 años ($n = 20$) y estaba compuesto por nueve niñas y 11 niños, con una edad media de nueve años.

Los niños de la muestra fueron seleccionados al azar de la población infantil atendida por los SEAIA de Barcelona en 2018. Según los datos facilitados por la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (2018) de la Generalitat de Catalunya, el número de niños y adolescentes en la población era de 1.402.825. En diciembre de ese año, 18.262 niños, niñas y adolescentes recibieron asistencia en el marco del sistema de protección. De ellos, 8.672 (47,4 %) participaron en una intervención con la familia sin separación, mientras que los 9.590 restantes (52,6 %) tenían una medida de protección que implicaba la separación de su familia nuclear. En concreto, 3.742 niños (39 %) fueron objeto de una medida de acogimiento familiar (65,2 % con familiares extendidos, 24,2 % en familias de acogida y 10,4 % en acogimiento pre-adopción); otros 5.681 niños (59,2 %) estaban en atención residencial, y los 167 niños restantes (1,7 %) estaban en otras situaciones (hospital, justicia juvenil, etc.).

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Ramon Llull (URL) de Barcelona (España). De acuerdo con la normativa deontológica de investigación, se obtuvo el consentimiento parental firmado y la protección de datos personales. Asimismo, para garantizar el anonimato de la información personal de los niños en la investigación, se les asignó un número para identificarlos y solo se hizo constar su edad y sexo. Los datos fueron recogidos en las dependencias de los SEAIA en Barcelona. La prueba fue administrada a los niños individualmente por el personal de los SEAIA, que previamente había sido entrenado por el investigador principal. Además, se anotaron sus actitudes y reacciones durante la prueba. Posteriormente, dos miembros del equipo de investigación especializado en técnicas proyectivas analizaron la prueba.

Instrumentos

Indicadores de abuso sexual infantil en dibujos de figuras humanas (CSA). A partir de las evidencias empíricas de estudios recientes, sobre las características gráficas específicas que presentan por los dibujos de figuras humanas (DAP) de niños abusados sexualmente (Lev-Wiesel, 1999; Amir y Lev-Wiesel, 2007; Jacobs-Kayam et al., 2013; Dyer et al., 2015; Kissos et al., 2019; Goldner y Frid, 2021; Goldner et al., 2021), se han tenido en cuenta nuevos indicadores para este estudio. Los indicadores de abuso sexual infantil (CSA) utilizados para evaluar los dibujos de figuras humanas son los siguientes: (1) todo el cuerpo o partes del cuerpo se omiten o distorsionan (Jacobs-Kayam et al., 2013; Dyer et al., 2015; Goldner y Frid, 2021), (2) la cabeza está separada o desconectada del cuerpo (Faller, 2003; Handler y Thomas, 2013; Goldner y Frid, 2021), (3) la línea de la cara es doble o hueca, o la barbilla o la mejilla están sombreadas (Lev-Wiesel, 1999; Amir y Lev-Wiesel, 2007; Jacobs-Kayam et al., 2013), (4) los ojos tienen forma de puntos, ahuecados, sombreados u omitidos (Lev-Wiesel, 1999; Amir y Lev-Wiesel, 2007; Jacobs-Kayam et al., 2013), (5) las manos y los brazos se representan como aferrados, separados, cortados u omitidos (Lev-Wiesel, 1999; Amir y Lev-Wiesel, 2007; Jacobs-Kayam et al., 2013), (6) los genitales están sombreados

o bloqueados del resto del cuerpo (Lev-Wiesel, 1999; Amir y Lev-Wiesel, 2007; Jacobs-Kayam et al., 2013), (7) dibujo preesquemático (figuras humanas bloqueadas, figuras primitivas correspondientes a edades de cuatro o cinco años; Goldner et al., 2021), (8) el tamaño de la figura: pequeño (unos 2 cm) o sobredimensionado, de modo que la figura ocupa la mayor parte de la página (Goldner et al., 2021), y (9) la presencia de símbolos agresivos (Goldner et al., 2021).

El test proyectivo de Dos Figuras Humanas (T2F). El instrumento utilizado fue el T2F de Maganto y Garaigordobil (2009b). Se trata de una propuesta psicométrica del test proyectivo gráfico D.A.P., desde las perspectivas evolutiva y proyectiva, dándole mayor validez y fiabilidad. El sistema de puntuación se basa en la frecuencia de los ítems en un dibujo de la figura humana. Según las autoras, se describe como un instrumento de *screening*, para ser utilizado en entornos clínicos, educativos y sociales, para identificar niños con problemas de desarrollo (52 indicadores) y problemas emocionales (35 indicadores). Para el propósito de este estudio, los dibujos se codificaron únicamente utilizando la escala de 35 *indicadores emocionales*. Se pidió a los participantes que dibujaran a una persona en una hoja de papel Din A4 que se les entregó previamente, junto con un lápiz y una goma de borrar, sin límite de tiempo. Una vez que habían terminado, se les daba una segunda hoja de papel y se les pedía que dibujaran a una persona del sexo opuesto. Para los niños más pequeños, la instrucción era dibujar a un niño o niña, de acuerdo con Machover (1953).

Utilizando muestras españolas de 1.222 y 1.623 participantes de cinco a 12 años, los resultados mostraron que el instrumento era fiable y válido para identificar problemas de desarrollo y problemas emocionales (Maganto y Garaigordobil, 2009a). En cuanto a la escala de *indicadores de desarrollo* (52 ítems), se basa en asignar puntuaciones estandarizadas cuando los indicadores de desarrollo están presentes, y el valor resultante se transforma en percentiles para cada edad y sexo. Se acordaron dos criterios para aceptar estos ítems: (1) el ítem era de desarrollo; es decir, su frecuencia en el dibujo aumenta a medida que los sujetos se hacen mayores y (2) se correlaciona con la inteligencia evaluada por

Raven (1995). Para verificarlo, se realizaron análisis de contingencia calculando el *Chi-cuadrado* por edades y grupos de edad para los dibujos de figuras humanas masculinas y femeninas, y se realizaron correlaciones de Pearson entre los puntajes obtenidos en el T2F y Raven. Los resultados revelaron correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre las variables, confirmando así la validez del test. El coeficiente de Cronbach (0,86) y el de Spearman-Brown (0,86) también fueron calculados y considerados satisfactorios.

En cuanto a la escala de *indicadores emocionales* (35 ítems), estos cumplen tres criterios (Tuset y Fernández, 2017): (1) distinguen entre grupos clínicos y no clínicos, (2) no son evolutivos, y (3) son inusuales a cualquier edad (frecuencia inferior al 10 %). Inicialmente, se eligieron sesenta indicadores, pero el análisis de contingencia de *Chi-cuadrado* de Pearson realizado para cada una de las figuras, entre la muestra clínica y no clínica, concluyendo que las diferencias estadísticamente significativas solo se encontraron en 35 de los indicadores emocionales. Además, los análisis realizados entre los ítems emocionales y la edad mostraron una covariación negativa, ya que a medida que avanza el desarrollo, la representación de esos indicadores emocionales disminuye. Esto permitió concluir a partir de qué edad estos ítems deben ser considerados indicadores emocionales. Por lo tanto, de los 35, 23 indicadores son comunes a todas las edades, seis se aplican a partir de los siete años y otros seis indicadores a partir de los nueve años.

Estos *indicadores emocionales*, según las autoras de T2F, deben interpretarse teniendo en cuenta dos aspectos complementarios: (1) *Número de indicadores* y (2) *Tipos de indicadores emocionales presentes*. En cuanto a (1) *Número de indicadores*, la evaluación es cuantitativa a partir de la aplicación de puntos de corte según el percentil antes mencionado (ver tabla 1 del anexo), que determinan si el sujeto presenta o no problemas emocionales (*percentil 75*: apunta a la posible existencia de problemas emocionales; *percentil 85*: considerado un alto nivel de probabilidad de la existencia de problemas emocionales; *percentil 95*: confirma la existencia de problemas emocionales). La evaluación de (2) *Tipos de indicadores* es cualitativa basada en la revisión de la literatura de expertos en

la materia realizada por Maganto y Garaigordobil (2009b). Además, las autoras también señalan que algunos indicadores emocionales tienen una relevancia clínico-emocional particular. Dentro de los 23 indicadores comunes a todas las edades, estos son los siguientes: (1) *Figura extraña, irreal, grotesca o monstruosa*, (14) *Genitales o características sexuales*, (19) *Sin ojos*, (20) *Sin boca* y (21) *Sin cuerpo*. Y los seis indicadores aplicados a partir de los siete años, incluyen los siguientes: (25) *Figura inclinada*.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa estadístico JASP (versión 0.16.3). En primer lugar, para analizar los indicadores de CSA, se calcularon los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de la muestra, así como las frecuencias y porcentajes de los distintos indicadores. A continuación, se utilizó el *Chi-cuadrado* (χ^2) para llevar a cabo un estudio comparativo con los resultados obtenidos (presencia o ausencia de indicadores) según el género. Finalmente, se utilizaron los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de la muestra y las frecuencias de los indicadores emocionales en el T2F.

Resultados

Los resultados presentados a continuación pretenden dar respuesta a las hipótesis planteadas. En cuanto a la primera hipótesis (H1), sobre si los indicadores gráficos característicos de CSA estarán presentes en los dibujos de los niños de la muestra. Solo se utilizaron los dibujos de la primera figura humana. Para la segunda hipótesis (H2), más de la mitad de los participantes tendrán una frecuencia más alta de indicadores emocionales, correspondientes a los percentiles superiores en la escala emocional del T2F, confirmando la existencia de problemas emocionales. En este caso, se tuvieron en cuenta ambos dibujos de la figura humana (la primera y la segunda del sexo opuesto).

Indicadores de abuso sexual en dibujos de figuras humanas (CSA)

Se realizaron análisis *Chi-Cuadrado* para identificar asociaciones con indicadores de abuso

sexual y el género de los participantes. Los resultados de nuestro estudio revelaron diferencias de género entre los participantes. Como se muestra en la tabla 2 del anexo, hay una diferencia significativa entre niños y niñas ($\chi^2 = 4,250$; $p = 0,039^*$) en el *Indicador 1. Cuerpo omitido/distorsionado* (omisión o distorsión de todo el cuerpo o partes del cuerpo). Los niños mostraron una mayor presencia del ítem, es decir, el 70,6 % de los niños frente al 35,3 % de las niñas. Cabe destacar que este *Indicador 1. Cuerpo omitido/distorsionado* ha sido el indicador de CSA con mayor frecuencia (52,9 %; $n = 18$). Esto se observó en más de la mitad de los sujetos basado en la distorsión ($n = 8$) u omisión de todo el cuerpo ($n = 5$) o partes del cuerpo ($n = 5$). En el resto de los indicadores, no se encontraron diferencias significativas entre el género o la edad. La ilustración 1 (ver figura 1 del anexo) corresponde al primer dibujo (figura masculina) de un niño de siete años. Este es un ejemplo del *Indicador 1. Cuerpo omitido*, y otros indicadores de CSA, como el *Indicador 4 (puntos/ojos sombreados)*, *Indicador 7 (dibujo preesquemático)* e *Indicador 8 (tamaño pequeño de la figura)*.

Se calcularon estadísticas descriptivas (media y desviación típica) del número de indicadores presentados en cada uno de los individuos, según si eran niños o niñas. Los resultados de frecuencia de indicadores de CSA muestran que no existen diferencias entre niños ($M = 2,18$; $DT = 1,24$) y niñas ($M = 2$; $DT = 1,41$). Los resultados indicaron que más de la mitad de los dibujos (61,7 %) presentan entre dos y cinco indicadores. En concreto, el 44,1 % muestra entre dos y tres indicadores y el 17,6 %, entre cuatro y cinco. Sin embargo, en ningún caso se obtuvieron al mismo tiempo los indicadores 3, 4, 5 y 6, que indican abuso sexual (Jacobs-Kayam et al., 2013).

Asimismo, tal y como se muestra en la tabla 2 anexo, los Indicadores de CSA más frecuentes son tres: *Indicador 1. Cuerpo omitido/distorsionado* (52,9 %; $n = 18$), *Indicador 4. Ojos* (41,2 %; $n = 18$). Se representaron los ojos con un solo punto ($n = 6$), con sombreado ($n = 4$) o vacíos ($n = 4$). Asimismo, el *Indicador 5. Manos/brazos* (35,3 %; $n = 12$), se representaron como separados ($n = 2$) u omitidos ($n = 10$).

No obstante, el 20,6 % de la muestra produjo un dibujo preesquemático (*Indicador 7*); es decir,

dibujaron una figura primitiva correspondiente a la que haría un niño de tres o cuatro años. En cuanto a la presencia de símbolos agresivos (*Indicador 9*), se observaron en el 17,6 % de la muestra, más concretamente con la expresión de dientes ($n = 4$), uñas ($n = 1$) y armas y sangre ($n = 1$). En cuanto al tamaño de las figuras (*Indicador 8*), el 14,7 % de los participantes dibujaron figuras muy pequeñas, menores de 2 cm ($n = 1$) o figuras muy grandes ($n = 4$). El *Indicador 2. Cabeza separada del resto del cuerpo* se observó en el 11,8 % de los dibujos, igual que el *Indicador 3. Doble contorno de la cara*. Por último, cabe indicar que solo el 3 % de nuestra muestra dibujó genitales (*Indicador 6*).

Indicadores emocionales en dibujos proyectivos de T2F

En primer lugar, debemos señalar que el 94,12 % de los sujetos de este estudio dibujaron primero una figura humana de su propio sexo, mientras que el 5,88 % dibujó una figura del sexo opuesto.

Basándonos en los dibujos de T2F, los resultados se interpretaron desde dos puntos de vista según las autoras del test: (1) un análisis cuantitativo sobre el número de indicadores basado en la aplicación de los puntos de corte mencionados anteriormente, y (2) un análisis cualitativo referido al tipo de indicadores emocionales encontrados en la muestra basada en la revisión de la literatura experta sobre el tema realizada por Maganto y Garaigordobil (2009a).

(1) *Análisis cuantitativo (número de indicadores emocionales)*. Para realizar el análisis cuantitativo de los resultados, se calculó la frecuencia de indicadores de cada individuo en cada uno de sus dibujos, tanto de la figura femenina como masculina, junto con sus porcentajes correspondientes, siguiendo las instrucciones propuestas por Maganto y Garaigordobil (2009a) en la tabla 1 del anexo. Además, se calcularon los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de cada uno de los percentiles. En cuanto a la frecuencia y tipo de indicador emocional, no se encontraron diferencias ni por sexo ni edad. En cuanto al número de indicadores emocionales en la muestra, se confirma la presencia de problemas emocionales en el 52,94 % de los participantes de este estudio (tabla 3 del anexo),

al obtener puntuaciones iguales o superiores a los percentiles 95 y 99. Cada uno de estos sujetos presentó un promedio de 5,89 y 9,33 indicadores entre los dibujos de figuras masculinas y femeninas. Sin embargo, el 20,59 % mostró un alto nivel de probabilidad de presentar problemas emocionales, dado que obtuvieron puntuaciones iguales o superiores al percentil 85. En este caso, cada uno de estos sujetos presentó un promedio de 4,71 indicadores entre los dibujos de figuras masculinas y femeninas. Además, el 8,82 % de los sujetos pueden presentar problemas emocionales, ya que obtuvieron puntuaciones iguales o superiores al percentil 75. Se registraron cuatro indicadores emocionales en cada uno de los tres sujetos en los dibujos de figuras masculinas y femeninas. Por el contrario, el 17,65 % de la muestra no presentó problemas emocionales, ya que obtuvieron puntuaciones inferiores al percentil 75, con un promedio de 1,17 indicadores entre las figuras masculinas y femeninas.

(2) *Análisis cualitativo (tipos de indicadores emocionales)*. Para realizar el análisis cualitativo, se calculó la frecuencia y el porcentaje de los diferentes tipos de indicadores emocionales, que Maganto y Garaigordobil (2009b) dividen en tres grupos de edad: (1) *Indicadores emocionales comunes a todas las edades (5-11)*, (2) *Indicadores emocionales a partir de los siete años* y (3) *Indicadores emocionales a partir de los nueve años*. En primer lugar, la tabla 4 del anexo muestra los resultados obtenidos comunes al primer grupo (1) *Indicadores emocionales comunes a todas las edades de la muestra (n = 34)*. Los indicadores más frecuentes fueron el *Indicador 2. extremidades asimétricas*, con un 20,6 %; el *Indicador 12. Manos o dedos grandes*, lo que sugiere abuso sexual, con un 19,1 % (Figura 2 del anexo); y el *Indicador 21**, omisión del cuerpo, que tiene especial relevancia clínica, con un 14,7 %. Sin embargo, cabe destacar que el *Indicador 1*. Figura extraña, irreal, grotesca o monstruosa*, que tiene especial relevancia clínica, está presente en un 10,3 %. Además, se encontraron otros indicadores sugestivos de abuso sexual, como el *Indicador 14. Genitales o rasgos sexuales enfatizados*, que se encontró en el 7,4 % de la muestra; el *Indicador 7. Transparencias*, en el 5,9 % y el *Indicador 18. Miembros sombreados*, en el

5,9 % de la muestra. La ilustración 2 (ver figura 2 del anexo), fue el primer dibujo (figura femenina) de una niña de siete años, con sospechas de haber sido abusada. Este es un ejemplo de los siguientes indicadores emocionales del T2F: *Indicador 2 (extremidades asimétricas)*, *Indicador 12 (manos o dedos grandes)*, *Indicador 18 (extremidades sombreadas)* e *Indicador 25 (figura inclinada)*.

En segundo lugar, la tabla 5 del anexo muestra los resultados del segundo grupo, (2) *Indicadores Emocionales a partir de los siete años, (n = 28)*. En primer lugar, el ítem más frecuente entre estos sujetos fue el *Indicador 28. Adición de 3 o más detalles*, con un 16,1%. Además, el *Indicador 26. Manos cortadas*, que es sugestivo de abuso sexual, se observó en el 12,5 % de los sujetos.

Finalmente, los resultados que figuran en la tabla 6 del anexo muestran los indicadores emocionales del tercer grupo, (3) *Indicadores emocionales a partir de los 9 años (n = 12)*. El *Indicador 34. Omisión de nariz* se registró en el 29,2 % de los dibujos de los niños de nueve a 11 años. Sin embargo, los indicadores sugestivos de abuso sexual, como el *Indicador 30. Figura diminuta*, se encontraron en el 12,5 % de los participantes, y el *Indicador 32. Ojos vacíos* se encontró en el 16,7 % de los sujetos.

Queremos finalizar este apartado ilustrando estos datos con dos dibujos de figuras humanas realizadas por una niña de siete años. En primer lugar, en respuesta a la consigna de “dibuja a una persona”, dibujó una figura femenina como primer dibujo (ver figura 3 del anexo) que presentaba tres indicadores de abuso sexual y cuatro indicadores emocionales (T2F). Estos indicadores de CSA son los siguientes: (2) *cabeza separada del cuerpo*, (4) *ojos punteados/sombreados*, (5) *manos y/o brazos cortados/omitidos*; mientras que los indicadores emocionales son: (17) *sombreado del cuerpo*, (18) *sombreado de las extremidades*, (24) *figura mal integrada* y (26) *manos cortadas*. A continuación, se le pidió que dibujara una figura del sexo opuesto, es decir, un varón. Este segundo dibujo de la segunda figura humana (ver figura 4 del anexo) representaba una figura masculina con genitales y añadía una figura femenina muy pequeña, con transparencias en el área genital. Esta figura masculina tiene un indicador de CSA y cuatro

indicadores emocionales (T2F). El indicador de CSA fue el indicador (6) *genitales*, mientras que los indicadores emocionales fueron los siguientes: (4) *dos o más figuras*, (7) *transparencias*, (14) *genitales o rasgos sexuales enfatizados* y (17) *sombreado del cuerpo*.

Para concluir esta sección, hemos resumido los resultados encontrados. Los resultados indicaron una alta frecuencia tanto de indicadores de CSA, como de indicadores emocionales en el T2F en la mayoría de los dibujos de figuras humanas de la muestra, lo que confirma la existencia de problemas emocionales. También señalan que el *Indicador 1. Omisión/distorsión del cuerpo* es el indicador de CSA con mayor frecuencia, que se encontró en más de la mitad de los dibujos de la muestra. En el estudio, no se encontraron diferencias en función del género, a excepción del *Indicador 1* de CSA, que fue más significativo en los chicos.

Discusión

El propósito de este estudio es determinar si se expresan indicadores emocionales gráficos en los dibujos del test proyectivo *Dibuja una Persona* (D.A.P.), realizados por niños en situaciones de grave riesgo o negligencia. Los resultados muestran que las dos hipótesis presentadas en la introducción se han confirmado.

En primer lugar, es importante destacar que prácticamente la totalidad de la muestra, ante la consigna de “dibuja a una persona”, dibujó primero una figura de su propio sexo. Esto significa que este test es válido y concuerda con los fundamentos teóricos de las técnicas proyectivas gráficas, que consideran que los sujetos proyectan su autoconcepto, aspectos físicos y emocionales, que se construyen a partir de las experiencias subjetivas de cada individuo (Hammer, 1978; Siquier de Ocampo et al., 1987; Goldner y Frid, 2021). Por lo tanto, los dibujos de figuras humanas realizados por los niños de este estudio pueden considerarse la imagen mental de sí mismos.

La primera hipótesis (H1), “se encontrarán indicadores gráficos de CSA en los dibujos de los niños de la muestra, en situaciones de grave riesgo o negligencia”, se confirma tal y como

demuestran los resultados. Se encontraron indicadores gráficos característicos del CSA en más de la mitad de los dibujos de los niños en situaciones de grave riesgo o negligencia de la muestra. Esto concuerda con hallazgos previos que indican la presencia de características gráficas específicas en los DAP de niños abusados sexualmente (Lev-Wiesel, 1999; Amir y Lev-Wiesel, 2007; Jacobs-Kayam et al., 2013; Goldner et al., 2021). Esto es debido a que los dibujos del DAP de víctimas de abuso sexual tienen características gráficas específicas que difieren de las dibujadas por personas que no han sido abusadas (Faller, 2014; Kissos et al., 2020). En cuanto a la presencia de indicadores gráficos característicos del CSA en los dibujos de figuras humanas, los hallazgos de este estudio indicaron una mayor presencia de tres indicadores de especial significación proyectiva para expresar el abuso sexual: (1) *cuerpo omitido o distorsionado*, (4) *ojos* y (5) *manos y brazos*, de acuerdo con otros estudios. El primero, *1. Cuerpo omitido o distorsionado*, encontrado en más de la mitad de la muestra y más significativamente en niños que en niñas, puede representar ansiedad sobre el cuerpo o ciertas partes del cuerpo (Koppitz, 1968; Van Hutton, 1994; Goldner y Frid, 2021). Estos resultados son consistentes con hallazgos previos que indicaron que este es un indicador frecuente en los dibujos de autorretratos de las víctimas de trauma y abuso. La traumatización sexual puede conducir a profundas alteraciones en el sistema del yo, incluida la imagen corporal (Jacobs-Kayam et al., 2013; Dyer et al., 2015; Goldner y Frid, 2021). Asimismo, no se han encontrado estudios que confirmen las diferencias de género y, por lo tanto, estos resultados deben tratarse con cautela y verificarse en estudios posteriores con muestras más grandes. El segundo indicador (4) *ojos*, podría expresar un rechazo a ver (Colombo et al., 2004; Amir y Lev-Wiesel, 2007; Jacobs-Kayam et al., 2013). Y el tercer indicador, (5) *manos y brazos*, puede expresar ansiedad y culpa (Koppitz, 1968; Royer, 1999; Jacobs-Kayam et al., 2013; Goldner y Frid, 2021).

Además, el *Indicador 7. Dibujos preesquemáticos* también estaba presente mostrando una figura primitiva, que dibujaría un niño de cuatro o cinco años (Goldner et al., 2021). Estos dibujos sugieren que la falta de madurez cognitiva y el

maltrato de los niños juegan un papel crucial en (detener) la maduración neurobiológica y psíquica de los individuos y, durante la infancia, desregulan varios sistemas neurobiológicos que son esenciales en la consolidación de funciones cognitivas complejas y de regulación emocional (Marques-Feixa y Fañanás, 2020).

La segunda hipótesis (H2) presentada en la introducción, “más de la mitad de los participantes tendrán una mayor frecuencia de indicadores emocionales, correspondientes a los percentiles superiores en la escala emocional del T2F, lo que confirma la existencia de problemas emocionales”, también se ha demostrado. Los resultados señalan que la gran mayoría de la muestra tiene problemas emocionales o una alta probabilidad de tenerlos. Teniendo en cuenta que los niños en esta muestra se encuentran en situaciones de riesgo severo o negligencia, esto es consistente con hallazgos previos que indican que la experiencia crónica de numerosos tipos de maltratos aumenta el riesgo de desarrollar problemas psicológicos y emocionales (Warmingham et al., 2019). Además, entre los indicadores emocionales que sugerían la presencia de abuso sexual, se encontraban varios que reforzaban los indicadores gráficos característicos del CSA, mencionados anteriormente. En concreto, el indicador (7) *transparencias*, que gráficamente puede representar ansiedad sobre la parte del cuerpo donde se realiza la transparencia y que posiblemente esté vinculada a alguna experiencia de maltrato y/o abuso. Asimismo, el *Indicador 14. Genitales o rasgos sexuales enfatizados* (Lev-Wiesel, 1999; Jacobs-Kayam et al., 2013) también es considerado de especial relevancia clínica por las autoras del T2F, lo que podría expresar angustia relacionada con el cuerpo y asociada a la sexualidad. Por último, el *Indicador 21. Sin cuerpo*, también considerado de especial relevancia clínica y coincidente con el indicador de CSA, 1. *Cuerpo omitido/distorsionado*, de la primera hipótesis (H1). Este es uno de los indicadores emocionales menos frecuentes del T2F, ya que solo el 1,5 % de los sujetos clínicos, con frecuencias similares en ambos sexos, omiten el cuerpo (Maganto y Garaigordobil, 2009b). Estos hallazgos sugieren que gran parte de la muestra estudiada puede haber experimentado situaciones de maltrato y/o abuso sexual.

No obstante, también están presentes una gran variedad de indicadores como (12) *manos o dedos grandes*, (17) *sombreado del cuerpo*, (18) *sombreado de las extremidades*, (22) *omisión de brazos* y (26) *manos cortadas*. Estos indicadores se relacionan con la presencia de ansiedad por realizar actividades con las manos y/o los brazos, creando sentimientos de preocupación o culpa entre los niños por no comportarse adecuadamente (Koppitz, 1968; Colombo et al., 2004; Pont, 2012). Además, encontramos el *Indicador 32. Ojos vacíos*, frecuente entre los niños abusados sexualmente (Lev-Wiesel, 1999; Amir y Lev-Wiesel, 2007; Jacobs-Kayam et al., 2013), refiriéndose a una negación de la realidad, a no ver o no querer ver. Sin embargo, cabe señalar que en este estudio no se encontraron diferencias significativas basadas en el sexo y la edad, excepto para el indicador de abuso sexual (*cuerpo omitido/distorsionado*), mencionado anteriormente.

Finalmente, debemos mencionar el ejemplo de los dos dibujos (figuras 3 y 4 del anexo) de la niña de siete años (sujeto 8). Podemos ver cómo dibujar la segunda figura humana, en este caso un varón, le permitió expresar el abuso que había experimentado. Estos dibujos comunicaron el abuso físico y son consistentes con hallazgos previos que indican que los dibujos favorecen la revelación de contenido perturbador (Amir y Lev-Wiesel, 2007; Goldner et al., 2021). El hecho de que en Cataluña (España), una de cada cinco personas haya sufrido algún tipo de violencia sexual en su infancia (Save the Children, 2017), y su prevalencia en todo el mundo, parece coincidir en que se produce de forma persistente (Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011; Nguyen et al., 2017). Desafortunadamente, es especialmente difícil detectarlo en los niños y la mayoría de ellos no revelan los abusos sexuales sufridos durante su infancia (Read et al., 2017; Faller, 2020). Las dificultades en la detección mantienen el maltrato y el abuso infantil ocultos a la vista del público (Tello, 2020). Se necesitan herramientas como el DAP para mejorar la detección del maltrato y el abuso infantil.

Conclusiones y limitaciones

Los resultados de esta investigación sugieren que los DAP y, especialmente, el T2F, facilitan

la externalización de situaciones traumáticas de maltrato y/o abuso vividas por los niños. Además, estos hallazgos tienen importantes implicaciones para los profesionales, ya que el uso de esta técnica proyectiva puede ayudar a alertar e identificar aspectos de situaciones de riesgo y, a su vez, contribuir en el diseño de estrategias de intervención global en los niños y sus familias en situaciones de maltrato y/o abuso.

Sin embargo, se deben tener en cuenta varias limitaciones en este estudio. En primer lugar, los participantes proceden sólo de una zona urbana, Barcelona, y de un solo país, España. Se necesitan futuros estudios que repliquen estos hallazgos con una muestra más amplia, que incluya sujetos de diferentes países. Esto permitiría verificar y validar los resultados de este estudio. En segundo lugar, nuestros resultados se basan únicamente en dibujos. Futuros estudios deberían incluir medidas adicionales como narrativas, que complementarían los dibujos, permitiendo evaluar otras variables relevantes como el apego en el abuso infantil (Fresno et al., 2018; Muzi et al., 2021). Finalmente, nuestros hallazgos se concentraron en dibujos del test proyectivo *Dibuja-una-Persona* (DAP). Futuras investigaciones podrían utilizar simultáneamente otras técnicas de dibujo como los dibujos de la familia (FD), para evaluar las representaciones de apego como método transcultural (Pace et al., 2022a). Esto permitiría explorar más a fondo las experiencias de maltrato y/o abuso sexual en niños de otras culturas.

Bibliografía

- Allen, B. y Tussey, C. (2012). Can projective drawings detect if a child experienced sexual or physical abuse? A systematic review of the controlled research. *Trauma, Violence & Abuse*, 13(2), 97-111. doi:10.1177/1524838012440339
- Amir, G. y Lev-Wiesel, R. (2007). Dissociation as depicted in the traumatic event drawings of child sexual abuse survivors: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 34(2), 114-123. doi: 10.3389/fpsyg.2020.562972.
- Avila, A. (1997). *Evaluación en psicología clínica II*. Amaru Ediciones.
- Ballús, E., Barbosa, P., Sales, A. y Gómez, A. (2020). Adopción y técnicas proyectivas: estudio comparativo con el test del dibujo del animal (LADS). *Revista de psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 35, 69-81.
- Ballús, E., Casas, M., Urrutia, E. y Pérez-Téstor, C. (2019b). Attachment representations in international adolescent adoptees in Spain, over eight to seventeen years of placement. *International Social Work*, 62(6), 1507-1521. doi: 10.1177/0020872819878484.
- Ballús, E., Urrutia, E., Casas, M. y Loizaga (2019a). Attachment Picture Story (APS): Adaptation and validation of the projective Patte Noire test to evaluate attachment in adolescence. *Rorschachiana*. 40(2), 73-94. doi: 10.1027/1192-5604/a000113.
- Ballús, E. y Viel, S. (2007). Estudio exploratorio de dibujos de niños en duelo. *Medicina Paliativa*, 14(1), 8-13.
- Barbosa, P. y Sales, A. (2014). Test del Dibujo de un Animal, evaluación normativa: distribución de frecuencias. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 27, 48-62.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Entrevista Apego Adulto*. Gedisa.
- Bellak, L. (1979). *Test de apercepción infantil* (CAT). Paidós.
- Bermejo, F. A., Estevez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Cruz, J., Polo, A., Sueiro M. J. y Velázquez, F. (2014). *CUIDA. Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores*. TEA.
- Boynton-Jarrett, R., Wright, R. J., Putnam, F. W., Lividoti Hibert, E., Michels, K. B., Forman, M. R. y Rich-Edwards, J. (2013). *Childhood Abuse and Age at Menarche. Journal of Adolescent Health*, 52(2), 241. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.006
- Buck, J (1995). *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo*. HTP. Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1992).
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S. y Stiefel, I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179-198. doi:10.1177/1359104502007002006
- Cohen-Liebman, M. S. (1999). Draw and tell:

- drawings within the context of child sexual abuse Investigations. *The Arts in Psychotherapy*, 26(3), 185-194. doi: 10.1016/s0197-4556(99)00013-1
- Colombo, R., Barilari, Z. y Beigbeder, C., (2004). Abuso y maltrato infantil. *Indicadores en "Persona bajo la lluvia"*. Cauquén.
- Dyer, A. S., Feldmann, R. E. y Borgmann, E. (2015). Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(6), 627-640. doi: 10.1080/10538712.2015.1057666
- Elliott, K. y Urquiza, A. (2006). Ethnicity, Culture, and Child Maltreatment. *Journal of Social Issues*, 62(4), 787-809. doi: 10.1111/j.1540-4560.2006.00487.x
- Faller, K. C. (2003). *Understanding and assessing child sexual maltreatment*. Sage.
- Faller, K. (2014). Forty Years of Forensic Interviewing of Children Suspected of Sexual Abuse, 1974-2014: Historical Benchmarks. *Social Sciences*, 4(1), 34-65. doi:10.3390/socsci4010034
- Faller, K. C. (2020). The child sexual abuse disclosure controversy: New perspectives on an abiding problem. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104285. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104285
- Frank, L. K. (1939). Projective methods for the study of personality. *The Journal of psychology*, 8(2), 389-413.
- Frank de Verthelyi, R. y Rodríguez, F. M. D. (1985). *Interacción y proyecto familiar: evaluación individual, diádica y grupal por medio del test de la familia kinética actual y prospectiva*. Gedisa.
- Fresno, A., Spencer, R. y Espinoza, C. (2018). Does the Type of Abuse Matter? Study on the Quality of Child Attachment Narratives in a Sample of Abused Children. *Journal of Child & Adolescence Trauma*, 11, 421-430. doi: 10.1007/s40653-017-0182-8
- Goldner, L., Sachar, S. C. y Abir, A. (2018). Adolescents' Rejection Sensitivity as Manifested in Their Self-Drawings. *Art Therapy*, 35(1), 25-34. doi: 10.1080/07421656.2018.1459103
- Goldner, L. y Frid, L. (2021). Fragmentation of the self: Characteristics of sexual assault and implications in self-drawing. *The Arts in Psychotherapy*, 77. doi: 10.1016/j.aip.2021.101877
- Goldner, L., Lev-Wiesel, R. y Bussakorn, B. (2021). Perceptions of Child Abuse as Manifested in Drawings and Narratives by Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.562972
- Hammer, E. (1978). *Test proyectivos gráficos*. Editorial Paidós.
- Handler, L. y Thomas, A.D. (Eds.). (2013). *Drawings in Assessment and Psychotherapy: Research and Applications*. Routledge. doi: 10.4324/9780203110171
- Harris, A. J. y Terry, K. J. (2019). Child Sexual Abuse in Organizational Settings: A Research Framework to Advance Policy and Practice. *Sexual Abuse*, 31(6), 635-642. doi: 10.1177/1079063219858144
- Jacobs-Kayam, A., Lev-Wiesel, R. y Zohar, G. (2013). Self-mutilation as expressed in self-figure drawings in adolescent sexual abuse survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 120-129. doi: 10.1016/j.aip.2012.11.003
- Katz, C., Barnett, Z. y Hershkowitz, I. (2014). The effect of drawing on children's experiences of investigations following alleged child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38(5), 858-867. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.01.003
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of general psychiatry*, 57(10), 953-959. doi: 10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kenny, M. C. y McEachern, A. G. (2000). Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse: A selected review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 905-922. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00022-7
- Kissos, L., Lev-Wiesel, R. y Czamanski-Cohen, J. (2019). Sexual abuse detection through drawing workshop: e-learning contribution. *Journal of Loss and Trauma*, 24(5-6), 550-567. doi: 10.1080/15325024.2018.1549191
- Kissos, L., Goldner, L., Butman, M., Eliyahu, N. y Lev-Wiesel, R. (2020). Can artificial intelligence achieve human-level performance? A pilot study of childhood sexual abuse detection in self-figure drawings. *Child Abuse y Neglect*, 109, 104755.
- Koppitz, E. (1968). *El dibujo de la figura humana en niños: evaluación psicológica*. Editorial

- Guadalupe.
- LDOIA: Act 14/2010, del 27 de Mayo, sobre els drets i les oportunitats dels nens i adolescents a Catalunya.
- Lev-Wiesel, R. (1999). The use of the Machover Draw-A-Person test in detecting adult survivors of sexual abuse: A pilot study. *American Journal of Art Therapy*, 37(4), 106.
- Lev-Wiesel, R., Goldner, L. y Dafna-Tekoah, S. (2021). Use of creative art therapies in prevention, screening and treatment of child sexual abuse: Introduction to the special issue. *Journal of Child Sexual Abuse*.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J. y Shuman, D. W. (2005). Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell? *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194-226. doi: 10.1037/1076-8971.11.1.194
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B. y Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16(1), 29-47. doi: 10.1080/09658210701725732
- Machover, K. (1953). Human Figure Drawings of Children. *Journal of Projective Techniques*, 17(1), 85-91. doi: 10.1080/08853126.1953.10380466.
- Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2009). El diagnóstico infantil desde la expresión gráfica: el test de Dos Figuras Humanas (T2F). *Clínica y Salud*, 20(3), 237-248.
- Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2009). *Test de dibujo de dos figuras humanas (T2F)*. TEA Ediciones.
- Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2011). Indicadores emocionales complementarios para la evaluación emocional del Test del dibujo de dos figuras humanas (T2F). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(31), 73-95.
- Marques-Feixa, L. y Fañanás, L. (2020). Las consecuencias neurobiológicas del maltrato infantil y su impacto en la funcionalidad del eje HHA. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 34, 11-24.
- Muzi, S., Madera, F. y Boiardo, A. (2021). A narrative review on clinical and research applications of The Mirror Paradigm: body image, psychopathology, and attachment. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(2). doi: 10.13129/2282-1619/mjcp-3025
- Naglieri, J. A., Das, J., Stevens, J. J. y Ledbetter, M. F. (1991). Confirmatory factor analysis of planning, attention, simultaneous, and successive cognitive processing tasks. *Journal of School Psychology*, 29(1), 1-17. doi: 10.1016/0022-4405(91)90011-f
- Nguyen, H., Dunne, M. y Vu Le, A. (2010). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 22-30. doi: 10.2471/blt.08.060061
- Nguyen, T. H., Anh, L. V., Peltzer, K., Pengpid, S., Low, W. Y. y Win, H. H. (2017). Childhood Emotional, Physical, and Sexual Abuse and Associations With Mental Health and Health-Risk Behaviors Among University Students in the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN). *Child Studies in Asia-Pacific Contexts*, 7(1), 15-26. doi: 0.5723/asic.2017.7.1.015
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. y Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11). doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.
- Pace, C. S., Muzi, S., Madera, F., Sansó, A. y Zavattini, G.C. (2022a). Can the family drawing be a useful tool for assessing attachment representations in children? A systematic review and meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 24(4), 477-502. doi: 10.1080/14616734.2021.1991664
- Pace, C. S., Muzi, S., Rogier, G., Meinero, L. L. y Marcenaro, S. (2022b). The Adverse Childhood Experiences - International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (part I). *Child Abuse & Neglect*, 129, 105640. doi: 10.1016/j.chiabu.2022.105640
- Pace, C. S., Muzi, S. y Vizzino, F. (2022c) Family drawing for assessing attachment in children: Weaknesses and strengths. *Frontiers in Psychology*, 13. doi: 10.3389/fpsyg.2022.980129
- Peltzer, K. y Pengpid, S. (2016). Childhood physical and sexual abuse, and adult health risk behaviours among university students from 24 countries in Africa, the Americas and Asia.

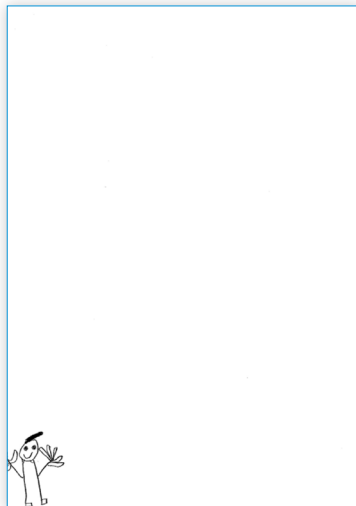
- Journal of psychology in Africa*, 26(2), 149-155.
- Pereda, N. y Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 19-25. doi: 10.1016/j.rem.l.2012.10.002
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1920). *Psicología del niño*. Ediciones Morata.
- Pont, T. (2012). *Psicodiagnóstico diferencial con test gráficos*. Síntesis.
- Putnam F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006
- Raven, J. C. (1995). *Test de matrices progresivas*. Paidós.
- Read, J., Hammersley, P. y Rudegeair, T. (2015). Por qué, cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil. *Revista de psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 26, 9-21.
- Read, J., Harper, D., Tucker, I. y Kennedy, A. (2017). Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International journal of mental health nursing*, 27(1), 7-19. doi: 10.1111/inm.12369.
- Royer, J. (1999). Particularidades de los dibujos de niños que han sufrido un abuso sexual. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (12), 63-84.
- Save the children (2017). *Ulls que no volen veure. Annex Catalunya 2017. Els abusos sexuals a nens i nenes i errors del sistema*. Recuperado de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ulls_que_no_volen_veure-cat-web.pdf
- Schilder P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Kegan Paul, Trench Trubner and Co.
- Siquier de Ocampo, S., Arzeno, G. y Grassano, E. (1987). *Las Técnicas Proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Nueva Visión.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alink, L. y Van IJzendoorn, M.H., (2014). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1). doi: 10.1002/car.2353
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Teicher, M. y Samson, J. (2013). Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *The American journal of psychiatry*, 170(10). doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957
- Tello, C. (2020). Presentación monográfico Abuso Sexual Infantil. *Revista de psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, M4, 9-10.
- Tuset, A. M. y Fernández, M. T. (2017). Cultural Differences in the Emotional Indicators of the Two-People Drawing Test. *Rorschachiana*, 38, 129-142. doi: 10.1027/1192-5604/a000095.
- Van Hutton, V. (1994). *HTP y Dibujo una persona como medida de abuso sexual en niños: sistema de puntuación cuantitativa*. Editorial PAR.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671. doi: 10.1093/schbul/sbs050
- Varese, F., Smeets, F., Drukler, M., Lieveerse, R., Lataster, T. y Viechtbauer, W. (2013). Las adversidades en la infancia incrementan el riesgo de psicosis: meta-análisis de estudios paciente-control, prospectivos y de corte transversal de cohorte. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 21, 51-64.
- Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (2019). Identifying maltreatment subgroups with patterns of maltreatment subtype and chronicity: A latent class analysis approach. *Child abuse & neglect*, 87, 28-39. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.08.013
- Wohl, A. y Kaufman, B. (1985). *Silent screams and hidden cries: An interpretation of artwork by children from violent homes*. Brunner / Mazel.
- World Health Organization. (2016). *Global plan of action to strengthen the role of the health*

system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against

children [en línea]. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf>

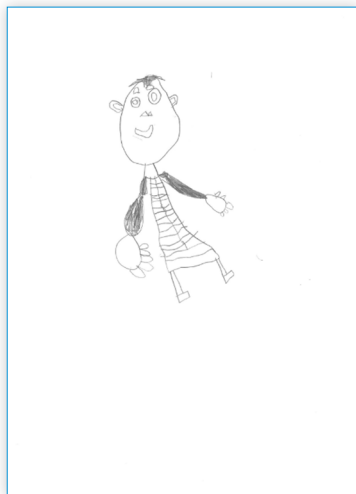
Anexos

Figura 1. Sujeto 16 (niño, 7 años). Primer dibujo (figura masculina).



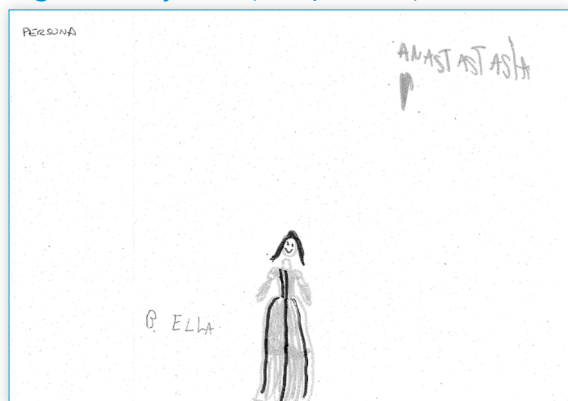
Indicadores CSA: Indicador 1 (omisión del cuerpo), Indicador 4 (ojos con puntos/sombras), Indicador 7 (dibujo preesquemático) e Indicador 8 (tamaño pequeño).

Figura 2. Sujeto 31 (niña, 7 años, sospechosa de haber sufrido abuso). Primer dibujo (figura femenina).



Indicadores emocionales T2F: Indicador 2 (extremidades asimétricas), Indicador 12 (manos o dedos grandes), Indicador 18 (extremidades sombreadas) e Indicador 25 (figura inclinada).

Figura 3. Sujeto 8 (niña, 7 años). Primer dibujo (figura femenina)



Indicadores CSA: Indicador 2 (cabeza separada del cuerpo), Indicador 4 (puntos/ojos sombreados), Indicador 5 (manos cortadas/omitidas).

Indicadores emocionales T2F: Indicador 17 (sombreado del cuerpo), Indicador 18 (extremidades sombreadas), Indicador 24 (figura mal integrada) e Indicador 26 (manos cortadas).

Figura 4: Sujeto 8 (niña, 7 años). Segundo dibujo (figura masculina)



Indicadores CSA: Indicador 6 (genitales).

Indicadores emocionales T2F: Indicador 4 (dos o más figuras), Indicador 7 (transparencias), Indicador 14 (genitales o características sexuales enfatizadas) e Indicador 17 (sombreado del cuerpo).

Tabla 1. Conversión de puntuaciones directas del test T2F-E a percentiles según la edad (Maganto y Garaigordobil, 2009).

Percentiles	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años
99	6 o >	7 o >	8 o >	9 o >	9 o >	10 o >	10 o >	11 o >
95	4 - 5	4 - 6	6 - 7	6 - 8	6 - 8	7 - 9	7 - 9	8 - 10
85	3	3	5	5	5	5 - 6	6	6 - 7
75	2	2	4	4	4	4	5	5
<75	0 - 1	0 - 1	0 - 3	0 - 3	0 - 3	0 - 3	0 - 4	0 - 4

Nota: Percentiles 99 y 95: Existencia de problemas emocionales; Percentil 85: Alta probabilidad de problemas emocionales; Percentil 75: Posible existencia de problemas emocionales; Percentil < 75: No problemas emocionales.

Tabla 2. Frecuencias de indicadores de abuso sexual en dibujos de figuras humanas (CSA).

Indicadores de CSA		Niños/as entre 5-11 años (<i>n</i> = 34)						
		Niña (<i>n</i> = 17)		Niño (<i>n</i> = 17)		Total Presente	Chi-Square	<i>p</i>
		P	A	P	A			
1, Cuerpo omitido / distorsionado	n	6	11	12	5	18	4,250	0,039*
	%	35,3	64,7	70,6	29,4	52,9		
2, Cabeza	n	2	15	2	15	4	0,000	1,000
	%	11,8	88,2	11,8	88,2	11,8		
3, Línea de la cara	n	1	16	3	14	4	0,283	0,595
	%	5,9	94,1	17,6	82,4	11,8		
4, Ojos	n	7	10	7	10	14	0,000	1,000
	%	41,2	58,8	41,2	58,8	41,2		
5, Manos/brazos	n	8	9	4	13	12	2,061	0,151
	%	47,1	52,9	23,5	76,5	35,3		
6, Genitales	n	1	16	0	17	1	0,000	1,000
	%	5,9	94,1	0	100	3		
7, Dibujo preesquemático	n	3	14	4	13	7	0,000	1,000
	%	17,6	82,4	23,5	76,5	20,6		
8, Tamaño de la figura	n	3	14	2	15	5	0,000	1,000
	%	17,6	82,4	11,8	88,2	14,7		
9, Símbolos agresivos	n	3	14	3	14	6	0,000	1,000
	%	17,6	82,4	17,6	82,4	17,6		

Nota: La presencia de tres o más indicadores en cursiva (Indicador 3, 4, 5, 6) se considera indicativo de abuso sexual (Jacobs-Kayam et al., 2013). *p < 0,05. P = Presente; A = Ausente

Tabla 3. Frecuencia total de Indicadores Emocionales del Test de las Dos Figuras Humanas (T2F).

Percentiles	Niña (n = 17)		Niño (n = 17)		Total (n = 34)		M	SD
	n	%	n	%	n	%		
99	4	23,53	5	29,41	9	26,47	9,33	1,73
95	6	35,29	3	17,65	9	26,47	5,89	1,05
85	2	11,76	5	29,41	7	20,59	4,71	1,25
75	2	11,76	1	5,88	3	8,82	4	0
< 75	3	17,65	3	17,65	6	17,65	1,17	0,98

Nota: Percentiles 99 y 95: Existencia de problemas emocionales; Percentil 85: Alta probabilidad de problemas emocionales; Percentil 75: Posible existencia de problemas emocionales; Percentil < 75: No problemas emocionales.

Tabla 4. Frecuencias de indicadores emocionales comunes para todas las edades en el Test de las Dos Figuras Humanas (T2F).

Indicadores emocionales	Niños/as entre 5-11 años					
	Figura masculina (n = 34)		Figura femenina (n = 34)		Total (n = 68)	
	n	%	n	%	n	%
1. Figura extraña, irreal, grotesca o monstruo (*)	4	11,8	3	8,8	7	10,3
2. Extremidades asimétricas en la forma	8	23,5	6	17,6	14	20,6
3. Figura cortada	2	5,9	2	5,9	4	5,9
4. 2 o más figuras	1	2,9	3	8,8	4	5,9
5. Figura encerrada o enmarcada	0	0	2	5,9	2	2,9
6. Figura grande	3	8,8	4	11,8	7	10,3
7. <i>Transparencias</i>	2	5,9	2	5,9	4	5,9
8. Ojos bizcos u ojos desviados	4	11,8	1	2,9	5	7,4
9. Dientes	3	8,8	4	11,8	7	10,3
10. Brazos largos	4	11,8	3	8,8	7	10,3
11. Extensiones de los brazos	2	5,9	1	2,9	3	4,4
12. <i>Manos / dedos grandes</i>	6	17,6	7	20,6	13	19,1
13. Uñas	1	2,9	2	5,9	3	4,4
14. <i>Genitales o características sexuales (*)</i>	1	2,9	4	11,8	5	7,4
15. Pies grandes	3	8,8	2	5,9	5	7,4
16. Sombreado de la cara	5	14,7	1	2,9	6	8,8
17. <i>Sombreado del cuerpo</i>	2	5,9	2	5,9	4	5,9
18. <i>Sombreado de las extremidades</i>	2	5,9	2	5,9	4	5,9
19. Omisión ojos (*)	0	0	0	0	0	0
20. Omisión boca (*)	0	0	0	0	0	0
21. Omisión cuerpo (*)	5	14,7	5	14,7	10	14,7
22. Omisión brazos	3	8,8	3	8,8	6	8,8
23. Omisión piernas	1	2,9	4	11,8	5	7,4

Nota: (*) Indicadores de especial relevancia clínica (Maganto y Garaigordobil, 2009).
Indicadores en cursiva: Sugieren abuso sexual (Royer, 1999; Pont, 2012).

Tabla 5. Frecuencias de indicadores emocionales a partir de los 7 años en el Test de las Dos Figuras Humanas (T2F).

Indicadores emocionales	Niños/as entre 7-11 años					
	Figura masculina (n = 28)		Figura femenina (n = 28)		Total (n = 56)	
	n	%	n	%	n	%
24. Figura mal integrada	3	10,7	4	14,3	7	12,5
25. Figura inclinada*	1	3,6	2	7,1	3	5,4
26. <i>Manos cortadas</i>	2	7,1	5	17,9	7	12,5
27. Omisión pies	3	10,7	4	14,3	7	12,5
28. 3 o más detalles	5	17,9	4	14,3	9	16,1
29. Borrado intenso o 2a tentativa	4	14,3	4	14,3	8	14,3

Nota: (*) Indicadores de especial relevancia clínica (Maganto y Garaigordobil, 2009).

Indicadores en cursiva: Sugieren abuso sexual (Royer, 1999; Pont, 2012).

Tabla 6. Frecuencias de indicadores emocionales a partir de los 9 años en el Test de las Dos Figuras Humanas (T2F).

Indicadores emocionales	Niños/as entre 9-11 años					
	Figura masculina (n = 12)		Figura femenina (n = 12)		Total (n = 24)	
	n	%	n	%	n	%
30. <i>Figura diminuta</i>	1	8,3	2	16,7	3	12,5
31. Cabeza muy grande	0	0	0	0	0	0
32. <i>Ojos vacíos</i>	2	16,7	2	16,7	4	16,7
33. Brazos muy cortos	2	16,7	2	16,7	4	16,7
34. Omisión nariz	3	25	4	33,3	7	29,2
35. Omisión cuello	3	25	3	25	6	25

Nota: Indicadores en cursiva: Sugieren abuso sexual (Royer, 1999; Pont, 2012).

Telepsicoterapia con niños: potencialidades y limitaciones para su continuidad después del aislamiento por pandemia*

ALEJANDRA TABORDA^{1A}, MARINA CUELLO PAGNONE^{1A},
AGUSTINA LABIN^{1A} Y MARÍA ISABEL FONTAO^{1B}

RESUMEN

En el siguiente artículo, exploramos de manera cualitativa las perspectivas de psicoterapeutas argentinas sobre telepsicoterapia con niños durante y después del aislamiento por covid-19. Señalamos fortalezas como continuidad de tratamientos, viabilidad de trabajo con padres y aumento de la creatividad. Advertimos sobre falta de formación, dificultades diagnósticas y terapéuticas, y desafíos éticos. Concluimos en la necesidad de profundizar el conocimiento teórico-práctico para consolidar esta modalidad como opción en el contexto local. **Palabras clave:** telepsicoterapia, niños, aislamiento, fortalezas, desafíos.

ABSTRACT

Telepsychotherapy with children: potentialities and limitations for its continuity after pandemic isolation. In the following article, we qualitatively explore the perspectives of Argentine psychotherapists on telepsychotherapy with children during and after COVID-19 isolation. We point out strengths such as continuity of treatment, feasibility of working with parents and increased creativity. We warn about lack of training, diagnostic and therapeutic difficulties, and ethical challenges. We conclude on the need to deepen theoretical and practical knowledge to consolidate this modality as an option in the local context. **Keywords:** telepsychotherapy, children, isolation, strengths, challenges.

RESUM

Telepsicoteràpia amb nens: Potencialitats i limitacions per a la continuïtat després de l'aïllament per pandèmia. En el següent article, explorem de manera qualitativa les perspectives de psicoterapeutes argentines sobre telepsicoteràpia amb nens durant i després de l'aïllament per covid-19. Assenyalem fortaleces com a continuïtat de tractaments, viabilitat de treball amb pares i augment de la creativitat. Advertim sobre manca de formació, dificultats diagnòstiques i terapèutiques, i desafiaments ètics. Concloem en la necessitat d'aprofundir el coneixement teoricopràctic per consolidar aquesta modalitat com a opció en el context local. **Paraules clau:** telepsicoteràpia, nens, aïllament, fortaleces, desafiaments.

Introducción

La American Psychological Association (APA) define *telepsicología* como “la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos,

electroópticos o electrónicos” (Consejo General de la Psicología de España [COP], 2017, p. 8). En *telepsicoterapia*, el diagnóstico y tratamiento psicológico se realiza en línea a través de comunicaciones sincrónicas-simultáneas o asincrónicas-diferidas (Cabas-Hoyos, 2020).

En la Argentina, la implementación de la telepsicoterapia se expandió a partir del aislamiento

*Proyecto Consolidado de Investigación “Configuraciones subjetivas e inter-versiones psicoanalíticas epocalmente situadas” (PROICO 12-0923, Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de San Luis).

¹Doctora en Psicología, ^AFacultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis (Argentina), ^BUniversitaet Konstanz (Alemania). Contacto: taborda.alejandra@gmail.com

Recibido: 27/11/23 - Aceptado: 5/3/24

social preventivo obligatorio (en adelante, ASPO) por covid-19, para responder en forma inmediata a las necesidades del ámbito de la salud mental (Fontao et al., 2022). Investigaciones argentinas cuantitativas señalan que, después del ASPO, la telepsicoterapia, como modalidad única o combinada con sesiones presenciales, se mantuvo en el tratamiento de adultos. En cambio, su uso con niños, como único recurso, decayó notablemente (Schorer et al., 2021; Fontao et al., 2022).

En este artículo, presentamos un estudio cualitativo focalizado en la perspectiva de psicoterapeutas argentinas sobre la implementación de telepsicoterapia con niños, durante el período en el que el ASPO fue reemplazado por el *distanciamiento social, preventivo y obligatorio* (DiSPO), que permitió la presencialidad con protocolos. Nos situamos retrospectivamente en este periodo para describir los motivos por los que las terapeutas eligieron mantener procesos terapéuticos en línea con niños o bien discontinuarlos, si bien los protocolos de presencialidad lo permitieron.

Antecedentes: telepsicoterapia con niños

Las investigaciones sobre el tratamiento en línea de niños reportan resultados divergentes y su número es más reducido que el de las referidas a adolescentes y adultos. En cambio, desde enfoques diferentes se avala el trabajo con padres con fines psicoeducativos, o bien para elaborar la conflictividad del rol parental emplazada en la transmisión transgeneracional.

La revisión de Bustamante et al., (2020) sistematiza estudios empíricos sobre la telepsicoterapia con padres de niños pequeños diagnosticados con trastornos del espectro autista y concluye que aún es difícil establecer su eficacia. Los autores reportan que, en estas poblaciones, no se encontraron publicaciones sobre la implementación de los recursos en línea con niños, y refieren efectos negativos de las pantallas en el neurodesarrollo. Según Feijt et al., (2020) y Gullslett et al., (2021), resulta difícil trabajar con niños y a las limitaciones del contacto físico se agregan incomodidades propias de los recursos tecnológicos. Estas dificultades llevaron a un número relevante de terapeutas a reducir la

atención de niños durante el ASPO, aunque muchos conservaron y hasta fortalecieron la atención de padres (Feijt et al., 2020; Gullslett et al., 2021; McCord et al., 2020).

Por otra parte, Wade et al., (2020) consignan que la telepsicoterapia con niños con problemas neurológicos, basada en resolución de problemas y capacitación de padres para la crianza, es un recurso viable y eficaz con buenos índices de aceptación por parte de pacientes y terapeutas. Comparada con tratamientos presenciales, la conducta y participación de los niños es similar (Tse et al., 2015) y, en términos de eficacia, el vínculo creado es equivalente (Gluek, 2013; Richards y Richardson, 2012). Los niños viven cotidianamente en un múltiple sistema tecnológico digital, que, incorporado al tratamiento, provee de materiales actualizados vigentes que pueden favorecer la alianza terapéutica (Mandil et al., 2009). Storch et al. (2015) reseñan altos índices de alianza terapéutica y satisfacción con el tratamiento telepsicoterapéutico. Desde la perspectiva de los padres, la telepsicoterapia cognitiva reduce significativamente el deterioro y los síntomas de los hijos; sin embargo, los niños son menos optimistas al calificar la disminución de su deterioro, ansiedad y síntomas depresivos.

La telepsicoterapia es ventajosa ante distancias geográficas u obstáculos que impidan la continuidad de los tratamientos y para acceder a lugares, personas o situaciones inaccesibles de otro modo (Satti y Ojugbele, 2021; Wade et al., 2020). Los niños están más dispuestos a participar en las sesiones en línea cuando el terapeuta comparte su pantalla para dibujar, leer historias o jugar juntos. Ubicar la cámara para ver toda la habitación posibilita seguir el juego, reflejando verbalmente lo que se representa, nombrando emociones y acciones. Los niños de corta edad a menudo se benefician con sesiones de 30 minutos, reservando el tiempo restante para trabajar con los cuidadores (Burgoyne y Cohn, 2020; Rojas-Jara et al., 2022).

Desde la perspectiva teórico-clínica, se ha señalado que las variables introducidas en la comunicación por los recursos en línea (ruidos, retrasos, interferencias, inclusión de ambientes familiares, modificaciones espaciales, ausencia de estímulos olfativos o táctiles compartidos,

entre otras) deben ser incluidas, a modo de contenidos emergentes en el aquí y ahora transferencial-contratransferencial (Tabacof, 2021; Taborda et al., 2021; Janin, 2022; Montero, 2023). Acquarone (2021) añade que las videollamadas son más aconsejables que la comunicación telefónica para el tratamiento de niños y sus padres. A través de la pantalla, se puede ver y sentir la atmósfera familiar y las corporeidades que acompañan a la interpretación en los entramados de lo intercorporal e intracorporal (Hackembruch, 2021). Por su parte, Scharff (2014) reconoce que es factible trabajar con padres en línea, pero desaconseja prolongar la telepsicoterapia con niños porque ellos necesitan jugar en presencia del terapeuta, que involucra el ser y estar corpóreo.

Los antecedentes también reparan en las características técnicas de las herramientas, en particular a la seguridad informática en relación con la confidencialidad, adaptación de técnicas de evaluación y actualizaciones científicas que sustentan la práctica. Pérez et al., (2021) recomiendan usar plataformas encriptadas de extremo a extremo; la mayoría de los servicios comerciales gratuitos no cumplen con este requisito y ponen en riesgo la privacidad y confidencialidad del paciente. Leturia et al. (2020) advierten la ausencia de regulaciones jurídicas nacionales para el uso de estas plataformas y su gestión de datos personales. La adaptación de técnicas implica ir más allá de un simple trasvasar de soporte físico a soporte digital. Organismos internacionales han insistido sobre la necesidad de usar pruebas específicamente diseñadas y validadas para estos fines (COP, 2017).

Objetivo

Nuestro objetivo es indagar la perspectiva de terapeutas argentinos sobre alcances y limitaciones de la telepsicoterapia en procesos diagnósticos y terapéuticos con niños. También, reflexionar acerca de su viabilidad más allá del ASPO y DiSPO, y sobre las condiciones de su aplicación.

Nos planteamos las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué nuevos desafíos y posibilidades implica la telepsicoterapia con niños? ¿Cómo se evalúa la viabilidad de continuar trabajando

con esta modalidad, ya no como una imposición del contexto sino como una alternativa a la terapia presencial? ¿Qué condiciones deberían darse para sostener ese tipo de trabajo?

Método

Diseño

Se trata de un estudio cualitativo de casos múltiples, que constata las respuestas obtenidas en cada caso y en el conjunto de participantes. La confiabilidad interna quedó garantizada por: la participación de varios investigadores; la implementación de códigos iniciales de bajo nivel de inferencia; y el uso de medios técnicos para repetir las observaciones. Como las estructuras de significado que pueden ser descriptas para un grupo no serán necesariamente comparables con las de otro, la validez se focaliza en las peculiaridades locales y temporales del fenómeno (Martínez Miguez, 2004). La recolección de datos se ubica retrospectivamente en el momento concreto en que las terapeutas eligieron continuar o discontinuar, parcial o totalmente, la telepsicoterapia con niños.

Participantes

De una muestra inicial de treinta psicoterapeutas se seleccionaron dieciséis psicólogas y psiquiatras, todas mujeres. Trece fueron excluidas por atender sólo a adolescentes y/o adultos y una por haber abandonado la práctica profesional con niños durante el ASPO. Todas participaron previamente en una encuesta en línea y expresaron consentimiento para ser entrevistadas. Quedaron retenidas psicoterapeutas de diferentes provincias de la Argentina, con diversos enfoques teóricos, que trabajaban en el sector público o privado. Las entrevistadas, cuyas edades estuvieron entre 35 y 69 años, mostraron trayectorias profesionales consolidadas y, antes de covid-19, ninguna había utilizado en forma sistemática la telepsicoterapia, ni contaba con formación para hacerlo. Durante el ASPO, todas prefirieron la videoconferencia por sobre otros medios de comunicación en línea. Sólo recurrieron a llamadas telefónicas o sistemas de mensajería para subsanar fallas técnicas en la videoconferencia.

Instrumento (1)

Se utilizó una entrevista en profundidad, que es un instrumento potente para explorar fenómenos complejos que no han sido descritos previamente, desde la perspectiva subjetiva de los participantes. Los tópicos centrales fueron: información general; encuadre de trabajo, herramientas, contexto y particularidades de la telepsicoterapia; retorno a terapia presencial, vínculo terapéutico, contenidos o temas de la terapia, intervenciones, psicodiagnósticos y evaluación, motivos de consulta y sintomatología, factores ligados al terapeuta y perspectivas futuras.

Cada entrevista (de 40 a 90 minutos de duración) fue conducida por videollamada, durante el DiSPO, por un investigador del equipo y codificada por otro.

Preparación y análisis

Hablantes nativos con manejo de tecnolec-to psicoterapéutico realizaron transcripciones textuales, revisadas antes de cargarlas a Atlas.ti 9.

Para la codificación y categorización temática se consideraron como unidades mínimas a segmentos textuales determinados semánticamente a partir de la técnica de *palabra clave en contexto* (*niño, juego, videollamada, virtual, presencial, padre, madre, familia* con sus variaciones de sociolecto y morfología). Las unidades de contexto asociadas a cada unidad de registro fueron definidas por el tema. En una segunda codificación, se detectaron y priorizaron las unidades que refirieron a la telepsicoterapia con niños a contextos diferentes del DiSPO y ASPO.

Estándares éticos

Las participantes fueron informadas sobre objetivos, contenidos del estudio y tratamiento de datos personales. Firmaron consentimiento informado para participación y audiograbación. Los transcriptores de entrevistas recibieron formación y firmaron compromiso de confidencialidad. El proyecto recibió aval del Comité de Ética del Consejo Nacional de Investigaciones CyT (CONICET Mendoza, Argentina) y de la Red Internacional de Ecobioética de la Cátedra de la UNESCO en Bioética (Haifa).

Resultados

Aspectos generales de la telepsicoterapia de niños

Fortalezas. La característica sobresaliente de la telepsicoterapia es su potencia para continuar procesos frente a enfermedades, dificultades de traslado u otros obstáculos. Una terapeuta del ámbito público relata: “Empezamos a atender a una niña internada, de once años, que tomó pastillas y ahora se la está siguiendo porque ya está en la casa. Buscamos los medios digitales, de otro modo hubiese sido imposible hasta fuera de la pandemia por las dificultades y costos del traslado” (UA8). La mayoría de las entrevistadas vivenciaron un encuentro con su creatividad y la de sus pacientes puesta al servicio de sobreponerse al contexto. Valoraron el dejarse enseñar por los niños sobre tecnologías y juegos en línea, para crear construcciones conjuntas que dieran continuidad a la psicoterapia. “Para las sesiones con niños tuve que investigar programas para simular juegos que hacía presencialmente, y descubrí un mundo aparte: páginas puramente lúdicas y aprendizajes racionales, cognitivos y emocionales” (UA7). Estos descubrimientos interactuaron con la adquisición de experiencia y procesos de formación, que incluían tratamiento personal y supervisión. Ejemplos de tres de las entrevistadas: “Cuando empecé me sentí desorientada, exhausta” (UA22); “Si antes me decían que esto era posible no lo hubiese creído, aprendí muchísimo de los niños” (UA39); “La incertidumbre me llevaba a estar alerta y ayuda a arreglártelas, a inventar” (UA7). Cinco profesionales señalan que priorizaron tomar webinarios, porque necesitaban ver, escuchar a otros para vivenciar las repercusiones que los recursos en línea tenían en sí mismas. Quienes trabajaban en equipo destacaron que los intercambios grupales fueron el apoyo más relevante, dado que las decisiones tomadas en conjunto daban mayor seguridad y propiciaban la creatividad. Tres entrevistadas agregaron que los recursos en línea permitían conectar con grupos de diferentes lugares del mundo, experiencia enriquecedora e inédita. Una resalta: “La formación posibilita trabajar y disminuye tensiones ante lo desconocido: me preguntaba ‘ay, pero con niños, ¿cómo voy a hacer sesiones on-

line?’ [...] Hice una formación y supervisión de Psicoterapia Online en Uruguay, sobre estrategias y técnicas con plataformas, dibujos o juegos con adivinanzas o que aparecieran peluches que tenía al alcance” (UA26).

Accesibilidad. Esta subcategoría se refiere a la disponibilidad del recurso. Las entrevistadas del ámbito público destacan que la conexión, los dispositivos y los espacios hogareños diferenciados dependen de los medios económicos y la zona de residencia del paciente. Refieren: “Hay familias que tienen un solo celular” (UA36); “Su situación [habitacional] es tan precaria que acceder a internet o tener una habitación para estar solo es un lujo” (UA35); “Viven en pueblos [a los] que internet no llega o [donde] es reducido” (UA32). A su vez, refieren que esta modalidad les permitió trabajar desde cualquier lugar con acceso a internet, lo cual eliminó desplazamientos a un consultorio físico, y ahorró tiempo y dinero: “yo no renové contrato de [alquiler de] consultorio, me quedo con esta modalidad” (UA32).

Encuadre de trabajo

Las entrevistadas coinciden en que debe recrearse el encuadre y adaptarlo con aristas diferentes al presencial, lo cual conlleva un proceso reflexivo de su parte. Los cambios son más pronunciados en nuevas consultas. Subrayan la importancia del juego, la modalidad de participación del niño en el proceso terapéutico y desafíos para diagnosticar.

Contrato de trabajo. Consentimiento y asentimiento informados se modificaron para incluir el recurso en línea y condiciones de las sesiones: “Lo que más me costó es el consentimiento: yo les mando la ficha, pero si no tienen escáner o cámara o no sabe usarlo [...]. Con los niños me protejo mucho” (UA7); “Les pasaba a los padres un escrito con recomendaciones: que el niño esté solo y cómodo, que no sea interrumpido, que tengan una buena conexión, que un adulto esté a cargo de preparar papel, lápices, juguetes, y luego abandone el lugar (...) algunos aceptaron; otros dijeron que no tenían un lugar o tenían muchas distracciones y preferían presencial” (UA43).

Proceso diagnóstico. Las primeras consultas se redujeron y hubo obstáculos para recurrir a

técnicas proyectivas y psicométricas: pérdida de detalles durante la administración y limitaciones en su interpretación. Refieren: “Diagnósticos no pude hacer” (UA5). “Yo busqué en Google técnicas de dibujo, ellos podían dibujar, pero tienes que saber cómo interpretarla; como psicodiagnóstico no las usé” (UA35). “En pacientes con cuadros severos, esto tiene consecuencias” (UA44).

Recursos utilizados. Con niños, todas las entrevistadas usaron videollamadas porque permitían compartir pantalla, juegos y pizarras. Las llamadas telefónicas y los mensajes de texto fueron una excepción ante cortes de internet. En el trabajo con padres, las videollamadas eran el instrumento preferido; sólo tres entrevistadas del ámbito público se comunicaron por teléfono con poblaciones con recursos insuficientes. Los desfases y las interrupciones de internet generaban tensión, cansancio, modificaban la conducta e incidían en la comunicación: “Me llevan espontáneamente a hablar más fuerte, como si el otro no escuchara; lo mismo le pasaba al paciente” (UA35). Las terapeutas incluyeron en el contrato las dificultades que afectaban la continuidad de las sesiones. Entre las indicaciones, pautaban cómo recuperar la comunicación cuando la conexión se interrumpía.

Encuentro con padres. Esta subcategoría está centrada en sostener y apoyar a los padres como parte integral del tratamiento. Tres entrevistadas sólo trabajaron con intervenciones focalizadas en la relación entre padres e hijos: “Fueron sesiones de base psicodinámica o psicoeducativa. Algunos querían consejos para manejar la ansiedad” (UA32); “Por teléfono era difícil, pero con el tiempo podías captar silencios o ganas de llorar” (UA7); “Siempre trabajé con padres, pero fue como redescubrir las fortalezas de este recurso” (U35).

Del ASPO al DiSPO. Superado el ASPO, en coincidencia con la preferencia de las terapeutas, las solicitudes de tratamiento tuvieron como condición ser presenciales: “Si no atendía presencial, consultaban con otro” (UA33); “Esperaban que abrieran la presencialidad para ir al hospital. Si bien se podía resolver virtualmente, no querían; una madre me corría por el pasillo y me decía ‘tiene que verlo, engordó y no se baña’” (UA35); “Apenas se pudo, los pacientes

y yo preferimos volver al consultorio. Mira que la mascarilla, limpiar, era horrible, pero con niños era preferible ...Uno me dijo 'por fin nos vamos a ver de verdad'" (UA39).

Dimensiones espaciales e intimidad

Las interrelaciones entre secreto profesional, intimidad y espacialidad que alojaban las sesiones tomaron significado especial para pacientes y terapeutas. La recomendación de buscar un espacio tranquilo y privado para las sesiones se incluyó en el contrato de trabajo. Sin embargo, en el proceso surgía la presencia o irrupción de otros miembros de la familia. "Era más difícil separar a los padres del niño. En lo presencial puedo decir 'que pase él solo' y ese acto marca la terceridad" (UA44).

A veces, el niño activamente incluía en la sesión a su familia. Estas situaciones permitían explorar la dinámica familiar, gestionar la participación de otros en el proceso terapéutico y diferenciar cuando la inclusión remitía a dificultades de intimidad.

Los niños mostraron los lugares de la casa y pertenencias, con los concomitantes significados simbólicos. "Era un tiempo preparatorio para los dos saber dónde estábamos, trabajar los lugares adquiridos y perdidos" (UA43); "Un niño se sentía tan enojado con sus padres que no quería tener la sesión en la casa y eligió el coche. Había espacios prohibidos o en reorganización" (UA39). El correlato simbólico espacial debió analizarse en sus implicancias subjetivas y contextuales.

La revalorización de la espacialidad llevó a las profesionales a cuidar lo que el paciente podía ver. Destinaron un mismo lugar para brindar un ambiente estable, condiciones luminosas y sonoras propicias que excluyeran estímulos de sus vidas privadas: "Trabajé sobre la importancia del espacio y tiempo como contexto. Empecé desde mi casa, se escuchaban ruidos familiares; entonces, me trasladaba al consultorio y desde ahí me conectaba. Mantuve los mismos días y hora de sesión" (UA44).

Las terapeutas coinciden en señalar que atender a pacientes en línea implica un contacto diferente con la intimidad familiar que tiene repercusiones en la mente del terapeuta y requiere de un trabajo interno. El contexto proveyó información

de dinámicas familiares difíciles de inferir en el consultorio; pero despertó, en algunas entrevistas, curiosidad, pudor o enojo frente a las dificultades para operar como un tercero que establece diferenciaciones en la privacidad del niño. Las dimensiones sobre lo permitido y prohibido del mirar se hacían presentes en la mente de las terapeutas. "Se escuchaba el ruido del baño, era como entrar en una intimidad a la que no sabías si estabas autorizada... La privacidad de la familia entraba en las sesiones, a veces intencionalmente y otras porque la sesión estaba ahí en la convivencia y daba información para ser tomada como material" (UA43).

Factores ligados al terapeuta

Entre los desafíos, la telepsicoterapia con niños demandó reorganizaciones que generaban un cansancio especial, frecuentemente vivido como agotamiento: "Es una sobrecarga, te da dolor de cabeza, cada vez más, es una exigencia diferente a la presencial" (UA8); "Una nena expresaba sus resistencias apagando cámara o micrófono, yo me quedaba hablando sola" (UA39).

Inicialmente, las terapeutas no experimentaron molestias, pero a medida que pasó el tiempo, empezaron a sentir las e implementar estrategias: descansos intermedios o estiramientos para aliviarse. Además, refieren que sus procesos atencionales cambiaron: se sentían más alerta para no perder detalles porque los procesos espontáneos de atención conjunta se alteran. Los movimientos de los niños propiciaban entrar, salir de la pantalla y quedar fuera de la vista del terapeuta generando tensiones. Una de las entrevistadas expresó: "El movimiento me mareaba, me sentía excluida, se quedaban colgados y no sabía ni qué miraban. Con los mayores de ocho es más fácil porque juegan y verbalizan de otro modo" (UA35). Otra entrevistada sostuvo que el agotamiento depende de cómo se soporta la incertidumbre.

Discusión

La información recabada responde a las preguntas de investigación a partir de cuatro ejes: los aspectos relacionados con las terapeutas; los relacionados con los pacientes; las tecnologías que median el vínculo; y las condiciones para la

viabilidad de la telepsicoterapia con niños. Para contextualizar estas discusiones, debe recordarse que las entrevistadas, en busca de sostener el trabajo durante el ASPO, implementaron telepsicoterapia sin contar con experiencia, formación, ni redes profesionales previas. Aunque hubo expresiones laxas de preferencia genérica por esta modalidad, sólo una entrevistada enfatizó las razones por las que la prefiere. El resto manifestó abandonarla tan pronto como pudo o evitarla como vía única de atención. Es sobre este material que se analizan los desafíos, potencialidades y condiciones de una eventual implementación.

Entre los aspectos relacionados con las terapeutas, cuentan fuertemente la incertidumbre y agotamiento que se sumaban al desgaste de estar expuestas a dispositivos de trabajo que previo a la pandemia sólo habían sido utilizados de forma excepcional (Tse et al., 2015; Tijo-Vázquez, 2020). Se enfrentaron a nuevos interrogantes sobre su rol profesional, con importantes incidencias en el vínculo y preocupación por su calidad. En coincidencia con la literatura, refieren que la falta de formación específica en telepsicoterapia y supervisión incrementaron las dificultades (Wade et al., 2020).

La telepsicoterapia implementada por video llamadas les permitió acceder a intimidades hogareñas, con la convicción de que este aspecto repercute en los movimientos transferenciales y contratransferenciales; por lo tanto, debe ser trabajado internamente (Serventi, 2021). Tanto las terapeutas entrevistadas como las pautas éticas, guías de atención y literatura de referencia, coinciden en la necesidad de incluir estas nuevas dimensiones en el contrato, para cuidar la privacidad del paciente y la propia. Para excluir estímulos que propicien inferencias de su vida privada, recrearon el espacio estabilizando imágenes, sonidos y tiempos (días y horarios de atención). Secreto profesional e intimidad de las sesiones se volvieron contenidos nodales, presentes en el vínculo terapéutico. Se requiere diferenciar si sus rupturas se apoyan en dificultades en los procesos de separación-diferenciación; en necesidades del niño de incluir al terapeuta en rincones íntimos y privados; en la curiosidad de los integrantes de la familia, entre otras posibilidades inferibles según el material

clínico. El espacio elegido por el paciente también debe ser incluido en la comunicación terapéutica, para conocer sus peculiaridades simbólicas y construir en la distancia corpórea un lugar común.

Seguridad informática y su correlato de intimidad y confidencialidad, referidos en la literatura especializada, es omitida en las narrativas de las terapeutas: no reparan en que las plataformas utilizadas son una potencial fuente de vulneración de la confidencialidad. Como señalan Leturia et al. (2020), las regulaciones para las videoconferencias son muy laxas, y los usuarios no pueden rechazar sus condiciones de uso. La ausencia de esta preocupación, enmarcada en normativas locales poco estrictas, expone que en el ámbito público y privado no se implementaron plenamente las indicaciones vertidas por el COP (2017) para la aplicación de videoconferencias en telepsicoterapia.

Entre los aspectos relacionados con los pacientes que llevan a estas entrevistadas a no preferir la telepsicoterapia, se destacan atributos propios del desafío de trabajar con niños. La videollamada parece un recurso insuficiente para atender a los que, por su edad o por su modalidad subjetiva simbólica, no hayan logrado suficiencia expresiva verbal o lúdica, regulación motriz, manejo de la herramienta, o no logren construir una alianza terapéutica adecuada, limitaciones coincidentes con las señaladas por Bustamante et al. (2020), Feijt et al., (2020) y Gullslett et al., (2021).

La exploración de articulaciones entre síntomas, sufrimiento psíquico y objetivos terapéuticos, realizada en el proceso diagnóstico, sufrió severas limitaciones por la ausencia de adaptaciones argentinas de técnicas proyectivas y psicométricas para su uso en línea, ajustadas a recomendaciones internacionales (COP, 2017). A esto se suma la escasez de discusiones teóricas necesarias para comprender las subjetividades contemporáneas (Taborda et al., 2021).

En coincidencia con Scharff (2014), las entrevistadas refieren que la comunicación en los encuentros/desencuentros lúdicos, requisito central de la técnica, es el principal obstáculo para la telepsicoterapia con niños. Desde un enfoque teórico-clínico, el *jugar con* es el lenguaje específico de los niños y sus terapeutas. En

él, se conjuga lo verbal, preverbal y envolturas témporo-espaciales, que impactan en el encuadre interno de los terapeutas (Tabacof, 2021). En la virtualidad, la atención conjunta espontánea se altera, lo que repercute en los fenómenos tácitos que sostienen la comunicación y en los pasajes del *estar con* a estar solo en compañía de la presencia de otro (Taborda et al., 2021). Al moverse, los niños entran y salen de la pantalla, marcando presencias y ausencias que generan tensión e hipervigilancia en el terapeuta, y esto influye en su capacidad de alojar, resonar, comprender, reflejar los contenidos comunicativos emergentes.

A su vez, las entrevistadas refieren que las posibilidades técnicas de las plataformas introducen a la telepsicoterapia nuevas modalidades lúdicas. Se inauguran juegos en paralelo, sin manipulación compartida de objetos, acompañados de verbalizaciones que buscan cooperativamente crear un encuentro. Los idiomas de expresión de resistencias también se diversifican al tomar el recurso que brinda el espacio virtual (Duraó, 2017; Anton et al., 2020; Hames et al., 2020; Acquarone, 2021; Hackembruch, 2021). Las regulaciones corporales presenciales se modifican y aún se desconocen las peculiaridades que adquieren en la *relacionalidad* en línea. Los desfases inciden en la percepción visual y auditiva y, por lo tanto, en la mentalización implícita y explícita.

Un último aspecto relacionado con los pacientes fueron los rechazos explícitos de niños o sus familias a la videollamada. Al centrarse en las vivencias de las terapeutas, esta investigación no permite inferir si se trata de un rechazo específico a la telepsicoterapia implementada con niños o de una más genérica, vinculada con la sobrecarga virtual cotidiana propia del ASPO.

El material aporta potencialidades y condiciones de la telepsicoterapia para la atención de niños. Las entrevistadas ponderaron favorablemente el trabajo en línea con padres y para continuar con los niños tratamientos obstaculizados por desplazamientos, migraciones, internaciones y otras modificaciones de su contexto habitacional (Satti y Ojugbele, 2020; Wade et al., 2020). Destacan dos condiciones para que esto suceda. Una se vincula con la formación teórica y práctica específica que fortalezca habilidades

para dominar herramientas en línea, promover la adaptación de técnicas diagnósticas y proveer conocimientos sobre seguridad informática. La otra es que los familiares del niño operen como soportes de la comunicación, preparando el entorno físico para resguardar la intimidad, y como garantes del tratamiento con disponibilidad para profundizar su trabajo terapéutico focalizado en el rol parental (Scharff, 2014; Bustamante et al., 2020; Serventi, 2021; Janin, 2022).

Entre las perspectivas proyectadas tras esta investigación, resulta imperioso que se sigan profundizando conocimientos teóricos, prácticos, técnicos y éticos para consolidar la telepsicoterapia con niños en el contexto local. Esta modalidad no era una opción difundida antes del ASPO y, en esa situación, se aplicó sin mayores planificaciones sistemáticas. Por ello, estos resultados iniciales deberán dialogar con investigaciones sobre las percepciones de los propios niños y sus familias, y con estudios culturales y políticos para que la telepsicoterapia se sostenga como una opción para responder a las necesidades de ese particular grupo.

Agradecimientos

Subsidios recibidos: el proyecto de investigación "Psicoterapia en tiempos de cuarentena durante la pandemia del covid-19. Perspectiva de los profesionales de la salud mental" recibió fondos del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Argentina (Programa Federal de Articulación y Fortalecimiento de Capacidades en Ciencia y Tecnología covid-19).

Notas

(1) El protocolo de entrevista semiestructurada se encuentra en el anexo.

Bibliografía

- Acquarone, S. (2021). Cuando la tele-psicoterapia psicoanalítica con padres e infantes es la única alternativa. *Temas de Psicoanálisis*, 21 [las páginas del documento no están numeradas].
- Anton, M., Ridings, L., Gavrilova, Y., Bravoco, O., Ruggiero, K. y Davidson, T. (2020). Transitioning

- a technology-assisted stepped-care model for traumatic injury patients to a fully remote model in the age of COVID-19. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 637-648.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1785393>
- Burgoyne, N. y Cohn, A. (2020). Lessons from the transition to relational teletherapy during COVID-19. *Family Process*, 59, 974-988.
<https://doi.org/10.1111/famp.12589>
- Bustamante, E. U., Castro Ahumada, K. P., Paredes Gutiérrez, K. S. y Yáñez Guerra, A. A. (2020). *Estrategias implementadas mediante teleterapia que aumentan las habilidades sociales y/o comunicativas en niños y adolescentes diagnosticados con TEA menores de 18 años: una revisión sistemática*. Tesis de grado, Universidad de Talca. Recuperado de:
<http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/12876/3/2020A000661.pdf>
- Cabas-Hoyos, K. (2020). Eficacia de la Telepsicología en intervenciones del área clínica y de la salud: una revisión sistemática de la literatura. *Revista iberoamericana de psicología*, 13(3), 92-101.
<https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.13306>
- Consejo General de la Psicología de España (COP) (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología* [en línea]. Recuperado de:
<http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
- Durao, M. A (2017). *El uso de tecnología y la persona del terapeuta en psicoterapia*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J. e IJsselsteijn, W. (2020). Mental health care goes online: Practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychology, Behaviour, and Social Networking*, 23(12), 860-864.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0370>
- Fontao, M. I., Casari, M. L., Piorno, N. y Taborda, A. R. (2022). Psicoterapia en tiempos de pandemia COVID19 en Argentina: Factores asociados con el uso de telepsicoterapia durante el aislamiento social. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 14(2), 75-86.
<https://doi.org/10.32348/1852.4206.v14.n2.30721>
- Gluek, D. (2013). Establecimiento de una Relación Terapéutica. En K. Myers y C.L. Turvey (Eds.), *Telemental Health* (pp. 29-46). Elsevier.
<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-416048-4.00003-8>
- Gullslett, M., Kristiansen, E. y Nilsen, E. (2021). Therapists' experience of video consultation in specialized mental health services during the COVID-19 Pandemic: Qualitative interview study. *Journal of Medical Internet Research Human Factors*, 8(3), Article e23150.
<https://doi.org/10.2196/23150>
- Hackembruch Tourn, K. (2021). Nuevas texturas en el espacio psicoterapéutico con niños: inclusión-irrupción de la virtualidad. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 37, 35-42.
- Hames, J. L., Bell, D. J., Perez-Lima, L. M., Holm-Denoma, J. M., Rooney, T., Charles, N. E., Thompson, S. M., Mehlenbeck, R. S., Tawfik, S. H., Fondacaro, K. M., Simmons, K. T. y Hoersting, R. C. (2020). Navegando por aguas desconocidas: consideraciones para la formación de clínicas en la rápida transición a la telepsicología y la telesupervisión durante la COVID-19. *Revista de Integración de Psicoterapia*, 30(2), 348-365.
<http://dx.doi.org/10.1037/int0000224>
- Janin, B. (2022). *Niñas, niños y adolescentes en tiempos de desamparo colectivo*. Noveduc.
- Leturia, M. F., Mongelos, V. A., Gochicoa, A. E. y Cerdá, F. (2020). Análisis de los aspectos jurídicos generales de las plataformas digitales de videoconferencias y, en particular, de ZOOM. *Perspectivas*, (3), 53-66.
- Mandil, J., Bunge, E., Gomar, M., Borgialli, R. y Labourt, J. (2009). La Implementación de Recursos Tecnológicos en la Clínica con Niños y Adolescentes. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 59-68.
- Martínez Miguez, M. (2004). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. Trillas.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C. y Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Education & Training*, 76(6), 1060-1082.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22954>

- Montero, G. (2023). Vicisitudes de la atención virtual de pacientes violentadas sexualmente durante la pandemia. En A. Franco y S. Toporosi, *La crueldad y el horror. Violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes*. Topia.
- Pérez, P., Usuga, D. y Arango, J. (2021). Tele-neuropsicología en países de habla hispana: Una mirada crítica al uso de Tecnologías de Información y Comunicación en la evaluación neuropsicológica. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, 4(1), 1-27.
- Richards, D. y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 32, 329-342. doi:10.1016/j.cpr.2012.02.00
- Rojas-Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Caycho-Rodríguez, T., Muñoz-Vega, C., Muñoz-Marabolí, M., Luna-Gómez, T. y Muñoz-Torres, T. (2022). Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 56(2). <https://doi.org/10.30849/ripijp.v56i2.1733>
- Satti, K. y Ojugbele, O. (2021). Lessons Learned: Pediatric Telemental Health in a Rural Medical Center in the Age of SARS-CoV-2. *The Journal of Rural Health*, 37(1), 260.
- Scharff, J. (2014). Psicoanálisis asistido con tecnología. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 18, 151-172.
- Schorer, L., Fontao, M. I., Casari, L. y Taborda, A. R. (2023). Psychotherapists' use of teletherapy during the second wave of COVID-19 pandemic in Argentina. *Investigaciones en Psicología*, 26(1), 27-39.
- Serventi, M. A. (2021). *Nuevos desafíos en terapia familiar online en tiempos de Covid-19*. Tesis de grado, Universidad de Palermo.
- Storch, E., Salloum, A., King, M., Crawford, E., Andel, R., McBride, N. y Lewin, A. (2015). Un ensayo controlado aleatorio en centros comunitarios de salud mental de terapia cognitiva conductual asistida por computadora versus tratamiento habitual para niños con ansiedad. *Depresión y Ansiedad*, 32, 843-852. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22399>
- Tabacof, D. (2021). Mantener el propio encuadre interno. En A. Vainer, *Contigo a la distancia. La clínica Psi en tiempos de pandemia*. Topia.
- Taborda, A. R., Piorno, M. N. y Casari, L. M. (2021). Duelos en la niñez y psicoterapia en tiempos de pandemia. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 25(1), 47-72. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5801>
- Tijo-Vásquez, C., Jiménez-Silva, C., Estupiñán-Villamizar, J., Meneses-Ibarra, L. y Cárdenas-García, O. (2020). *Revisión sistemática de literatura: Intervención psicológica en niños a través de la virtualidad*. Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/20290>
- Tse, J., McCarty, C. A., Stoep, A. V. y Myers, K. M. (2015). Teletherapy Delivery of Caregiver Behavior Training for Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Telemedicine and e-Health*, 21, 451-458. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2014.0132>
- Wade, S. L., Gies, L. M., Fisher, A. P., Moscato, E. L., Adlam, A. R., Bardoni, A., Corti, C., Limond, J., Modi, A. C. y Williams, T. (2020). Telepsychotherapy with children and families: Lessons gleaned from two decades of translational research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 332-347.

Anexo

Guía para la entrevista (modalidad no-presencial)

1. General

1.1 Ha atendido pacientes en psicoterapia desde el brote del Coronavirus y/o desde el comienzo del ASPO?

- En ese caso: ¿En qué ámbito ha atendido pacientes? ¿En una institución o en consultorio particular? Desde el comienzo del ASPO: Ha cambiado su modalidad de trabajo (de terapia presencial) a terapia por teléfono/video (en lo que sigue: ¿terapia no-presencial)?
- En ese caso: ¿Qué modalidades de terapia no-presencial ha utilizado? ¿Video, teléfono o ambas?
- En ese caso: ¿Qué proporción de sus pacientes atiende actualmente en terapia no-presencial?

1.2 ¿A qué grupo etario pertenecen la mayoría de sus pacientes?

2. Condiciones del trabajo terapéutico y encuadre

2.1 ¿Cómo le resultó el cambio a terapia no-presencial?

- ¿Significó un cambio importante en su práctica?
- ¿Ha producido un aumento de las tareas asociadas a su práctica psicoterapéutica? (por ejemplo, de organización o administrativas)

2.2 ¿Ha habido dificultades o problemas relacionados con el cambio?

- ¿Por ejemplo, con la técnica?

2.3 ¿Ha habido ventajas ligadas al cambio a terapia no-presencial?

2.4 ¿Cómo han reaccionado sus pacientes al cambio a terapia no-presencial?

3. ¿Cómo ha afectado el cambio a su trabajo terapéutico?

3.1 ¿Ha podido mantener los aspectos formales de la terapia en el nuevo formato?

- Por ejemplo, respecto de frecuencia y duración de las sesiones, disposición de los asientos, honorarios
- ¿Ha modificado otros aspectos del encuadre?

3.2 ¿En qué medida ha podido transferir su enfoque teórico-clínico al formato no-presencial?

- Por ejemplo, respecto del vínculo terapéutico, la técnica o las intervenciones
- En caso de haber realizado modificaciones, ¿tiene la impresión de haber podido conservar lo esencial de su enfoque terapéutico en su trabajo? (por ejemplo, analítico, psicodinámico, cognitivo-conductual)
- Si no es así, ¿cómo se ha sentido al respecto?

4. ¿Han cambiado los contenidos o temas de la terapia desde el brote del coronavirus y el ASPO?

4.1 ¿Han pasado otros contenidos o temas al primer plano?

- Si es así, ¿qué temas han pasado al primer plano?
- Por ejemplo, ¿temas ligados al afrontamiento de la pandemia?

4.2 Si es así, ¿ha tenido la impresión de que los procesos terapéuticos en curso hasta el ASPO se han visto interrumpidos?

5. ¿Ha habido cambios en el vínculo terapéutico o en la oferta relacional desde el cambio a terapia no-presencial?

5.1 Si es así, ¿qué aspectos han cambiado?, ¿cuáles se han vuelto más difíciles?

- Por ejemplo, expresar empatía u otros aspectos emocionales, definir roles o mantener límites

- 5.2 Si es así, ¿ha habido aspectos de la relación que se volvieron más fáciles de manejar?
 - Por ejemplo, hablar sobre temas sensibles/difíciles (self-disclosure)
- 5.3 ¿Ha sido posible alcanzar una profundidad (emocional) similar en las sesiones no-presenciales?
- 5.4 ¿Ha habido interrupciones o abandono de tratamientos desde el ASPO?
 - En ese caso, ¿cuáles han sido las razones de parte de los pacientes?
- 5.5 ¿Ha tomado nuevos pacientes desde el ASPO?
 - En ese caso, ¿ha sido posible establecer un vínculo terapéutico comparable al de la terapia presencial?
 - ¿Ha habido particularidades en las entrevistas diagnósticas por video/teléfono?
- 5.6 ¿Tiene la impresión de que algunas competencias profesionales han sido más requeridas en el formato no-presencial que en el presencial?
 - En ese caso, ¿cuáles?
- 6. **Factores ligados al terapeuta y sobrecarga emocional ¿Cómo se ha sentido durante las sesiones no-presenciales (en comparación con las presenciales)?**
 - 6.1 ¿Han sido más agotadoras?
 - Si es así, ¿cómo se ha expresado ese cansancio o agotamiento (aspectos psíquicos y somáticos)?
 - Y si es así, ¿tiene alguna idea de por qué podría ser?
 - 6.2 ¿Se sintió tan seguro y profesionalmente competente (como en las sesiones presenciales)?
 - Si no es así, ¿a qué lo atribuye?
 - 6.3 ¿Cómo se ha sentido después de las sesiones no-presenciales (en comparación las sesiones presenciales)?
 - 6.4 ¿Se sintió tan satisfecho y efectivo con su trabajo terapéutico en las sesiones no-presenciales (como en las sesiones presenciales)?
 - Si no es así, ¿a qué lo atribuye?
- 7. **¿Cómo le afectó el hecho de que los pacientes no estuviesen en la misma habitación?**
 - 7.1 ¿Tiene la impresión de que le faltan informaciones (por ejemplo, información no verbal) necesarias para el trabajo terapéutico?
 - ¿Ha experimentado dificultades para aprehender o evaluar (de manera fiable) el estado psíquico (mental y afectivo) de los pacientes?
 - 7.2 ¿Ha habido pacientes que se desestabilizaron significativamente con el cambio a terapia no-presencial? ¿Ha habido situaciones críticas?
 - En ese caso, ¿cómo las ha manejado?
 - 7.3 ¿Ha tenido pacientes con tendencias suicidas desde el ASPO?
 - En ese caso, ¿cómo ha manejado la situación?
 - 7.4 Si es así, ¿se ha sentido sobrecargado por estas situaciones?
- 8. **Desde el brote del coronavirus y el ASPO: ¿Ha habido cambios en su carga de trabajo? ¿Cómo describiría su carga de trabajo comparada con la de antes del ASPO)?**
 - 8.1 En ese caso, ¿qué se ha incrementado o reducido?
 - 8.2 Desde el brote del coronavirus, ¿ha tenido que lidiar con sus propios temores, preocupación por el futuro? ¿incertidumbre financiera u otros sentimientos negativos?
 - En ese caso, ¿podría describirlos o dar ejemplos?
- 9. **Perspectivas. ¿Planea continuar con la terapia por video/teléfono después de la pandemia?**
 - 9.1 En ese caso, ¿en general o en circunstancias externas específicas? (por ejemplo, ausencias pasajeras, enfermedad, etc.)

Arteterapia como vía terapéutica para el desarrollo de recursos de regulación emocional en menores en acogimiento residencial

MARÍA CRESPO BOLA¹ Y MARÍA DEL RIO DIÉGUEZ²

RESUMEN

La investigación que se presenta a continuación tiene como objeto de estudio los elementos de la práctica arteterapéutica implicados en el desarrollo de recursos de regulación emocional con niños, niñas y adolescentes protegidos por la Administración pública y residentes de manera temporal en residencias terapéuticas o específicas para problemas de comportamiento y salud mental. Para tal fin, se ha llevado a cabo un estudio cualitativo con 89 participantes que atiende a un diseño de investigación-acción y que ha utilizado como principal instrumento de recolección de datos el diario de campo y los registros de las sesiones de la arteterapeuta. Los datos han sido analizados a través del análisis de contenido, apoyándose en el software NVIVO. Los resultados muestran tres categorías principales: encuadre, intervenciones terapéuticas y funcionamiento emocional. A partir de ellas, ha sido posible conocer y comprender en profundidad los elementos del dispositivo arteterapéutico implicados en el desarrollo de recursos de regulación emocional. **Palabras clave:** *arteterapia, apego, desarrollo emocional temprano, regulación emocional, acogimiento residencial específico.*

ABSTRACT

Art therapy as a therapeutic approach for the development of emotional regulation resources in children in residential care. The following research aims to study the elements of art therapy practice involved in the development of emotional regulation resources with children and adolescents protected by the public administration and temporarily residing in therapeutic or specific residences for behavioral and mental health problems. To this end, a qualitative study has been carried out with 89 participants following an action-research design and using the field diary and the records of the sessions of the art therapist as the main instrument for data collection. The data were analyzed through content analysis, using NVIVO software. The results show three main categories: framing, therapeutic interventions and emotional functioning. From these, it has been possible to know and understand in depth the elements of the art therapy device involved in the development of emotional regulation resources. **Keywords:** *art therapy, attachment, early emotional development, emotional regulation, specific residential care.*

RESUM

Artteràpia com a via terapèutica per al desenvolupament de recursos de regulació emocional en menors en acolliment residencial. La recerca que es presenta a continuació té com a objecte d'estudi els elements de la pràctica artteràpèutica implicats en el desenvolupament de recursos de regulació emocional amb infants i adolescents protegits per l'Administració pública i residents de manera temporal en residències terapèutiques o específiques per a problemes de comportament i salut mental. Amb aquesta finalitat, s'ha dut a terme un estudi qualitatiu amb 89 participants que atén un disseny d'investigació-acció i que ha utilitzat com a principal instrument de recollida de dades el diari de camp i els registres de les sessions de l'artteràapeuta. Les dades han estat analitzades a través de l'anàlisi de contingut, basant-se en el programari NVIVO. Els resultats mostren tres categories principals: enquadrament, intervencions terapèutiques i funcionament emocional. A partir d'elles, ha estat possible conèixer i comprendre en profunditat els elements del dispositiu artteràpèutic implicats en el desenvolupament de recursos de regulació emocional. **Paraules clau:** *artteràpia, aferrament, desenvolupament emocional primerenc, regulació emocional, acolliment residencial específic.*

¹Doctora en Educación (Universidad Autónoma de Madrid). Psicóloga y arteterapeuta. ²Doctora en Bellas Artes (Universidad Complutense de Madrid). Profesora e investigadora de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.

Contacto: drealivein@hotmail.com

Recibido: 14/8/23 - Aceptado: 12/3/24

Introducción

Gran parte de los menores con medida de protección en acogimiento residencial (AR) y acogimiento residencial específico (ARE) han presenciado y/o padecido experiencias de maltrato, abuso, negligencia y relaciones de apego inseguras perpetuadas en el tiempo. Existe una amplia evidencia acerca de los efectos negativos que este tipo de experiencias tiene en la población de acogida:

- Comportamientos de riesgo y problemas de salud mental (Águila-Otero et al., 2020; English y Pecora, 2016; González-García et al., 2017; 2019; Martín et al., 2018; 2020; Sainero et al., 2014; Vostanis, 2010).
- Bajo rendimiento académico y fracaso escolar (English y Pecora, 2016; González-García et al., 2017, 2019; Montserrat et al., 2015).
- Comportamientos delictivos y problemáticas antisociales (Águila-Otero et al., 2020; Malvaso y Delfabbro, 2015; Ryan et al., 2008).

Las investigaciones revelan que a menudo quedan deficitariamente desarrolladas y disociadas distintas áreas (sensorial, cognitiva, afectiva, relacional), dando lugar a dificultades para el reconocimiento, la integración psíquica y la vivencia de las relaciones personales (Hill, 2018; López-Soler et al., 2008; Ogden, 2011; Ogden y Fisher, 2016; Schore, 2011, 2017).

El menor expuesto a tales circunstancias va generando sus propios mecanismos de adaptación y supervivencia. Sin embargo, es muy frecuente que cuando el malestar es significativo acabe por producir distinta sintomatología, de carácter externalizante o internalizante, lo que puede llegar a comprometer su salud mental (Martín et al., 2018; Sainero et al., 2014).

Los estudios ponen de manifiesto que el soporte terapéutico temprano resulta clave para atender a la salud mental de este grupo tan vulnerable (English y Pecora, 2016; Lecannelier, 2016; 2018; Malvaso y Delfabbro, 2015; Vostanis, 2010). En España, la incidencia de problemas de salud mental en este grupo de población es alta (Bravo y Del Valle, 2009; Sainero et al., 2014), lo que hace imprescindible poner en marcha programas para la detección y evaluación temprana de estas problemáticas, así como generar intervenciones rigurosas y fundamentadas en la investigación.

La literatura informa que la expresión creativa, la sensorialidad y el juego, dentro de un contexto relacional seguro, son vías de integración senso-afectiva para áreas disociadas por la experiencia traumática que facilitan el procesamiento de contenidos psíquicos de naturaleza implícita y no verbal (Hinz, 2020; Malchiodi, 2018; Ogden y Fisher, 2016; Hill, 2018; Schore, 2017).

La arteterapia y las terapias expresivas, al utilizar el material artístico como elemento relacional, proporcionan un medio terapéutico de singular valor. Los materiales tienen cualidades sensibles a las distintas dimensiones de la experiencia emocional (sensorial, afectiva, cognitiva, relacional), que se presenta como algo actual y que emerge de la práctica artística: dificultades técnicas que pueden producir frustración, rabia, vergüenza, etc., aspectos inesperados derivados del azar, momentos de placer (disfrute, relax, logro, sentimiento de orgullo) o imágenes, pensamientos, recuerdos, etc., que surgen del interior asociadas al proceso y movilizan la experiencia emocional (Czamanski-Cohen y Weihs, 2016; Hinz, 2020). Lo que resulta específico de este tipo de abordajes terapéuticos es que permiten que parte del material psíquico que se activa pueda quedar transferido al artístico, lo que facilita la conexión y expresión de contenidos implícitos e inconscientes de un modo que resulta más tolerable (Crenshaw y Malchiodi, 2017; Klein, 2009).

Aunque existe consenso respecto a que la arteterapia y las terapias expresivas favorecen los procesos descritos anteriormente, los estudios (Van Westrhenen y Fritz, 2014; Sesar et al., 2022) señalan algunas limitaciones importantes en las investigaciones existentes: falta de sistematicidad y rigor en los procesos de recogida de información, falta de estudios de naturaleza inductiva que permitan generar contenidos teóricos a partir de la experiencia de campo y falta de estudios que fundamenten los mecanismos de acción arteterapéuticos implicados en este contexto específico.

Ante estos antecedentes, nos planteamos realizar una investigación doctoral acerca del papel de la arteterapia en el desarrollo de recursos de regulación emocional de niños, niñas y adolescentes en AR y ARE. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio cualitativo que sigue la

estructura de un diseño de investigación-acción y que ha utilizado como principal instrumento de recolección de datos el diario de campo y los registros de la arteterapeuta. Los datos obtenidos se analizaron a través de un proceso de codificación inductiva o abierta (Ruiz, 2012), apoyado en el software NVIVO: tras una lectura en profundidad se procedió a asignar códigos a los distintos párrafos hasta que no se encontraron códigos nuevos, lo que indicó cierta saturación de los datos; posteriormente se jerarquizaron, fusionaron y agruparon hasta obtener las categorías definitivas, que han servido para realizar el informe final. Los resultados han mostrado tres categorías principales: encuadre, intervenciones terapéuticas y funcionamiento emocional. A partir de ellas, ha sido posible conocer y comprender los elementos del dispositivo arte-terapéutico implicados en el desarrollo de recursos de regulación emocional.

Marco de referencia del modelo de intervención

La intervención que da soporte a este estudio se ha sustentado sobre los siguiente referentes teóricos.

La infancia como sujeto, los buenos tratos a la infancia y el desarrollo resiliente

La concepción del niño como sujeto, planteada por la *Convención sobre los derechos del niño* (Unicef, 2006), estuvo presente guiando a la arteterapeuta en el proceso de escucha a cada participante, de manera que permitiera “desplegar su potencia creadora, hablante, deseante, autónoma” (Sánchez, 2007, p. 190). Esto se tradujo en una mirada afectiva y mental que atiende, acoge y refleja las expresiones espontáneas, favoreciendo con ello el despliegue de su *verdadero self* (Winnicott, 2008); orientada a conectar con los recursos y fortalezas de cada participante (Barudy y Dantagnan, 2009); que provee de espacios y experiencias gratificantes aptos para desarrollarlos, imaginar nuevos horizontes y construir nuevas realidades (Puig y Rubio, 2012, 2015).

Teorías del desarrollo emocional e intervención clínica (Bowlby, 1988, 1997; Winnicott, 2008)

Tenerlas en cuenta implica un desempeño terapéutico caracterizado por la disponibilidad

afectiva, sensibilidad, respuestas contingentes a necesidades, atención al gesto espontáneo, sostén físico y emocional, realización, contención, adaptación y desadaptación, una forma de estar imprescindible para atender y tratar a/con personas con un origen relacional deficitario y/o negligente.

Se han tenido en cuenta especialmente las teorías de regulación emocional de Hill (2018) y Schore (2009, 2011, 2012, 2013, 2014, 2017), que consideran que el afecto tiene una dimensión primaria, ligada a las representaciones somáticas o sensaciones sentidas del estado del organismo y se define a través del nivel de excitación (hiper-hipo) y del tono hedónico (placer-displacer), y otra secundaria, que se corresponde con las representaciones mentales o categorías acerca de las vivencias afectivas corporizadas. De manera que la regulación del afecto es una capacidad que se desarrolla en el seno de las relaciones vinculares de apego y que se articula en torno a tres características: tolerancia, modulación y resiliencia. También la teoría de la afectividad mentalizada (Bateman y Fonagy, 2016), que vincula la capacidad mentalizadora del ambiente primario de crianza con el desarrollo de la afectividad mentalizada a través de tres dinámicas: identificación, modulación y expresión.

Teorías de creatividad en la infancia, intervención en arteterapia e intervención grupal.

La intervención se basa en los estudios sobre la actitud creativa de Lamata (2013), las teorías del desarrollo de la capacidad creadora en la infancia (Vigotsky, 2003), la consideración de una vivencia estética y poética como aspecto clave en arteterapia (Del Río, 2014; Sorín, 2011), el modelo del continuo de terapias expresivas (Hinz, 2020), el *body mind model* (Czamanski-Cohen y Weihs, 2016) y la técnica de grupo operativo (Bauleo et al., 2005; Pichón-Rivière, 1975; De Felipe, 2015).

El foco de la intervención está en lo que acontece en el proceso creativo-relacional, que incluye la relación con los materiales, con la producción artística, con el grupo y con la arteterapeuta, como posibilidad que surge cuando se ofrece un espacio disponible para la vivencia estética y poética en un marco relacional: despertar de la

sensibilidad aplacada, la apertura hacia nuevas vías de experimentación sensible o la transformación del malestar y el sufrimiento en creación (Sorín, 2011) y permitir la emergencia de lo no consciente, de lo escindido, de lo preverbal, encontrando un cauce hacia el discurso expresivo y afectivo (Del Río, 2014).

La base de la intervención fue la creación libre, que permitía la máxima disponibilidad del espacio para el despliegue y la acogida del gesto espontáneo y la narrativa propia y personal, algo fundamental, dado el origen de acatamiento de los y las participantes (acatamiento de las circunstancias que dieron lugar a la medida de protección, de la separación de su entorno familiar y del traslado a otro inicialmente ajeno) y el hecho de residir en un entorno comunitario y terapéutico, donde para garantizar la seguridad se precisa de una estructura organizativa con pocos espacios para el despliegue de lo individual.

Justificación

Consideramos que la arteterapia es una vía útil para el desarrollo de recursos de regulación emocional, y que es necesario explorar con mayor profundidad en qué consiste y cómo funciona para que pueda contemplarse como recurso terapéutico específico en el ámbito de AR y ARE.

A la vista de la teoría, identificamos cuatro lugares desde los que argumentar la intervención y que constituyeron las hipótesis de esta investigación:

Desde la relación terapéutica: podrá favorecer los procesos de regulación del afecto a través de:

- Intervenciones comunes a cualquier modelo terapéutico: la atención, la disponibilidad afectiva (Bowlby, 1988), el sostén (Winnicott, 2008), la sintonización (Stern, 2005), la contención del afecto (Bion, 1962), la afectividad mentalizada (Bateman y Fonagy, 2016; Lecannelier, 2018), la disposición espontánea y lúdica del arteterapeuta (Winnicott, 2008).
- Intervenciones específicas de la arteterapia: la sugerencia de propuestas que permitan compensar el exceso de procesamiento en alguno de los componentes del continuo del procesamiento de la información (Hinz, 2020) y la explicitación del contenido implícito expresado

visualmente siempre que sea pertinente (Czarnski-Cohen y Weihs, 2016).

Desde la experiencia que ofrece la propuesta de creación libre, donde la libre elección del contenido favorecerá una posible vía de regulación emocional.

Desde la experiencia de relación con los materiales de creación, las propiedades de los materiales (resistividad, fluidez, temperatura) podrán desencadenar procesos de regulación.

Desde el componente experiencial que ofrece la arteterapia, que permitirá poner en juego el manejo emocional propio de cada participante. Las intervenciones terapéuticas y la experiencia de creación y relación con los materiales artísticos podrían favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento alternativas a las habituales.

Con todo, esperamos poder proporcionar una base metodológica adecuada para el desarrollo de programas de arteterapia.

Preguntas y objetivos de la investigación

¿De qué manera la arteterapia puede favorecer el desarrollo de recursos personales e interpersonales de regulación emocional en menores en AR y ARE? ¿Cuáles serían sus características metodológicas? Para dar respuesta a dichas preguntas se formulan los siguientes objetivos:

- Identificar qué elementos del encuadre y la intervención son clave para el desarrollo de recursos personales e interpersonales de regulación de la experiencia emocional.
- Establecer las bases para una metodología de trabajo arteterapéutica específica en el ámbito del acogimiento residencial.

Método

Diseño de estudio

Se trata de un estudio enmarcado en el paradigma de la teoría fundamentada y desarrollado bajo la estructura de una investigación-acción (I-A). Se ha escogido esta estructura porque, además de orientarse a comprender la realidad existente, se dirige también a su transformación buscando contribuir a la mejora de las dificultades detectadas.

Contexto de la intervención y diseño muestral

La investigación toma como antecedente un

estudio anterior de carácter exploratorio (Crespo, 2013) realizado en el contexto del AR, que sirvió para identificar las principales dificultades en el área emocional y relacional.

Este estudio se enfocó en el ámbito de las ARE por considerar que los niños, niñas y adolescentes que residían en ellas presentarían las mismas áreas de dificultad que en el recurso anterior, pero con un grado de afectación mayor. Dichas residencias/hogares estaban gestionadas por la entidad Consulting Asistencial Sociosanitario S. L., con sedes en la Comunidad de Madrid y en Castilla y León.

La investigación se realizó durante tres periodos, correspondientes a tres cursos escolares (2014-2015, 2015-2016, 2016-2017), durante los cuales se atendió a un total de 89 participantes: cinco preadolescentes (9-12 años) y 84 adolescentes (entre 13 y 18 años) residentes en diferentes hogares y agrupados por la entidad en función de la edad, del sexo y del tipo de diagnóstico clínico (trastornos de salud mental, déficit de atención e hiperactividad, trastornos de conducta y/o consumo de sustancias tóxicas).

La selección de participantes fue realizada por el equipo clínico de cada hogar, entre cuyos *criterios de inclusión* se encontraban: el gusto por las actividades artísticas y creativas, la presencia de dificultades para la expresión de sentimientos, emociones y pensamientos, la presencia de sintomatología externalizante (impulsividad, agresividad, comportamientos disruptivos) o internalizante (autolesiones, somatización, aislamiento) y la disponibilidad horaria. Entre los *criterios de exclusión*, se encontraban: el rechazo hacia la actividad artística o creativa y si, por su gravedad, requerían el acompañamiento de un educador o educadora durante las sesiones.

Los grupos fueron conformados de manera consensuada entre el equipo de psicólogos de la entidad y nosotras como investigadoras y se crearon atendiendo a los criterios que se describen a continuación (y que fueron variando cada uno de los años).

Primer año: 2014-2015

Conformado por 50 participantes.

Tipo de sintomatología prevalente (diagnóstico clínico). Partiendo de los diagnósticos realizados por el equipo de psiquiatría y psicología

de cada uno de los centros siguiendo el DSM-IV, los grupos se formaron en torno a tres diagnósticos: Trastorno de conducta con alta presencia de déficit de atención e hiperactividad; trastorno de conducta y trastorno mental, dentro del cual se incluían aquellos chicos y chicas con afectaciones más graves, generalizadas y con formas de funcionamiento que podían apuntar hacia el desarrollo de uno de los siguientes trastornos: trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, trastorno antisocial y esquizofrenia (1)

Género: grupos mixtos y grupos homogéneos. Muchos de los centros con los que participamos estaban divididos en función del sexo y no era viable su integración; con ellos mantuvimos la separación. Otros grupos sí fueron mixtos.

Edad: grupo de pequeños y grupo de mayores. Aunque los centros específicos están principalmente destinados a la población adolescente, hay menores de 12 años con casuísticas graves. Por ello formamos dos grupos: grupo de pequeños (hasta los 12 años) y grupo de mayores (12 en adelante).

Grupos de centros mixtos u homogéneos. Vimos de interés para la investigación contar con grupos mixtos, integrados por participantes de distintos centros y grupos homogéneos integrados por participantes que conformaban una unidad de convivencia. Con ello buscábamos observar si había diferencia en el tipo de dinámicas grupales que surgían en unos y otros.

Segundo año: 2015-2016

Trabajamos con tres grupos, y un total de 26 participantes, todas chicas residentes del Hogar destinado a problemas de salud mental. Tras la evaluación del primer año, y de acuerdo con el equipo clínico y educativo de los hogares, decidimos reducir el número de grupos y de participantes. El trabajo realizado el primer año nos había permitido realizar una amplia gama de observaciones, pero mantener todos los grupos era muy exigente para los hogares (tanto para los que tenían que hacer traslados como para los que los acogían) y para los procesos de registro. La creación de los grupos del segundo año buscó optimizar los recursos. Se formaron atendiendo a los siguientes criterios:

Tipo de sintomatología prevalente: mismos grupos diagnósticos del año anterior.

Género: misma presencia de grupos mixtos y homogéneos.

Eliminamos el criterio *edad* por cuestiones de inviabilidad; la mayoría de los niños y niñas eran mayores de 12 años y los que eran menores no coincidían temporalmente para conformar un grupo. Trabajamos con una niña y un niño en sesiones individuales.

Decidimos eliminar el criterio de *grupos de centros mixtos* y trabajar únicamente con grupos formados por participantes del mismo centro. Durante la experiencia del año anterior, la dificultad logística que implicaba la movilidad para los centros había dificultado la investigación, mientras el trabajo con grupos de convivientes había favorecido una coordinación con el equipo psicoeducativo de mayor profundidad y permitido a los participantes conocerse de otra manera, desde registros narrativos distintos a los habituales.

Tercer año: 2016 – 2017

Siguiendo con la estrategia de profundización en los registros, trabajamos con dos grupos, y un total de 15 participantes, todas chicas residentes del Hogar destinado a problemas de salud mental (anexo 1). La conformación de los grupos se hizo atendiendo a los siguientes criterios:

Tipo de sintomatología prevalente (o diagnóstico clínico). Cuadros clínicos que apuntan al trastorno límite de la personalidad y al trastorno maniaco-depresivo y cuadros clínicos que apuntan hacia los trastornos antisociales de la personalidad. Decidimos centrarnos en estos grupos diagnósticos porque sus manifestaciones fenomenológicas incluyen las manifestaciones observadas y trabajadas en el trastorno de conducta y en el trastorno de conducta con déficit de atención e hiperactividad.

Género. El grupo quedó limitado a las mujeres porque el propio centro prefirió que no trabajásemos con los chicos.

Edad. Todas las participantes eran mayores de 12 años.

Grupos del mismo centro. En los años previos, se había creado de manera natural una dinámica de coordinación y colaboración con el equipo de educadores, el psicólogo, la psiquiatra y el director muy valiosa para el trabajo con las

participantes y para seguir profundizando en los objetivos de la investigación. Trabajamos con dos grupos de chicas siguiendo el criterio de semejanza sintomatológica que utilizaba el centro para la convivencia.

Técnicas e instrumentos de recogida de la información

La observación participante ha sido la principal técnica para la recogida de datos.

Como instrumentos de recogida de la información se ha contado con los diarios de campo y el archivo de las producciones artísticas. Hemos contado con tres tipos de diarios de campo:

Diario de reflexión de la arteterapeuta. Contiene reflexiones temáticas de la arteterapeuta sobre inquietudes e interrogantes del proceso de investigación e intervención; apuntes de artículos o libros ligados a las temáticas de estudio; apuntes y reflexiones tras las tutorías de investigación; anotaciones de las supervisiones; reflexiones de encuentros y conversaciones informales con los educadores; apuntes e interrogantes procedentes de cursos de formación realizados a lo largo de estos tres años para apoyar el proceso reflexivo de I-A.

Diario de las sesiones. El proceso de observación participante y de registro de lo observado en el diario de campo lo iniciamos con un formato libre y poco concreto y fue evolucionando hacia un formato más estructurado en torno a los elementos de observación que fueron revelándose claves.

Diario de emergentes. Contiene las observaciones individuales y/o grupales tomadas por el arteterapeuta observador en el tercer año de la investigación. Dichas observaciones son descriptivas (evitan el empleo de adjetivos calificativos) y están enfocadas en los emergentes relativos a la tarea de las sesiones: la regulación emocional. Fueron tomadas en un cuaderno durante las sesiones y leídas al grupo en el cierre. En la primera sesión informativa, se explicó al grupo en qué iba a consistir este proceso de observación por parte del arteterapeuta observador durante la sesión.

Archivo de producciones artísticas. Las fotografías de las producciones artísticas eran tomadas por cada participante en el momento de cierre, antes de comenzar la puesta en común.

Su realización e inclusión como instrumento de recogida de información formaba parte de las acciones requeridas a los y las participantes que querían formar parte de la investigación. El archivo está compuesto por carpetas individuales en las que se han guardado por orden cronológico el conjunto de producciones artísticas creadas por cada participante.

Análisis de la información

El análisis de los datos ha sido tratado a través del análisis de contenido (AC), una técnica basada en la identificación de los códigos explícitos empleados por quien emite el discurso y que toma en cuenta el contexto en el que surge, así como los posibles contenidos latentes o implícitos de este (Ruiz, 2012).

Hemos realizado un AC cualitativo inductivo partiendo de los datos contenidos en los tres tipos de diarios de campo, apoyándonos para su análisis en el software NVIVO12. Para la codificación, se realizó la lectura de los diarios de campo año por año, separando por grupos diagnósticos. Como resultado del proceso de análisis se han obtenido tres categorías principales: encuadre, interacciones terapéuticas y funcionamiento emocional.

El proceso de análisis de datos fue revisado y contrastado de manera constante y sistemática entre las dos investigadoras del estudio: discutiéndose la pertinencia de las unidades de análisis dentro de las categorías, los grupos o familias establecidos, las definiciones de las categorías y subcategorías y debatiéndose todos los aspectos en los que no hubiese acuerdo hasta establecer un criterio común.

Procedimiento de I-A

Esta investigación comprende: una fase exploratoria (2013-2014) (Crespo, 2013) y tres fases de investigación-acción (2014-2015, 2015-2016, 2016-2017), transcurridas entre los meses de septiembre a junio (inclusive). Siguiendo los pasos planteados por un diseño de I-A: planificación-acción-observación-reflexión (Putman y Rock, 2016), se describen a continuación y, en primer lugar, los elementos procedimentales comunes a las tres fases de I-A y, en segundo lugar, los elementos procedimentales específicos de cada fase:

Elementos procedimentales comunes a las tres fases de la I-A

Temporalización. Cada fase estuvo dividida en tres periodos cuyos cambios coincidían con las vacaciones de Navidad y Semana Santa. Dichos momentos fueron empleados en realizar el análisis de las observaciones y las reuniones de coordinación con los equipos directivos y psicoeducativos de cada centro.

Equipo de intervención. Estuvo constituido por la arteterapeuta principal, quien se mantuvo a lo largo de las tres fases de I-A y un arteterapeuta en prácticas o profesional, que fue cambiando en cada una de las fases. La arteterapeuta principal se corresponde con la investigadora principal y redactora de este estudio. Por ello, entre los distintos roles desempeñados se encuentran: figura terapéutica referente de las sesiones, redactora del diario de las sesiones y del diario de reflexiones, redactora de los informes finales de cada fase, responsable de la coordinación con cada uno de los equipos directivos y psicoeducativos y responsable de la compra de los materiales (los gastos corrían a cargo del centro). Entre las funciones del arteterapeuta en prácticas o profesional: el apoyo a los participantes cuando era preciso, el contraste de lo observado con la arteterapeuta principal al finalizar cada sesión y, en el tercer año, el proceso de observación según la concepción de grupo operativo.

La frecuencia, duración y formato de las sesiones guardó el mismo criterio a lo largo de las tres fases: sesiones de grupo quincenales de 90 minutos de duración.

Encuadre de la investigación. Al comienzo de la intervención con cada grupo, presentábamos la investigación y su objetivo: desarrollar una metodología de intervención arteterapéutica para el desarrollo de recursos personales en chicos y chicas que viviesen temporalmente en residencias terapéuticas. Explicábamos todas las cuestiones relativas a la recogida y trato de los datos que tomaríamos, solicitando su consentimiento para ello.

Técnicas e instrumentos de observación: el diario de las sesiones, el diario de reflexión de la arteterapeuta y los archivos de las producciones artísticas.

Elementos procedimentales de reflexión: Se sistematizó a través de distintas vías:

- Reunión pre-sesión: previa al comienzo de las sesiones. Tenían como finalidad su preparación teniendo en cuenta las anotaciones del diario y el registro de imágenes de la sesión anterior.
- Reunión post sesión: al final de cada sesión, cada arteterapeuta dejaba fluir sus sensaciones e impresiones y luego se revisaban los elementos clave de observación contenidos en el diario de las sesiones. Podíamos tomar notas escritas o grabadas si se encontraba necesario.
- Supervisión: análisis de la práctica arteterapéutica realizada con una frecuencia quincenal.
- Sesiones de análisis con el equipo de investigación: análisis de la evolución de la investigación y toma de decisiones. Realizada con una frecuencia mensual.
- Redacción de informe final de cada fase, a partir de toda la información recopilada en los diarios.
- Sesiones de análisis con el equipo educativo de cada centro: presentación a cada equipo educativo del informe final de cada fase. De estas reuniones podrían salir ajustes para el nuevo plan de acción.

Aspectos procedimentales específicos de cada una de las tres fases de la investigación

Durante los tres años de I-A, tuvieron lugar ajustes tanto en la estructura de la investigación como en la de la intervención.

Año 1

Objetivos de Investigación. Se plantean dos objetivos: observación de las dificultades, recursos y necesidades emocionales, cognitivas y relacionales que emergían en el dispositivo arteterapéutico y definición de los ajustes que permitieran construir una metodología específica a partir de las realidades observadas. A tal objetivo contribuyó el tamaño amplio de la muestra inicial ($N = 50$).

Objetivos de intervención: hacer de la creación artística una vía de expresión y desarrollo de recursos personales resilientes (Zukerfeld, 2011).

Espacio de la intervención. Las sesiones se realizaron en las salas de dos de los hogares. En cada una de estas creamos tres espacios con finalidades diferenciadas: espacio destinado a los

momentos de inicio y de cierre (sillas dispuestas en círculo), destinado al momento de desarrollo creativo (sillas en torno a la mesa de creación) y espacio destinado a la disposición de los materiales artísticos (colocados en áreas según su técnica: modelado, dibujo, pintura, collage...).

Función de la arteterapeuta. Fomentar un ambiente disponible para el juego, acompañar, guiar, proponer cambios, invitar a la introspección, al juego, sostener y contener momentos de complejidad individuales y grupales.

Estructura de las sesiones. Se estructuraron en torno a tres momentos creativos diferenciados: inicio, desarrollo y cierre. Cada uno de los cuales tenía sus propias dinámicas.

Dinámica para el momento de desarrollo. Se invitaba a realizar una creación artística libre con libre elección de modalidad expresiva (movimiento y desplazamiento por el espacio, expresión plástica y visual, expresión musical), libre elección de materiales y libre elección temática.

Materiales plásticos. Se presentaban en una mesa agrupados según su técnica para su uso libre, a excepción de los cortantes (tijeras y sacapuntas), que tenían que pedirlos a las arteterapeutas.

Año 2

Investigación. Teniendo en cuenta las dificultades, recursos y necesidades emocionales, cognitivas y relacionales encontradas en el primer año, planteamos una investigación más específica, dirigida a los contenidos emocionales: cómo se manifestaban, cuáles eran sus vías de expresión y cómo eran acompañados por los elementos del dispositivo. Nos centramos en el área emocional por la cantidad de registros que de ella figuraban en los diarios, tanto en lo referido a las dificultades para su vivencia como en las oportunidades de expresión y regulación que se observaba que brindaba el dispositivo.

Intervención. La finalidad de la intervención se centra en la vivencia emocional.

Espacios de la intervención. Las mismas salas que el año anterior.

Función de la arteterapeuta. Se mantienen las funciones descritas en el primer año.

Estructura de las sesiones. Se mantienen para cada uno de los grupos los momentos de inicio,

desarrollo y cierre. Las dinámicas de cada uno de ellos se adaptan a las necesidades de cada grupo.

Dinámica para el momento de desarrollo. Se plantea la expresión plástica y visual como la modalidad artística de trabajo. Se mantiene la propuesta de creación temática libre en cada uno de los grupos con variantes en función de las necesidades grupales.

Materiales plásticos. La disposición de los materiales varía en función de las necesidades de cada grupo.

Año 3

Investigación. Concretar elementos metodológicos orientados a la regulación emocional.

Intervención. Dirigida específicamente al desarrollo de recursos para la regulación emocional tomando en cuenta todos los ajustes metodológicos obtenidos de los años anteriores.

Espacios de la intervención. Seguimos trabajando en la misma sala del año anterior.

Función de la arteterapeuta. Se mantienen las mismas funciones de los años anteriores aunque se hace una distinción entre las funciones de la arteterapeuta principal como figura de coordinación del grupo y arteterapeuta acompañante como figura de observador.

Estructura de las sesiones. Se mantienen los momentos de inicio, desarrollo y cierre con sus respectivas dinámicas, más específicas en este año: contacto con el momento presente para el momento de inicio, creación artística libre con libre elección de materiales para el momento de desarrollo y lectura de emergentes a cargo del arteterapeuta observador para el momento de cierre.

Dinámica para el momento de desarrollo. Se mantiene la expresión plástica y visual como la modalidad artística de trabajo. Se mantiene la creación temática libre en cada uno de los grupos aunque el acompañamiento de la arteterapeuta se ajusta a las necesidades individuales y grupales.

Materiales plásticos. Se plantea un uso libre de los materiales con sugerencias de la arteterapeuta si lo valora pertinente. Todos estaban a su disposición salvo los cortantes (tijeras y sacapuntas), que tenían que pedirlos a la arteterapeuta.

Criterios de calidad y rigor

Se han seguido los criterios de calidad y rigor de investigación propuestos por Guba y Lincoln (1994): credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad.

Credibilidad. Para asegurar cierta objetividad en los datos recolectados y solventar los efectos de la presencia del investigador sobre la naturaleza de los datos se tomaron las siguientes iniciativas:

- Presencia de un/a arteterapeuta auxiliar con quien la arteterapeuta e investigadora principal contrastaba las observaciones de la intervención tras cada sesión.
- Discusión de las interpretaciones con otros investigadores: el proceso de análisis se llevó a cabo entre las investigadoras, contrastando el proceso de análisis de manera constante y sistemática.
- Triangulación en la recolección de los datos para determinar la congruencia entre los resultados. En esta investigación se realizaron entrevistas a educadores y a participantes en momentos puntuales del desarrollo de esta.

Transferibilidad. Con el fin de que los resultados de la investigación y sus conclusiones puedan ser transferidos a otros contextos, se han especificado en detalle los criterios de inclusión y exclusión de la muestra de participantes, así como las características que conformaban los grupos.

Consistencia. Para poder obtener resultados similares a los obtenidos si el estudio fuese replicado en otro contexto similar (dentro de la complejidad de este fenómeno, ya que existen aspectos que se ciñen al contexto particular del grupo de participantes, del investigador, etc.), han sido descritos en detalle tanto el fenómeno objeto de estudio como elementos procedimentales seguidos.

Confirmabilidad. Para garantizar cierta neutralidad y replicabilidad en la interpretación o análisis de la información, se ha descrito la metodología del análisis (análisis del contenido) que, tal y como explicamos, implica el consenso entre al menos dos investigadores y que aquí estuvo conformado por el equipo de las dos investigadoras. Además, se establecieron supervisiones quincenales de la arteterapeuta principal con una arteterapeuta externa a la intervención.

Consideraciones éticas

Seguimos los principios éticos de la Asamblea Médica Mundial en la Declaración de Helsinki (última modificación aprobada en la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia; octubre 2000), donde se señala la necesidad de respetar los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Se solicitó autorización al IMMF, quienes aprobaron y autorizaron el desarrollo de este trabajo y pusieron en contacto a las investigadoras con la entidad Consulting Asistencial Sociosanitario S.L.

Los participantes firmaron un consentimiento informado que fue explicado en detalle al inicio del proceso de intervención, y que preserva la confidencialidad de los datos personales tanto en la recogida de la información como en el tratamiento y publicación.

Asimismo, se ha preservado que esta investigación se ciña al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (vigente desde el día 25 de mayo de 2016, y de obligado cumplimiento a partir del 25 de mayo de 2018), aunque la recolección de los datos y su tratamiento haya sido anterior a dicho reglamento.

Resultados

Del AC de los diarios de la arteterapeuta se han extraído tres categorías emergentes.

Funcionamiento emocional

Describe la forma en la que los niños y adolescentes vivían su experiencia emocional durante las sesiones de arteterapia. Está constituida por tres elementos que, en la mayoría de los casos, constituyen las tres partes de una secuencia en la que se describe: qué elementos les movilizan emocionalmente (desencadenantes), cómo les afecta (estados emocionales) y qué tipo de recursos emplean para su vivencia o manejo (recursos de regulación).

Encuadre

Contiene el conjunto de elementos estructuradores de las sesiones de arteterapia propuestos

por la arteterapeuta de manera explícita. Está constituido por cuatro subcategorías: tarea, destino de las obras (caja de arteterapia, llevarlas consigo, para otras personas), límites explícitos (uso del silencio, uso del espacio y respeto) y dinámicas estructuradoras de la sesión (de inicio, de desarrollo y de cierre).

Intervenciones terapéuticas en el contexto de una interacción (ITCI)

Orientadas a la regulación emocional, al desarrollo de recursos psicológicos (metacognitivos y lúdico-creativos) y al desarrollo de recursos para la relación y la vinculación.

Discusión

A partir del análisis de estas categorías y subcategorías, es posible responder a las preguntas de investigación. Comenzamos con la primera: *¿De qué manera la arteterapia podría favorecer el desarrollo de recursos personales e interpersonales de regulación emocional en un grupo de niños, niñas y adolescentes en ARE?*

Del proceso de análisis se desprende que el dispositivo de arteterapia contiene elementos que actúan como desencadenantes y elementos que actúan como moduladores del funcionamiento emocional.

Se han encontrado los siguientes desencadenantes de movilización emocional.

Desencadenantes ligados a la actividad artística

La dinámica de desarrollo “creación libre con libre elección de materiales” puede despertar movilizaciones emocionales ligadas a la ausencia de directrices: qué crear, qué materiales escoger.

La falta de práctica y/o técnica para realizar aquello que se desea crear puede despertar movilización e ir asociada a atribuciones negativas acerca de sí mismo y a sentimientos de inseguridad.

La interacción con los materiales fluidos (pintura, agua de acuarelas, agua con harina) tiende a provocar respuestas emocionales intensas, de alta activación y en ocasiones desbordantes.

La toma de contacto con contenidos internos e implícitos proyectados en las producciones artísticas.

Los obstáculos relativos al proceso creativo: dificultades para identificar problemas o soluciones, dificultades con las propiedades de los materiales, desperfectos inesperados en la producción artística o la visualización de resultados no deseados. Frecuentemente, el encuentro con estas dificultades genera inquietud y malestar con poca tolerancia hacia los propios fallos y respuestas automáticas de evitación o enfrentamiento hacia los obstáculos.

Desencadenantes ligados a la experiencia relacional entre arteterapeuta y participante

- Situaciones en las que la arteterapeuta retira la atención para atender a otros/as participantes.
- Las situaciones de encuentro e interacción con la arteterapeuta pueden resultar movilizantes, dando lugar, en unos casos, a manifestaciones de evitación y distanciamiento ante el encuentro y la interacción y, en otros, a manifestaciones de búsqueda y demanda de cercanía y reconocimiento. Estas manifestaciones tendían a corresponderse con sus estilos de apego predominantes.

Desencadenantes ligados a la experiencia relacional entre compañeros

- Conflictos traídos de la convivencia (en el caso de ser un grupo de convivientes), relacionarse con lo del otro (su espacio personal y creativo, los materiales que ha escogido, las obras que ha creado...) o conflictos a raíz de bromas u ofensas dentro del espacio de arteterapia.
- Situaciones de complicidad, disfrute y excitación compartida en escalada que pueden dar lugar al desbordamiento.

Desencadenantes ligados a la relación grupal

Se han observado sucesos de distinta naturaleza (alegrías, tristezas, temores, ansiedades compartidas) en los que la movilización emocional se extiende a todo el grupo.

Desencadenantes ligados a los elementos del encuadre

Reglas y dinámicas del encuadre que favorecen una conexión más directa con el propio mundo interno (sensaciones, emociones, pensamientos): la regla de no usar música, la de

trabajar en silencio o la dinámica de inicio de contacto con el momento presente.

Desencadenantes ligados a las circunstancias personales externas al taller

Se trata, fundamentalmente, de cuestiones relativas a lo familiar, a la desaprobación con medidas correctivas y educativas del centro residencial y/o escolar o malestar desconocido con el que llegan a la sesión.

Los resultados reflejan cómo ante tales desencadenantes podía observarse la movilización emocional a través de manifestaciones faciales, corporales, cinestésicas, verbales y relacionales. De su observación y de acuerdo con las dimensiones del afecto primario planteadas por Hill (2018), se deduce el nivel de excitación corporal (entre la hiperexcitación y la hipoexcitación) y el tono hedónico (entre el bienestar y el malestar) que conforman la movilización. En este estudio han destacado los estados de hiper e hipoexcitación ligados al malestar, con baja *tolerancia y modulación*.

Ante dichas movilizaciones, también los resultados permiten observar cuáles han sido los mecanismos de regulación personal e interpersonal de los participantes:

- Mecanismos de carácter automático que no cuentan con elementos que permitan a la persona identificar y sostener la movilización emocional ni escoger conscientemente una vía para su abordaje
- Mecanismos de carácter modulado, en los que se observa la presencia de, al menos, uno de los componentes de la *afectividad* mentalizada (Bateman y Fonagy, 2016) que, además de permitir la *identificación, expresión y modulación del afecto*, dan lugar a respuestas escogidas de manera consciente. Entre estas respuestas han destacado la petición de ayuda a la arteterapeuta o el proceso de interacción con los materiales y la creación artística.

Los resultados mostraron que dentro del dispositivo arteterapéutico se encuentran elementos específicos del encuadre y de la relación terapéutica que juegan un papel significativo en el proceso de modulación y desarrollo de recursos de regulación emocional. Conocerlos y comprender cómo lo hacen permite dar respuesta a la segunda pregunta de esta investigación:

¿Cuáles serían las características metodológicas de la intervención en arteterapia para el desarrollo de recursos personales e interpersonales de regulación emocional en niños y adolescentes en ARE?

Elementos del encuadre que modulan y/o fomentan el desarrollo de recursos de regulación emocional

La explicitación de la tarea a los participantes al inicio del proceso (en este estudio, la regulación de la experiencia emocional) favorece el operar conjunto en torno a un mismo propósito (Pichón-Riviére, 1975).

Las dinámicas estructuradoras de la sesión:

Dinámicas de inicio de la sesión. Están orientadas a la toma de contacto con la experiencia sensorial, corporal, emocional y cognitiva y a generar una disposición personal y grupal favorecedora del proceso arteterapéutico.

Son flexibles y se adaptan a las características de cada grupo: nivel de comprensión según la edad, gustos e inquietudes grupales, nivel de activación, clima grupal o momento del proceso arteterapéutico en el que se encuentre el grupo.

Su procedimiento puede variar sesión a sesión, en función de las necesidades grupales detectadas.

En función de lo anterior, se incluirán aquellos elementos que se consideren pertinentes para favorecer la toma de contacto: contacto con estímulos externos (temperatura, sonidos, iluminación, cualidades de un material, etc.), con estímulos internos (sensaciones corporales, ritmo de la respiración, pensamientos, nivel de agitación, emoción predominante, etc.), con estímulos externos e internos, con las sensaciones corporales a partir de la exploración de un material, etcétera.

Incluyen un momento final para la puesta en común de lo identificado, siempre que la persona quiera hacerlo.

Los mecanismos de regulación personal e interpersonal que favorecen las modalidades de toma de contacto propuestas a la luz de las teorías referentes pueden consultarse en la tabla 1 del anexo.

Dinámicas de desarrollo, para el momento de desarrollo de la narrativa arteterapéutica individual.

Giran en torno a la propuesta de creación artística libre, distinguiendo dentro de ésta hasta tres variantes posibles: creación libre con uso libre de materiales, creación libre con materiales seleccionados por la arteterapeuta y creación libre guiada, con selección de materiales.

Flexibilidad y adaptación a las necesidades individuales y grupales detectadas.

A continuación, se resumen los mecanismos de regulación personal que favorecen las modalidades propuestas a la luz de las teorías referentes.

Creación libre. Ofrece oportunidades para el despliegue de los impulsos creadores, motores y sensoriales de la persona en ese instante presente y para su integración a través del reflejo del arteterapeuta y de la visualización de su producción artística (Winnicott, 2008).

Siempre que el espacio arteterapéutico se haya constituido como espacio de seguridad y confianza, favorece la reactivación de los procesos de exploración que quedaron detenidos (Ainsworth y Bowlby, 1991).

Creación libre con selección de materiales y creación libre guiada con selección de materiales. Lo mismo que la dinámica de desarrollo anterior.

- Experiencia de relación modulada con los materiales (Bateman y Fonagy, 2016).
- Ofrecer proceso de realización con la realidad externa acorde a las características particulares de la persona (Winnicott, 1948).

Dinámicas de cierre, orientadas al reconocimiento y la conexión con lo acontecido a nivel individual y grupal, así como al compartir y visualizar conjuntamente las producciones artísticas. El tipo de dinámica de cierre se adapta a las necesidades individuales y grupales detectadas.

Los mecanismos de regulación personal e interpersonal que favorecen las modalidades propuestas a la luz de las teorías referentes se pueden consultar en la tabla 2 del anexo.

Reglas explícitas del encuadre

La petición del silencio durante el proceso creativo favorece el proceso de conexión personal y grupal con los contenidos emocionales que pueden emerger durante el proceso creativo, facilita que las intervenciones individuales de la arteterapeuta trasciendan a otros participantes

y al propio grupo y ofrece unas condiciones óptimas para las funciones de sostén, sintonización, disponibilidad y contención terapéuticas a nivel individual y grupal.

El uso acotado del espacio de creación en torno a una mesa común favorece unas condiciones óptimas para las funciones de sostén, sintonización, disponibilidad y contención terapéuticas a nivel individual y grupal.

La regla sobre el respeto (respetar física y verbalmente a uno mismo y a los demás compañeros; en caso de querer sobrepasarlo, solicitar apoyo para buscar una alternativa y en caso de sobrepasarlo dejar por ese día la sesión) supone una medida de regulación y contención externa procedente del encuadre que busca dejar espacio a que la persona busque una alternativa y garantizar, en la medida de lo posible, la seguridad y el cuidado dentro del espacio arteterapéutico.

Elementos de las intervenciones terapéuticas en el contexto de una interacción (ITCI) que modulan y/o fomentan el desarrollo de recursos de regulación emocional:

ITCI de regulación de la experiencia emocional. Se han encontrado cuatro tipos de ITCI de regulación de la experiencia emocional: directas, indirectas, de apertura y normativas, con las siguientes características en común:

- La atención del arteterapeuta a los distintos planos de la experiencia emocional del participante (facial, corporal, cinestésico, verbal, simbólico y relacional) y su reflejo, cuando se considera preciso, a través de las vías de comunicación implícitas (de naturaleza no verbal y paraverbal) y/o explícitas (naturaleza verbal o gestual). Lo anterior contribuye a la integración de los distintos planos de la vivencia emocional (Czamanski-Cohen y Weihs, 2016; Hinz, 2020; Winnicott, 2008).
- Buscan conectar con lo propio y genuino de cada participante (Puig y Rubio, 2012, 2015; Winnicott, 2008; Zukerfeld, 2011).
- Se realizan incluyendo el propio juego y espontaneidad del arteterapeuta.
- En todas ellas se encuentran mecanismos de atención, mentalización, sostén, sintonización y contención. La diferencia entre ellas estriba en los procedimientos a través de los cuales

se llevan a cabo, tal y como se refleja en la tabla 3 del anexo.

ITCI orientadas al desarrollo de recursos psicológicos (metacognitivos y lúdico/creativos).

- Parten de la experiencia que está sucediendo en ese momento.
- Buscan conectar con lo propio y genuino de cada participante.
- Se apoyan en las destrezas y fortalezas observadas en cada participante (Puig y Rubio, 2012, 2015).
- Se realizan incluyendo el propio juego y espontaneidad del arteterapeuta (Winnicott, 2008).
- Favorecen el desarrollo de la función reflexiva o de mentalización (Bateman y Fonagy, 2016) al incidir sobre aspectos como la toma de conciencia sobre las propias acciones, el desarrollo de la capacidad perceptiva, la apertura hacia nuevas formas de percibir y pensar la experiencia o la capacidad de detectar las propias fortalezas.

ITCI orientadas al desarrollo de recursos para la relación y la vinculación. Buscan generar unas condiciones de atención, cuidado, seguridad y confianza a través de:

- La atención a las necesidades expresadas por los y las participantes.
- La facilitación del proceso de relación con los objetos de la realidad externa (Winnicott, 2008).
- La adaptación de la vinculación terapéutica al estilo de apego que se observa en cada uno de los participantes y en el vínculo grupal.
- En las intervenciones destinadas al vínculo grupal, se busca que las condiciones de cuidado, seguridad, confianza y apoyo mutuo puedan ser generadas a nivel de grupo.

Para concluir, *Estar en casa* es el nombre que escogimos para el proyecto de I-A de este estudio doctoral y el que escogemos para continuar la iniciativa de que la arteterapia pueda sumarse al conjunto de recursos sociosanitarios que busquen favorecer en niños, niñas y adolescentes en acogimiento *una segunda oportunidad para el desarrollo*.

Su nombre surge de la resonancia que dejaron en la investigadora principal las lecturas del espacio transicional de Winnicott como espacio de relajamiento donde poder desplegar nuestra

existencia creadora y las lecturas de Bowlby sobre cómo, de las experiencias de seguridad y confianza, surge la capacidad de exploración en la persona.

Por último, *Estar en casa* también remite a ese momento en el juego del escondite o el pillar-pilla, en el que es posible detenerse en un lugar y un momento donde no puedes ser pillado, donde es posible descansar para poder continuar.

Notas

(1) Adviértase que hasta los 18 años no se diagnostican los trastornos

Bibliografía

- Águila-Otero, A., Bravo, A., Santos, I. y Del Valle, J. F. (2020). Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Children and youth services review*, 112, 104923. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104923>
- Ainsworth, M. D. S. y Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia*. Gedisa
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Desclée de Brower.
- Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad*. Atuel.
- Bion, W. R. (1962). Learning from experience, en C. Mawson (ed.), *The complete works of W. R. Bion*, Roudledge, 2014.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Bowlby, J. (1997). *El apego y la pérdida: La pérdida: Tristeza y depresión*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Crenshaw, D. A. y Malchiodi, C. A. (2017). *What to Do When Children Clam Up in Psychotherapy: Interventions to Facilitate Communication*. The Guilford publications.
- Crespo, M. (2013). *La mirada y el sostén en Arte-terapia*. UAM Ediciones. Recuperado de: <https://libros.uam.es/tfm/catalog/download/377/697/519?inline=1>
- Czamanski-Cohen, J. y Weihs, K. (2016). The bodymind model: A platform for studying the mechanisms of change induced by art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 51, 63-71. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.08.006>
- De Felipe, V. (2015). Aportaciones de la Concepción Operativa a la clínica. Una mirada desde la Praxis. *Área tres. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 19.
- Del Río, M. (2014). De la poética y de su gravedad. *Energeia*, 1.
- English, D. J. y Pecora, P. J. (2016). *Elements of Effective Practice for Children and Youth Served by Therapeutic Residential Care*. Casey Family Programs.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I. y Fernández del Valle, J. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 70, 100-106. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.12.011.
- González-García, C. G. (2019). *Prevalencia de trastornos de salud mental, cobertura y eficacia de los servicios terapéuticos en menores en acogimiento residencial*. Tesis doctoral, Universidad de Oviedo.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105.
- Hill, D. (2018). *Teoría de la regulación del afecto. Un modelo clínico*. Editorial Eleftheria.
- Hinz, L. D. (2015). Expressive Therapies Continuum: Use and Value Demonstrated With Case Study. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 28, 1-2, 43-50, DOI:10.1080/08322473.2015.110058
- Hinz, L. A. (2020). *Expressive Therapies Continuum: a framework for using Art in Therapy*. Routledge.

- Klein, J. P. (2009). *Arteterapia: una introducción*. Octaedro.
- Lamata, R. (2013). *La actitud creativa: ejercicios para trabajar en grupo la creatividad*. Narcea SA de Ediciones.
- Lecannelier, F. (2016). *A.M.A.R. Hacia un cuidado respetuoso de apego*. Ediciones B.
- Lecannelier, F. (2018). La teoría del apego: una mirada actualizada y la propuesta de Nuevos caminos de exploración. *Aperturas Psicoanalíticas*, 58. Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php>
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L. R., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M. y Puerto, J. C. (2008). Consecuencias del maltrato grave intrafamiliar en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 103-118. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545422001>
- Malchiodi, C. A. (2018). *Expressive Therapies Continuum: Three-Part Healing Harmony Start with embodiment and work your way up*. [en línea] Recuperado de: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/arts-and-health/201812/expressive-therapies-continuum-three-part-healing-harmony>
- Malvaso, C. G. y Delfabbro, P. (2015). Offending behaviour among young people with complex needs in the Australian out-of-home care system. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3561-3569. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0157-z>
- Martín, E., González-García, C., del Valle, J. F. y Bravo, A. (2018). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child and Family Social Work*, 23(1), 1-7. <https://doi.org/10.1111/cfs.12374>
- Montserrat Boada, C., Casas Aznar, F. y Baena Izquierdo, M. (2015). *La educación de niños. Niñas y adolescentes en el sistema de protección: ¿Un problema o una oportunidad?*. Documenta Universitaria.
- Ogden, P. (2011). *El trauma y el cuerpo*. Desclee de Brouwer
- Ogden, P. y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia Sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Desclee de Brouwer.
- Pichón-Rivière, E. (1975). *El Proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Ediciones Nueva Visión.
- Puig, G. y Rubio, J. L. (2012). Al filo de lo imposible. En A. Forés y J. Grané (coord). E. Montolio, C. Figueras, M. Garachana, y M. Santiago (Eds.). *Manual práctico de escritura académica* (pp. 73-83). Narcea.
- Puig, G. y Rubio, J. L. (2015). Tutores de resiliencia. *Dame un punto de apoyo y moveré mi mundo*. Gedisa.
- Putman, S. M. y Rock, T. (2016). *Action research: Using strategic inquiry to improve teaching and learning*. Sage Publications.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Ryan, J. P., Marshall, J. M., Herz, D. y Hernandez, P. M. (2008). Juvenile delinquency in child welfare: Investigating group home effects. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 1088-1099. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.02.004>
- Sainero Rodríguez, A. (2014). *Evaluación de la salud mental de niños y adolescentes con medidas de protección*. Tesis doctoral, Universidad de Oviedo. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10651/51191>
- Sánchez Vazquez, M. J. (2007). Ética e infancia: el niño como sujeto moral. *Fundamentos en Humanidades*, VIII(15). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18401509>
- Schore, A. N. (2009). Relational Trauma and the Developing Right Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189-203. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x>
- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 1-26.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. Norton.
- Schore, A. N. (2013). Regulation theory and the early assessment of attachment and autistic spectrum disorders: A response to Voran's clinical case. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 12(3), 164-189.
- Schore, A. N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(3), 388-397.

Schore, A. N. (2017). Modern attachment theory. En S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (p. 389-406). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000019-020>

Sesar, K., Dodaj, A., Vasilj, V., Sesar, D., Smoljan, I. y Mikulić, M. (2022). The Creative Art Therapies in Work with Children and Adolescents with Traumatic Experiences. *Central European Journal of Paediatrics*, 18(1).

Sorín, M. (2011). Arteterapia: esa hierbita verde. En M. Gysin Capdevila y M. Sorín Zocolsky, *El arte y la persona. Arteterapia: esa hierbita verde* (pp.45-101). ISPA Edicions.

Stern, D. (2005). *El mundo interpersonal del Infante*. Paidós.

Unicef (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Recuperado de:
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Van Westrhenen, N. y Fritz, E. (2014). Creative arts therapy as treatment for child trauma: An overview. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 527-534.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.004>

Vigotsky, L. S. (2003). *La imaginación y el arte en la infancia* (Vol. 87). Ediciones Akal.

Vostanis, P. (2010). Mental health services for children in public care and other vulnerable groups: Implications for international collaboration. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 555-571.

Winnicott, D. (1948). Desarrollo emocional primitivo. *Revista de Psicoanálisis* 5, 1003-1018.

Winnicott, D. (2008). *Realidad y Juego*. Gedisa.

Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2011) Sobre el desarrollo resiliente: perspectiva psicoanalítica. *Clínica contemporánea*, 2, 105-120.
<https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a1>

Anexos

Tabla 1: Mecanismos de regulación personal e interpersonal de las dinámicas de toma de contacto

Dinámicas de inicio	Personales	Interpersonales
Contacto con momento presente	Desarrollo de la <i>afectividad mentalizada</i> (identificación, expresión y modulación del afecto movilizado). Fonagy et al., (2002). Procesamiento de información interoceptiva y exteroceptiva (Hill, 2018).	Desarrollo de la <i>afectividad mentalizada interpersonal</i> ante la <i>expresión</i> externa del afecto y la escucha de las expresiones de los/las integrantes del grupo (Bateman y Fonagy, 2016).
Estimulación sensorial centrada en los materiales	• Estimulación de la capacidad perceptiva hacia las sensaciones interoceptivas y exteroceptivas favoreciendo el proceso de modulación (Hill, 2018; Schore, 2012, 2014, 2017) y la <i>afectividad mentalizada</i>. Bateman y Fonagy (2016). • Integración de los procesos corporales y mentales (Czamanski- Cohen y Weihs, 2016). • Capacidad perceptiva (Lamata, 2013).	

Tabla 2: Mecanismos de regulación personal e interpersonal de las dinámicas de cierre

Dinámicas de inicio	Personales	Interpersonales
Lúdico-dramatizada: Centrada en el comparar de las obras donde los participantes lo hacen a modo de presentación libre empleando los elementos lúdicos y dramáticos que les surjan de manera espontánea.	• La observación de la producción artística personal favorece el proceso de mentalización con el contenido interno (Bateman y Fonagy, 2016). • Integración de la experiencia creativa (Czamanski- Cohen y Weihs, 2016). • Proceso de elaboración creativa (Lamata, 2013).	• La observación de la producción artística de otras personas favorece el proceso de mentalización con el contenido interno de otra persona (Bateman y Fonagy, 2006). • Flexibilización de las propias creencias o verdades hasta entonces incuestionables (Bateman y Fonagy, 2016). • Procesos de resonancia con los propios contenidos internos (Bateman y Fonagy, 2016) • Ley de la doble expresión de sentimientos (Vigotsky, 2012).
Conciencia mentalizadora: Centrada en el establecimiento de la conexión con el proceso arteterapéutico acontecido a través de preguntas explícitas sobre el desarrollo del discurso narrativo.	La observación de la producción artística personal y las preguntas sobre cuestiones relativas a su proceso de elaboración (¿de dónde vino la idea? ¿qué experimentaba al dar la pincelada? ¿cómo sentía el tacto de la arcilla en las manos, etc.) favorece el proceso de mentalización con el contenido interno (Bateman y Fonagy, 2016).	• La observación de la producción artística de otras personas y la escucha de preguntas y respuestas relativas a su proceso de elaboración, favorece el proceso de mentalización con el contenido interno de otras personas (Bateman y Fonagy, 2006). • Flexibilización de las propias creencias o verdades hasta entonces incuestionables (Bateman y Fonagy, 2016). • Favorece procesos de resonancia con los propios contenidos internos (Bateman y Fonagy, 2016; Vigotsky, 2012).
Visualización de las obras y lectura de emergentes: Toma de contacto individual y grupal con emergentes experienciales ligados al objetivo/tarea y registrados por la figura del observador participante desde el inicio de la sesión.	Integración personal a través de la mirada del observador de los emergentes individuales en torno a la tarea (Foladori, 1990; Winnicott, 2008).	Integración a través de la mirada del observador de los emergentes grupales e interpersonales en torno a la tarea.

Tabla 3: Mecanismos de acción de las ITCI orientadas a la regulación emocional

ITCI orientadas a la regulación emocional	Mecanismos de acción	Proceso de regulación personal e interpersonal que favorecen
Directas	Buscan el contacto explícito del participante con las manifestaciones observables de su afecto movilizado.	• Proceso de identificación afectiva (Bateson y Fonagy, 2016). • Explicitación del afecto implícito (Czamanski-Cohen y Weihs, 2016) • Integración de los estados afectivos generadores de malestar (Ávila, 2008; Winnicott, 2008).
Indirectas	Regulación de las manifestaciones del afecto primario (excitación y tono) a través de la sintonización afectiva (Stern, 2005) y de acciones implícitas apoyadas en los elementos del dispositivo arteterapéutico (acciones lúdicas, imágenes, sensorialidad, la producción artística, metáforas, empleo del humor, etc.) con los que el arteterapeuta observa que la persona puede sintonizar e identificarse.	• Experiencias de regulación interpersonal (Hill, 2018) y de integración de los distintos planos de la experiencia afectiva (Winnicott, 2008). • Lo anterior, a la larga, podría incidir en una mayor capacidad para la modulación del afecto (Hill, 2018; Bateman y Fonagy, 2006), al experimentar dicha modulación repetidas veces en el seno de una relación interpersonal.
Apertura	• Destinadas a estados de bloqueo y malestar emocional. • Buscan que la persona, sin dejar de tener en cuenta su estado, pueda conectar con otros elementos presentes en la situación que favorezcan la toma de perspectiva y la apertura.	• Experiencias de regulación interpersonal del afecto (tolerancia y modulación del afecto). • Toma de perspectiva y apertura hacia otros elementos presentes en la situación.
Normativas	Abordaje de las manifestaciones irrespetuosas o violentas desde indicaciones o señalamientos directos.	• Contención externa del afecto movilizado. • Preservar el espacio terapéutico como espacio de seguridad y cuidado.

La función de la mirada del otro y el lugar del analista en la pubertad y la adolescencia

MELISA L. RAPOPORT^{1A}, ISRAEL BOBADILLA GONZÁLEZ^{2B}
Y LUCÍA FERNÁNDEZ GARCÍA^{3C}

RESUMEN

La adolescencia funciona como una segunda oportunidad para que puedan desplegarse trabajos psíquicos que no pudieron darse o quedaron obstruidos previamente. El presente escrito se propone reflexionar en torno a la importancia de la mirada de los pares en la pubertad y en la adolescencia, así como también el lugar del analista en dicho proceso. Se describen los distintos trabajos psíquicos propios de esta etapa vital, apoyándonos en viñetas clínicas que reflejan cómo se ponen en juego estas temáticas. **Palabras clave:** *adolescencia, estadio del espejo, transferencia, diferenciación, ternura.*

ABSTRACT

The function of the gaze of the other and the role of the analyst in puberty and adolescence. Adolescence operates as a second opportunity for the deployment of psychic work that could not take place or was previously obstructed. This paper aims to reflect on the importance of the peer's gaze in puberty and adolescence, as well as the role of the analyst in this process. The different psychic works of this vital stage are described, supported by clinical vignettes that reflect how these issues are brought into play. **Keywords:** *adolescence, mirror stage, transference, differentiation, tenderness.*

RESUM

La funció de la mirada de l'altre i el lloc de l'analista en la pubertat i en l'adolescència. L'adolescència funciona com una segona oportunitat perquè puguin desplegar-se treballs psíquics que no es van poder donar o van quedar obstruïts prèviament. El present escrit es proposa reflexionar al voltant de la importància de la mirada dels iguals en la pubertat i en l'adolescència, així com també del lloc de l'analista en aquest procés. Es descriuen els diferents treballs psíquics propis d'aquesta etapa vital, basant-nos en vinyetes clíniques que reflecteixen com es posen en joc aquestes temàtiques. **Paraules clau:** *adolescència, estadi del mirall, transferència, diferenciació, tendresa.*

Introducción

La pubertad y la adolescencia suponen trabajos psíquicos propios que consisten en la inscripción de los cambios que ocurren en el cuerpo. Ese cuerpo que adviene como extraño desborda al aparato psíquico y requiere de una escrituración que supone ir representando ese nuevo cuerpo psíquicamente. En esos momentos, casi toda la libido se encuentra destinada a la apropiación de este nuevo cuerpo que, por un lado, genera fascinación y, por el

otro, extrañamiento y disgusto. Cada uno lo realizará en su tiempo y forma, con el sostén del contexto que lo rodea.

En este sentido, la adolescencia se presenta como una nueva oportunidad para la constitución de la subjetividad, donde aquellas operaciones simbólicas que no terminaron de constituirse, o se formaron de forma fallida o con fisuras, se podrán recrear de manera que salgan más aireadas. De igual manera, en esta segunda vuelta, también se podrían agravar o fijar rasgos patológicos (Gutton, 1991).

¹Psicóloga y Psicoanalista especialista en infancia y adolescencia, ²Médico Psiquiatra Infanto-Juvenil. Psicoterapeuta en Terapia Sistémica y Basada en Mentalización de Adolescentes. ³Psicóloga clínica y psicoanalista. ⁴Centro de Salud Mental N° 1 Dr. Hugo Rosarios. Programa de Actualización Interdisciplinaria en Primera Infancia, SAPI. Buenos Aires, Argentina. ⁵Hospital de día para Adolescentes de Gavà, Fundació Orienta. Barcelona. ⁶Fundació Nou Barris. Barcelona.
Contacto: israelbobadillag@gmail.com

Recibido: 16/8/23 - Aceptado: 25/9/23

Dos preguntas atraviesan este trabajo: ¿Qué función cumple la mirada de los pares en la adolescencia? y ¿Qué lugar ocupa el analista en la clínica en esta etapa vital? Para ello, se revisarán los procesos psíquicos implicados en la pubertad y en la adolescencia desde una perspectiva psicoanalítica, utilizando dos viñetas clínicas como forma de enmarcar los conceptos teóricos tratados.

La función de la mirada de los pares en la adolescencia

En la pubertad, el retorno de la sexualidad, tras la etapa de latencia, puede suponer el advenimiento de síntomas de diversa índole, como una nueva forma de resolver un conflicto antiguo, que requiere de nuevas invenciones, puesto que las infantiles ya no son válidas como lo fueron en su día. Es así como uno de los trabajos psíquicos propios de estos momentos supone el *pasaje de lo familiar a lo extrafamiliar* y la *definición de la identidad sexual*.

En estos tiempos predominan interrogantes, miedos, sufrimientos, dudas y deseos. Para realizar los trabajos psíquicos de apropiación subjetiva y escritura psíquica de la genitalidad, la elección de partenaire sexual y la identidad sexual van a necesitar de un Otro que certifique a partir de su mirada deseante. Se puede decir que la identidad sexual es con relación al vínculo con el Otro. Esta experiencia va a incluir, por un lado, la vertiente que proviene del propio cuerpo como la excitación y demás sensaciones corporales y, por otro, la que proviene del Otro como mirada deseante que inaugura otra posibilidad. Es decir, la identidad sexual se da en un espacio “entre” (Franco, 2001). Se hace inevitable, en este punto, hablar del *objeto mirada*, noción lacaniana que supone un nuevo objeto que se añade a los objetos clásicos freudianos, junto con el también novedoso *objeto voz* (Lacan, 2008).

En el transcurso de una adolescencia saludable, los adolescentes se van apropiando de lugares, utilizándolos como forma de separarse de los padres o responsables a cargo. De esta manera, transitan otro de los trabajos psíquicos propios, que consiste en la *inscripción de lo privado y lo público*, cuidando los lugares que

construyen de la intromisión de los adultos. Estos lugares son los grupos de amigos con quienes comparten gustos, intereses o aficiones, compañeros de la escuela, redes sociales, entre otros. A su vez, inventan léxicos, lenguajes de moda con los cuales no sólo se identifican y se entienden, sino que de esta forma dejan fuera a los adultos. Aparece la necesidad de identificarse con un semejante, un par, un Ideal del Yo o referente que sea distinto a los de la infancia. Esto tiene que ver con el trabajo psíquico de des-idealizar a los padres de la infancia, es decir, la caída de los lugares que venían ocupando, para encontrar otros referentes adultos en el mundo exterior.

En todo este proceso, resulta necesario el sostén y acompañamiento de los adultos o responsables a cargo, que puedan soportar esta *des-idealización* sin claudicar, que acompañen sin entrometerse y que, a su vez, les permitan tener estas experiencias que resultan constitutivas de la subjetividad. Así como los niños en la etapa de deambular necesitan recorrer los espacios sabiendo que del otro lado hay adultos responsables que garantizan su cuidado y protección impulsándolo a interesarse por experimentar, descubrir los objetos del mundo y probar, los púberes y adolescentes salen a jugar al mundo desmarcándose de la mirada de los padres, pero necesitando que estén del otro lado, atentos a poder decir “no” (Franco, 2016).

De esta forma, también ocurre que los adultos responsables suelen perder el protagonismo, ya que los referentes adultos pasan a ser extrafamiliares (un profesor, un entrenador, etc.), poniéndose, asimismo, el grupo de pares/amigos en primer plano.

A través de los pares, de la identificación con los amigos, el púber se va a reconocer en su propio cuerpo; un cuerpo que, atravesado por la pubertad, se convirtió en desconocido. El par funciona como un doble especular, en la medida en que lo desconocido de su cuerpo le remite a su propia extrañeza. La adolescencia se podría pensar como un proceso donde acontecen duelos, traumas y una búsqueda constante de nuevos ideales diferentes a los familiares, donde se pone en primer plano la posibilidad de acompañar estas experiencias sin obturarlas antes de tiempo. Es momento de probar vestimentas,

cortes de pelo, tatuajes, como formas de inscribir el cuerpo en compañía de pares o ideales que le ayudan a disminuir la angustia, a apaciguar el dolor que les genera esta crisis narcisista donde hay una búsqueda incesante por reconocerse. Este ideal será sano en la medida en la que se pueda jugar con eso y crear para crearse; que sea fluctuante y no aplaste la posibilidad de ser y jugar a ser (Franco, 2001).

Winnicott (1971, 1989) sostiene que el primer espejo es el rostro humano, el de la madre o cuidador primario. El autor considera que el bebé se reconoce, se sostiene, se inscribe y se funda un cuerpo a partir de ese rostro y lo que este le devuelve. Esta mirada, en la adolescencia, se va a trasladar a la mirada de los amigos. Es decir, que la mirada del Otro Primordial, en los adolescentes, se encarnaría en los pares/iguales. Es posible pensar que la mirada y el cuerpo del par ayuda al adolescente a poder reconocer su cuerpo ya no infantil, y a armar una escritura nueva, subjetiva, propia, y, en el mejor de los casos, creativa y con posibilidad de fluctuación.

A partir de lo mencionado, se podría establecer una relación con *el estadio del espejo*, noción que Lacan (1985) piensa como operación fundante del narcisismo y del yo. La imagen que el pequeño posee de su cuerpo en estos momentos es fragmentada y es a través del paso por el estadio del espejo donde se conseguiría construir una imagen integrada. Se podría pensar como forma de desmentir la inmadurez psicomotora, donde el niño puede conquistar su propio cuerpo a través de la experiencia de identificación. Es decir, que se trataría de un cuerpo fragmentado que necesita de una imagen ortopédica que le pueda proveer cierta unidad (Rodulfo y Rodulfo, 1992). Es posible pensar que, en la adolescencia, se pone en juego un mecanismo similar a través de la función de espejo que desempeñan los pares. En estos momentos de fragilidad narcisista, este estadio abre la posibilidad de que aquello que se constituyó de forma fallida tenga otra oportunidad. En este sentido, un par podría funcionar como espejo a su vez, de ayuda para desmentir esta inmadurez psicomotora del nuevo cuerpo, esta imagen del cuerpo todavía no inscrita, devolviéndole así una imagen integrada. De esta forma, el púber podrá ir metabolizando este nuevo

cuerpo, a través de la mirada del otro que sostiene, y que también desea, inaugurando así una nueva forma de escrituración en el rearmado del narcisismo. En conclusión, la mirada de la madre corroborando que ese del espejo es él en los primeros tiempos, en la adolescencia, pasarían a encarnarla los pares.

Primera viñeta clínica

N es una chica de 14 años que ingresa en hospitalización parcial en un dispositivo de la red sanitaria pública con un diagnóstico de depresión. N dice que quiere morirse, ha dejado de ir al instituto y no sale de casa. A lo largo de los encuentros con los profesionales del dispositivo, puede ir poniendo en palabras la incompreensión que siente su padre en relación con lo que le pasa y a su identidad de género. A su vez, se siente agobiada por su madre, quien le cuenta todos sus problemas y le pregunta constantemente qué le ocurre cuando ella, aún, no lo sabe. Es decir: hay una mirada por parte del padre en donde no se siente alojada, por el contrario, se siente juzgada; y una mirada de la madre que se torna invasiva y demandante. La madre media en la relación padre-hija, mientras el discurso de la muchacha aparece plagado de los dichos de la madre. Pareciera que hay un esfuerzo constante por diferenciarse que se ve dificultado. Se podría pensar que N se encuentra muy pegada a la mirada de los padres, lo cual obstruye un posible y necesario trabajo psíquico de salida extrafamiliar. En terapia, N expresa que ya no sale con sus amigos porque no notan que esté ahí, siente que no le prestan atención. Antes no era así. Habla de sus desencuentros en la amistad, momento en el que se empieza a vislumbrar cierta responsabilidad subjetiva en la paciente: “seguro que hice algo porque se alejó de repente sin decir nada”. La necesidad de que la miren es tal que reconoce auto prohibirse estar bien para que su amigos y familiares sigan pendientes de su malestar y, en definitiva, de sus necesidades. En un momento dado, cierto señalamiento del terapeuta tiene un efecto sobre la posición mortífera de la chica: “parece que es más relevante que tus amigos crean que estás mal... es llamativo lo importante que es para ti lo que los otros piensan”.

En el caso de N, hay una pregunta constante que recorre el tratamiento: “quién soy yo” (para los otros y para ella misma). Se podría pensar que, ante la ausencia repentina de pares que la sostengan con la mirada y le devuelvan algo del orden de quién es ella, se responde sola: no es nadie, no sabe quién es; entonces, desaparece. A partir de sesiones familiares, terapia grupal e individual, N comienza a registrar las cosas que la angustian y puede asociar ciertas críticas de su padre a un deterioro del vínculo entre ambos y cómo eso la ha afectado profundamente. La terapia grupal empieza a funcionar para ella como un lugar donde expresarse, identificarse con otros y sostenerse, a partir de la mirada y el encuentro con adolescentes que, como ella, también están atravesando momentos difíciles. Es ahí cuando la palabra comienza a circular por otros lugares, no solo se aloja en la queja, y comienza a ubicarse en otra posición respecto del vínculo con sus padres. A su vez, su padre también cambia de actitud y pueden establecer un diálogo que la lleva a sentir que, después de todo, ya no tiene ganas de morir y se siente mejor.

El lugar del analista en la clínica con adolescentes

A raíz de lo trabajado sobre cómo se pone en juego la mirada de los otros en la adolescencia, surge la pregunta de cuál es el lugar del analista y su mirada en la clínica con púberes y adolescentes.

Gutton (1991) plantea que, en realidad, no todos los adolescentes tienen que duelar a los “maravillosos” padres de la infancia, esos que podían con todo, sino que algunos los declaran como que no entienden nada, no saben, ni sirven más, como si estuvieran obsoletos. Refiere que los dejan caer, como en la infancia los niños dejan caer su objeto transicional; no lo duelen, si no que deja de interesarles. En esos momentos, resulta fundamental que haya algún adulto por fuera de lo familiar que funcione como un referente. Gutton va a decir que ese es el lugar del analista, el de un referente extrafamiliar que pueda acompañar las experiencias del adolescente, como sostén y, a la vez, red, donde pueda poner un límite ante las situaciones de peligro que pongan en riesgo su vida; que esté dispuesto, soporte la confrontación y no desfallezca con sus ataques, ausencias o formas de experimentar

con los límites. Un lugar en el cual el adolescente podrá apoyarse para crear algo propio, singular (Franco, 2016).

La transferencia en el análisis comienza a construirse cuando el paciente le otorga al analista un lugar de saber sobre el padecimiento que está transitando. La función del analista podría pensarse que tiene que ver con devolverle al paciente su lugar de saber sobre su propia historia, sobre sus atravesamientos, para ayudarlo a conocerse e ir descubriendo las motivaciones conscientes e inconscientes que se encuentran en la base de aquello que le ocurre.

Todo esto será posible en un trabajo conjunto, en un “entre”, como diría Winnicott (1971, 1989): un espacio que no es ni privado, ni público, ni de uno ni de otro, sino que se da en la superposición de dos zonas de juego, la del paciente y la del analista. Pensando al jugar en la adolescencia como el traspaso a jugar con los asuntos del mundo, de la cultura, de las palabras, del lenguaje, de su cuerpo (Rodulfo, 1989). Juegan a defender el mundo haciendo cosas que terminan envolviéndolos en verdaderos riesgos. O cabe la posibilidad de que no puedan jugar y, entonces, aparezcan inhibiciones y se encierran o no salgan de la cama, o consuman drogas en exceso o tengan impulsos suicidas.

Segunda viñeta clínica

B come pero no engorda. No sabe qué le ocurre. En su discurso, se la nota desafectivizada y desconectada de lo que narra. En la entrevista de admisión al Hospital de Día refiere: “de mí no va a salir nada, vengo a que vosotros me digáis lo que tengo”. Este discurso se sostiene a lo largo del tratamiento. Hay una búsqueda constante para que el Otro le preste palabras para su padecer. Se detecta la disociación como mecanismo de defensa básico, desentendiéndose, así, de todos los episodios que relata. Tiene una gran capacidad expresiva; sin embargo, se trata de palabra vacía, en tanto no hay ningún tipo de implicación en su discurso. A través de la imagen que devuelven sus compañeros de lo que sucede en la terapia grupal, B comienza a identificar su malestar. Parece que necesita que otros le digan lo que le pasa; que hagan de traductor de sus emociones porque entender qué le pasa

es todo un desafío y así se le trasmite. B se identifica con un superhéroe de Marvel que destaca por su valentía y que da una imagen de fortaleza que no es real; desde la terapia grupal, se le dice que, precisamente, a ella le pasa lo mismo: ante el Otro, no le afectan los problemas pero en soledad llora desconsolada. Poco a poco parece que va siendo capaz de mostrarse frágil ante los otros significativos, como su madre, y poner un límite a la sobrecarga de problemas que corresponde a los adultos. Este acto de defensa ante el exceso de su madre es tomado por el terapeuta para transmitirle que “parece que hay cosas que dependen de ti”. Ante dicha intervención, B responde que el terapeuta la empujó a eso, pero se le remarca que no, que ha sido algo que construyeron juntos. A lo largo de los encuentros, comienza a conectar más con lo que le pasa, a identificar y a asumir que está mal en los momentos que se siente triste. Se trabaja sobre sus vínculos de dependencia, sobre su dificultad para crecer y puede poner en palabras lo que significa para ella que sus padres ya no estén juntos y tengan el tipo de vínculo que tienen. A través de su narrativa sobre sus padres, se detecta como rasgo del padre la tendencia a no mostrar sus sentimientos y aparentar normalidad. Al mismo tiempo, como rasgo materno, aparece la dependencia. Se le devuelve que ya puede asumir lo mal que está y que ahora se trabajará para ver por qué, pero el que ya haya podido ponerle límites a su familia es mérito suyo. B habla de su deseo de estudiar diseño. En este punto, se le señala que puede diseñar su vida y cambiar cosas. En la misma línea, desea dejar la medicación para “sentir más”. Quiere mejorar por ella y no por las pastillas, dando cuenta de que ya es agente de sus acciones y puede hacer algo para cambiar su situación.

Por otra parte, el grupo terapéutico le permite hablar de cosas importantes para ella. Se presenta como un lugar seguro para hablar de sus malestares, como una relación amorosa tóxica o del *bullying* sufrido a manos de una compañera de clase; así como un lugar de identificación, donde recibe una mirada diferente sobre ella misma tanto por parte del terapeuta como por parte de sus compañeros de grupo. Cuando B habla de su experiencia en el grupo, menciona cómo las palabras de una compañera (“a veces uno se

pone una coraza para que las cosas no le afecten”) le tocaron de tal manera que le permitieron vislumbrar que ella hacía precisamente eso todo el tiempo: “ponerse una coraza para no sufrir”.

Resulta interesante esta viñeta para poner a trabajar la noción de transferencia propuesta, y cómo la función del terapeuta fue ir devolviéndole a B un lugar de saber sobre su propia historia, su sentimiento de agencia sobre las acciones que realiza, ayudándola a conocerse y entender qué le ocurre y cómo llegó hasta allí. Y, sobre todo, empezar a hacerse cargo de sus acciones y de las cosas que le ocurren.

Podría pensarse el encuentro con el analista como una especie de *espacio potencial*. Es lo que Winnicott (1971, 1989) denomina, en los primeros tiempos de vida, como ese espacio que se da entre el cuidador primario y el bebé, que se sostiene en la confianza, y que es la base para un jugar posible; jugar que, si todo sale bien, se conservará toda la vida, haciendo un pasaje luego a la cultura y al trabajo. Así, se podría decir que, en la viñeta recientemente expuesta, el trabajo realizado con B fue posible en tanto se fue construyendo este espacio de confianza, posibilitador de un lugar diferente.

En este sentido, el concepto de transferencia que se estaría proponiendo no implica solo transferir y repetir en la figura del analista los afectos, las vivencias y los vínculos con los referentes primarios, sino que, a veces, también tiene que ver con construir o escribir aquello que no pudo ser atravesado o escrito en su momento.

En la clínica con adolescentes, estos, más que asociar libremente, relatan situaciones. Muchas veces, las intervenciones pasan más por los señalamientos, las construcciones o las preguntas, que las interpretaciones. Por el uso del humor y la ironía. El material que traen no es sólo la palabra sino canciones, películas, artistas que les gustan, escritos que armaron en sus casas y comparten, videos; todo esto pasa a ser parte del análisis.

Hay un concepto que resulta interesante para pensar el lugar del analista como referente extrafamiliar que sostiene y acompaña al adolescente en el encuentro con su historia libidinal, en sus angustias e inhibiciones, sus miedos y atravesamientos; se trata del concepto de *ternura* que propone Fernando Ulloa (1995). El autor sostiene que, a través del ejercicio de la

ternura parental (o de los primeros cuidadores), aparece la subjetividad y una condición estrictamente humana, que es la ética. Sólo aquel que pudo atravesar y vivir como experiencia propia la existencia y bondad del suministro ajeno puede confiar en que esto existe en la realidad, y que se hace sensible a lo justo e injusto de la vida para uno mismo y para los demás. Esta va a ser la base, según el autor, de la construcción de un sujeto ético. La ternura, sostiene Ulloa, está compuesta por la *empatía* y el *miramiento*. La empatía supone la posibilidad de reconocer qué le ocurre a un otro, para así garantizar el calor, el alimento, el arrullo-palabra. Por su parte, el miramiento implicaría *mirar con amoroso interés o genuina curiosidad* a un otro que se reconoce como un sujeto distinto de uno mismo. La *ternura* crea en el niño el sentimiento de confianza de que el mundo va a satisfacer sus demandas, adquiriendo así convicción de que existe un suministro ajeno a él, mientras confía en su capacidad de demandarlo y obtenerlo. En este sentido, agrega el autor, la ternura debería ser ejercida en los distintos momentos de la estructuración subjetiva, infancia, niñez, pubertad, adolescencia y adultez, por los actores de la sociedad.

Conclusiones

En el trabajo con púberes y adolescentes es fundamental conocer los procesos psíquicos que se están desarrollando, para así poder acompañar al sujeto en aquellos que todavía se encuentran obstaculizados. Para ello, resulta importante valorar cómo la mirada del par que sostiene y desea ayuda al adolescente a poder reconocer su cuerpo ya no infantil, dándole así la posibilidad de inscribir sus cambios de una forma saludable, de metabolizar el cuerpo nuevo y crear una escritura subjetiva que no sea rígida, si no con posibilidades de fluctuación. En este sentido, se hace necesario indagar si cuentan con pares/iguales en su contexto de referencia en quienes confiar, ya que será fundamental a la hora de hacer el trabajo psíquico del pasaje de la mirada de los referentes primarios como sostén, a la de los pares.

En línea con lo mencionado y retomando el lugar del analista en la clínica con adolescentes, esta no va a ser sin una mirada atravesada por

la *ternura*, concepto que marca un plus, un estar diferente. Una mirada sostenedora, cálida y subjetivante; atendiendo a lo singular y abriendo posibilidades de elaboración y construcción de un lugar diferente y subjetivo. El analista se ubicará en este sentido, ofertando otra mirada, otras posibilidades de lectura de lo que le pasa, armando así otro espacio de escrituración donde las marcas con las que transitaba puedan ser leídas de otra manera. Y generando, de esta forma, condiciones de subjetivación para un vivir más saludable.

¿Qué sería un vivir más saludable? Un vivir más conectado con la alegría, donde haya posibilidades de transitar diferentes estados emocionales sin anclarse en extremos, imposibilitando la fluctuación. Un vivir más creativo, espontáneo y, como diría Winnicott (1971, 1989), con posibilidades de jugar con los asuntos del mundo.

Bibliografía

- Franco, A. (2001). *Lo público y lo privado en la adolescencia* [ponencia], Jornada de Niños y Adolescentes y Psicopatología Infanto-Juvenil de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.
- Franco, A. (2016). *Carencias y excesos parentales en la constitución subjetiva adolescente* [ponencia], XIX Jornadas de Niñez y Adolescencia. Facultad de Psicología de la UBA, Argentina.
- Gutton, P. (1991). *Lo Puberal*. Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1985). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos 1. S.XXI editores.
- Lacan, J. (2008). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Rodulfo, M. y Rodulfo, R. (1992). *Clínica psicoanalítica en niños y adolescentes*. Lugar Editorial.
- Rodulfo, R. (1989). *El niño y el significante*. Paidós.
- Ulloa O. (1995). *La novela clínica psicoanalítica*. Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa.
- Winnicott, D. (1989a). *Exploraciones psicoanalíticas*. Paidós.
- Winnicott, D. (1989b). *La naturaleza humana*. Paidós.

Efecto del consumo de té verde en la atención de adolescentes con TDAH: un estudio experimental

AMALIA GUADALUPE GÓMEZ COTERO¹, ROSA PAOLA FIGUEROLA ESCOTO¹, VIVIANA CARMONA TORRES¹, MARÍA DE LOURDES SOLANO HERNÁNDEZ¹, LUIS JESÚS LÓPEZ ROMERO¹, MARISA ITZEL OLVERA ZANELLA¹ Y JOSÉ LUIS ACOSTA RODRÍGUEZ²

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio para determinar el efecto del consumo de té verde (con cafeína) en la atención en los adolescentes de entre 10 y 15 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). A partir de un cuasiexperimento de dos grupos (experimental y control) con pretest y posttest, se concluyó que el té verde tiene un impacto en la mejora de la atención, pues los participantes que consumieron té verde con cafeína tuvieron mejores resultados en las subpruebas: "dígitos en regresión", "detección visual" y "20-3" de la dimensión atención y concentración de la prueba *Neuropsi*. **Palabras clave:** *trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes, atención, té verde, Neuropsi, estudio experimental*.

ABSTRACT

Effect of green tea consumption on the attention of adolescents with ADHD: an experimental study. A study was conducted to determine the effect of green tea consumption (with caffeine) on attention in adolescents aged 10-15 with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). From a quasi-experiment of two groups (experimental and control) with pretest and posttest, it was concluded that green tea has an impact on the improvement of attention, as participants who consumed caffeinated green tea performed better in the subtests: "digits in regression", "visual detection" and "20-3" of the attention and concentration dimension of the Neuropsi test. **Keywords:** *attention deficit hyperactivity disorder in adolescents, attention, green tea, Neuropsi, experimental study*.

RESUM

Efecte del consum de te verd en l'atenció d'adolescents amb TDAH: un estudi experimental. Es va dur a terme un estudi per determinar l'efecte del consum de te verd (amb cafeïna) en l'atenció en els adolescents d'entre 10 i 15 anys amb trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH). A partir d'un quasi experiment de dos grups (experimental i control) amb pretest i posttest, es va concloure que el te verd té un impacte en la millora de l'atenció, ja que els participants que van consumir te verd amb cafeïna van tenir millors resultats en les subproves: "dígitos en regressió", "detecció visual" i "20-3" de la dimensió atenció i concentració de la prova *Neuropsi*. **Paraules clau:** *trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat en adolescents, atenció, te verd, Neuropsi, estudi experimental*.

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico que involucra problemas relativos a la falta de atención, impulsividad e hiperactividad y que afecta significativamente en el funcionamiento personal de quien lo padece (Puts et al., 2020).

Los estudios más consistentes señalan que esta condición impacta en dominios cognitivos tales como: la inhibición, la atención, la percepción del tiempo y la tolerancia a la demora (Rodillo, 2015).

La adolescencia se considera un período del desarrollo que va de los 10 a los 19 (World Health Organization, 2021) y, en esta etapa, las

¹Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás. Instituto Politécnico Nacional. ²Centro Interdisciplinario de Investigación para el Desarrollo Integral Regional Unidad Sinaloa. Instituto Politécnico Nacional. Contacto: rfiguerolae@ipn.mx

Recibido: 5/9/23 - Aceptado: 29/1/24

manifestaciones del TDAH cambian. Las mujeres adolescentes con TDAH se muestran significativamente más introvertidas que la población general y los hombres adolescentes se han mostrado significativamente más introvertidos, pesimistas, opositores y autopunitivos (Pi, 2017; Pi et al., 2018).

Por otra parte, los adolescentes con TDAH son propensos a presentar conductas de riesgo (Puts et al., 2018). También se ha evidenciado un vínculo entre el TDAH en la infancia y un mayor riesgo de trastorno límite de la personalidad en la adolescencia y edad adulta (Storebø y Simonsen, 2014; Matthies y Philipsen, 2016; Miller et al., 2008). El TDAH se encuentra relacionado con menor flexibilidad cognitiva, dificultades en tareas de organización y planificación, así como en una afectación en el proceso de toma de decisiones (Rubiales et al., 2011, 2013; Barkley, 2014; Piñón et al., 2019; Christiansen et al., 2019), lo cual pudiera tener un importante impacto en el rendimiento académico de los adolescentes con TDAH pues, de acuerdo con Portela (2016), al menos el 44 % de los jóvenes con este trastorno viven el fracaso escolar.

Hablar de las afectaciones en la atención derivadas del TDAH nos conduce al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), que estructura el trastorno en dos dimensiones: el déficit de atención y la hiperactividad/impulsividad. Con un predominio inatento, se presentarán deficiencias en la atención focalizada y en la velocidad de procesamiento de la información, así como problemas en la atención selectiva; con un predominio hiperactivo, se encontrarán disfunciones en la atención sostenida e incapacidad para inhibir estímulos irrelevantes; finalmente, con un TDAH combinado, se presentarán problemas en atención sostenida, desinhibición y comportamiento disruptivo (Belmar et al., 2013).

Es, entonces, que el estudio de la atención en la población con TDAH se vuelve fundamental, así como la búsqueda de alternativas para mejorarla (Corbetta y Shulman, 2002). En este tenor, aunque se ha demostrado que este proceso cognitivo puede tener mejoras a través de la práctica y el entrenamiento (Klingberg, 2010), existen también investigaciones que buscan determinar el efecto de sustancias como la cafeína en apoyo de la mejora de diversos procesos cognitivos. El

consumo de cafeína tiene un impacto en el sistema nervioso central, bloqueando los receptores de adenosina y aumentando la actividad de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, involucrados en los procesos de atención y vigilancia (Nehlig et al., 1992). Esto conduce a mejoras en diversos procesos cognitivos, en el llamado estado de alerta y en el estado de ánimo de los consumidores (Heishman et al., 1994).

Con respecto a investigaciones previas que evalúan el efecto de la cafeína en el proceso atencional, los resultados han sido heterogéneos. En este sentido, podemos señalar el estudio experimental realizado por Smith et al. (1999), con estudiantes de la Universidad de Bristol, en el que se reclutaron 144 universitarios, con una edad media de 20,4 años ($DE = ,25$), que fueron asignados al azar a una de siete condiciones. En cada condición, los participantes consumían diversas sustancias (café con cafeína o descafeinado, té, cola *light*, cola, agua de grifo o agua con gas) antes de responder una prueba que evaluaba la atención focalizada. Los resultados indicaron que la cafeína tenía un efecto positivo sobre el tiempo de reacción, pero no se denotó una mejora en el proceso atencional. Ruijter et al. (2000) encontraron también en adultos de entre 20 y 24 años ($M = 22,4$, $DE = 1,9$) que la cafeína aumenta la excitación, reduciendo la fatiga y el aburrimiento, pero tampoco reportó efectos en medidas conductuales de la atención sostenida.

Con resultados opuestos, Childs y Wit (2006), también en adultos de entre 18 y 35 años, encontraron que aunque dosis altas (mayores a 450 mg) pueden deteriorar el rendimiento en tareas cognitivas, dosis menores que van de 150 a 450 mg reflejan mejoras en tareas de vigilancia o concentración visual. Entonces, consumir una taza de café estándar (150 mg de cafeína) incrementa el estado de alerta y mejora la atención. Lieberman et al. (1987) observaron efectos aún con dosis muy bajas de cafeína (30 mg), reflejados en una mejora del estado de ánimo, el estado de alerta, la concentración y tiempos de reacción en adultos de entre 18 y 47 años, con una edad media de 28,1 años.

Resultados y conclusiones distintas en los estudios pudieran derivarse de la falta de control en la dosis de cafeína o del estado emocional de las personas. Al respecto, Redgwell et al.,

(2003) señalan que una cantidad moderada de cafeína puede mejorar la atención en personas agotadas, pero que una cantidad elevada puede disminuir la atención en personas ansiosas.

Con base en lo anterior, se propone el presente estudio experimental, en el que se busca determinar el efecto del consumo de té verde en la atención en los adolescentes de entre 15 y 17 años con TDAH. Es preciso señalar que ocho onzas (1) de té verde contienen entre 30 y 50 mg de cafeína (U.S. Food & Drug Administration, 2018), superando la cantidad mínima que ha mostrado efectos en estudios previos. La utilización de la cafeína presente en esta sustancia representa una opción novedosa al consumo de café, sustancia utilizada en la mayoría de los estudios previos. La hipótesis fundamental de este trabajo es que el consumo de té verde tendrá un efecto estadísticamente significativo sobre la atención, medida a través de la dimensión del instrumento *Neuropsi* (Ostrosky-Solís et al., 2003) enfocado en dicho proceso cognitivo.

Material y/o método

Participantes

A partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia se reclutó a 60 adolescentes, hombres y mujeres, estudiantes de educación básica con un rango de edad de entre 10 y 15 años ($M = 11,95$, $DE = 1,57$). Se solicitó que los estudiantes consumieran cafeína pero que no lo hicieran con bastante regularidad (consumo de una a tres veces por semana). Se buscó también que los participantes contaran con un diagnóstico de TDAH.

Instrumento

Para medir la atención sostenida, se aplicaron las subpruebas que miden atención y concentración de la *Batería Neuropsicológica Breve* en español, también conocida como *Neuropsi*, desarrollada por Ostrosky-Solís et al., (2003). Estas son: dígitos en regresión, detección visual y 20-3. La confiabilidad Test-Retest para las subpruebas de este instrumento va de ,89 a 1.

Procedimiento

El diseño de la investigación fue cuasiexperimental, con dos grupos, pretest y posttest. La

asignación de los participantes a los grupos no fue aleatoria. Con respecto a la definición operacional de la variable independiente, para el grupo experimental se disolvió entre 1 y 2 gramos de té verde en polvo (matcha) en 100 ml de agua, que llegó a los 80 grados Celsius y así permaneció por 30 segundos, condiciones que le permiten actuar como un estímulo, aumentando la actividad en el lóbulo frontal del cerebro, lo que se asocia con la atención sostenida (García-Rodríguez et al., 2012). Para el grupo control, se disolvieron 2 gramos de té verde (matcha) descafeinado en 100 ml de agua, que llegó a los 80 grados Celsius, y así permaneció por 30 segundos.

En un primer momento, los padres de los participantes firmaron el consentimiento informado y los participantes firmaron el asentimiento informado. Luego, en un salón amplio con adecuada iluminación, ventilación y ausencia de distracciones, se entregó a los participantes un formato de datos sociodemográficos y se aplicaron las subpruebas del *Neuropsi* de manera individual a los participantes.

Después de la evaluación pretest, cada participante consumió el té verde que el investigador le proporcionó (se entregó con cafeína para el grupo experimental y descafeinado para el grupo control) para posteriormente visualizar un video distractor con una duración de 5 minutos. Una vez finalizada la visualización del video, se aplicaron las subpruebas del *Neuropsi* por segunda vez.

El análisis de resultados se llevó a cabo con el programa SPSS Statistics versión 23, con el que primero se exploró si los puntajes totales de los participantes para cada subprueba seguían una distribución normal. A partir de esto, se decidió el uso de estadística inferencial paramétrica o no paramétrica para comparar el pretest del grupo control con el pretest del grupo experimental para cada subprueba, el posttest del grupo control con el posttest del grupo experimental para cada subprueba, el pretest del grupo control con el posttest de este mismo grupo para cada subprueba y el el pretest del grupo experimental con el posttest de este mismo grupo para cada subprueba.

Resultados

En la tabla 1 del anexo, se observa la media y

desviación estándar para cada una de las subpruebas del *Neuropsi* aplicadas al grupo control y al grupo experimental.

De manera general, observamos que con respecto a las medias en el grupo experimental en todas las subpruebas, hubo un aumento del pretest al posttest. Con respecto al grupo control también hubo un aumento en las tres subpruebas, pero este fue menor.

Posteriormente, se exploró si la distribución de los puntajes totales de cada subprueba para los grupos seguía una distribución normal a partir de la prueba de Shapiro-Wilk. Por ausencia de normalidad, se eligió el uso de pruebas no paramétricas.

Por medio de la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon para la comparación de dos grupos relacionados, se evaluó si se presentaban diferencias significativas del pretest al posttest, para el caso del grupo experimental y del grupo control. Con una $p < ,001$ se encontraron aumentos estadísticamente significativos entre el pretest y posttest de ambos grupos para las tres subpruebas (ver tabla 2 del anexo).

Para comparar pretest del grupo control con pretest del grupo experimental y posttest del grupo control con posttest del grupo experimental, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Al comparar los pretest, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control, lo que indica que, en un inicio, los grupos se encontraban en igualdad de condiciones con respecto a las competencias que exigían las subpruebas (ver tabla 3 del anexo).

Se usó nuevamente la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar los posttest del grupo experimental y control para cada una de las subpruebas, encontrando diferencias significativas en las tres subpruebas: “dígitos en regresión”, “detección visual” y “20-3” (Ver tabla 4 del anexo).

Discusión

El presente estudio buscó confirmar si la cafeína presente en el té verde tiene un efecto positivo en el proceso atencional. Los resultados coinciden con autores como Smith et al. (1999), quien determinó que la cafeína tenía un impacto en la

velocidad de reacción para responder en una prueba cognitiva enfocada en la atención. Sin embargo, a diferencia de lo concluido con este autor, quien no reportó un impacto en la precisión de las respuestas, en este caso sí podemos determinar mejores resultados en el grupo que ingirió cafeína. Los resultados también coinciden con los que presentó Lieberman et al. (1987), que señala efectos estimulantes aún con dosis muy bajas de cafeína en procesos cognitivos.

Aunque a partir de pruebas estadísticas se determinó que los grupos se encontraban en igualdad de circunstancias en las tres subpruebas, el hecho de que se utilizara un muestreo por conveniencia y que no se llevara a cabo una asignación aleatoria a cada grupo, pudo generar que los resultados en los posttest se debieran a diversas variables contextuales y no realmente al efecto de los componentes del té verde. De ahí la importancia de un muestreo probabilístico, una asignación aleatoria a cada grupo y de muestras de mayor tamaño para obtener resultados más fiables (Llobell et al., 1995).

Con respecto a la clara eficacia del té verde sobre la subprueba de “dígitos en regresión”, se puede explicar por lo que Gómez (2021) señaló en un documento previo, al caracterizarla como la subprueba más susceptible a cualquier estimulación.

Finalmente, el hecho de que hubiera aumentos estadísticamente significativos en las tres subpruebas, al comparar los puntajes pretest al posttest en el grupo experimental y en el grupo control, puede deberse al llamado efecto de arrastre (Fontes de Gracia et al., 2001), que refleja los efectos del pretest sobre el posttest. Esto pudiera corroborarse con un diseño experimental de investigación que permitiera detectar los efectos de las prepruebas sobre las postpruebas.

Conclusiones

En conclusión, los hallazgos indican que el consumo de té verde con cafeína en dosis mínimas puede tener efectos positivos en las dimensiones que conforman la evaluación de la atención de los adolescentes con TDAH. Sin embargo, es necesario tener precaución al interpretar los resultados debido al tamaño limitado de la muestra y a la falta de aleatoriedad

con respecto a la asignación a los grupos experimental y control, así como a la falta de control con respecto al efecto de arrastre al aplicar en dos ocasiones las mismas pruebas.

Notas

(1) 8 onzas equivalen a 230 ml, un vaso estándar (nota del redactor).

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Panamericana.
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford.
- Childs, E. y De Wit, H. (2006). Subjective, behavioral, and physiological effects of acute caffeine in light, nondependent caffeine users. *Psychopharmacology*, 185, 514-523. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0341-3>
- Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B. y Chavannon, M. L. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. *Current psychiatry reports*, 21, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1003-6>
- Corbetta, M. y Shulman, G. L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature reviews neuroscience*, 3(3), 201-215. <https://doi.org/10.1038/nrn755>
- FDA - U.S. Food & Drug Administration (2018). *How much caffeine is too much?* <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/spilling-beans-how-much-caffeine-too-much>. Accessed May 2021
- Fontes de Gracia, S., García, C., Garriga, A. J., Pérez-Llantada y M., Sarriá, E. (2001). *Diseños de investigación en Psicología*. UNED.
- García-Rodríguez, M. C., Vilches-Larrea, R.E., Nicolás-Mendez, T. y Altamirano-Lozano, M.A. (2012). El té verde en la quimiopreención in vivo del daño genotóxico inducido por metales cancerígenos (cromo [VI]). *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1204-1212. https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/35_original24.pdf
- Gomez, I. (2021). Relación entre la atención y el desempeño en la prueba *Neuropsi*, 45(2), 36-42. <https://doi.org/10.1015/j.phrs.2021.03.010>
- Heishman, S. J., Francis-Wood, A., Keenan, R. M., Chiang, C. N., Terrill, J. B., Tai, B. y Henningsfield, J. E. (1994). Safety and pharmacokinetics of a new formulation of depot naltrexone. *Problems of Drug Dependence*, 82.
- Klingberg, T. (2010). Training and plasticity of working memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(7), 317-324.
- Lieberman, H. R., Wurtman, R. J., Emde, G. G., Roberts, C. y Coviella, I. L. G. (1987). The effects of low doses of caffeine on human performance and mood. *Psychopharmacology*, 92, 308-312. <https://doi.org/10.1007/BF00210835>
- Llobell, J. P., Pérez, J. F. G. y Navarro, M. D. F. (1995). *El diseño y la investigación experimental en psicología*. Cristóbal Serrano Villalba.
- Matthies, S. y Philipsen, A. (2016). Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)—Review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 18(33), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0675-4>
- Mellado, M. B., Martínez, L. N. y Tello, F. P. H. (2013). Procesos atencionales implicados en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). *Convergencia educativa*, (2), 9-19. <https://revistace.ucm.cl/article/view/267>
- Miller, C. J., Flory, J. D., Miller, S. R., Harty, S. C., Newcorn, J. H. y Halperin, J. M. (2008). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1477. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/11546_childhood-attention-deficit-hyperactivity-disorder.pdf
- Nehlig, A., Daval, J. L. y Debry, G. (1992). Caffeine and the central nervous system: mechanisms of action, biochemical, metabolic and psychostimulant effects. *Brain research reviews*, 17(2), 139-170. [https://doi.org/10.1016/0165-0173\(92\)90012-B](https://doi.org/10.1016/0165-0173(92)90012-B)
- Ostrosky-Solís, F., Gómez, M. E., Ardila, A., Roselli, M., Pineda, D. y Matute, E. (2003). *Neuropsi atención y memoria. Manual, Perfiles y*

Material. American Bookstor.

- Pi, M. (2017). *Descripción de perfiles de personalidad en adolescentes consultantes diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)* [Tesis de maestría, Universidad de Chile]. Repositorio de la Universidad de Chile
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/179400>
- Pi, M., Larraguibel, M., Rojas-Andrade, R. y Aldunate, C. (2018). Comparative study of adolescents with and without ADHD. *Salud mental*, 41(6), 287-296.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.041>
- Piñón, A., Carballido, E., Vázquez, E., Fernande, S., Gutiérrez, O. y Spuch, C. (2019). Rendimiento Neuropsicológico de niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(1), 116-131.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439667308011>
- Portela Sabari, A., Carbonell Naranjo, M., Hechavarría Torres, M. y Jacas García, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Medisan*, 20(4), 553-563.
<http://ref.scielo.org/d8zycy>
- Puts, N. A., Ryan, M., Oeltzschner, G., Horska, A., Edden, R. A. y Mahone, E. M. (2020). Reduced striatal GABA in unmedicated children with ADHD at 7T. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 301, 111082.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111082>
- Redgwell, R. J., Curti, D., Rogers, J., Nicolas, P. y Fischer, M. (2003). Changes to the galactose/mannose ratio in galactomannans during coffee bean (*Coffea arabica* L.) development: implications for in vivo modification of galactomannan synthesis. *Planta*, 217, 316-326.
<https://doi.org/10.1007/s00425-003-1003-x>
- Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.02.005>
- Rubiales, J., Bakker, L. y Mejía, I. D. D. (2011). Organización y planificación en niños con TDAH: evaluación y propuesta de un programa de estimulación. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 5(2), 145-161.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642488004>
- Rubiales, J., Bakker, L. y Urquijo, S. (2013). Estudio comparativo del control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva en niños con TDAH. *Cuadernos de Neuropsicología-Panamerican Journal of Neuropsychology*, 7(1), 50-69.
<https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/34>
- Ruijter, J., Lorist, M. M., Snel, J. y De Ruiter, M. B. (2000). The influence of caffeine on sustained attention: an ERP study. *Pharmacology Biochemistry and behavior*, 66(1), 29-37.
[https://doi.org/10.1016/S0091-3057\(00\)00229-X](https://doi.org/10.1016/S0091-3057(00)00229-X)
- Smith, A., Sturgess, W. y Gallagher, J. (1999). Effects of a low dose of caffeine given in different drinks on mood and performance. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 14(7), 473-482.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1077\(199910\)14:7%3C473::AID-HUP129%3E3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1077(199910)14:7%3C473::AID-HUP129%3E3.0.CO;2-D)
- Storebø, O. J. y Simonsen, E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(5), 289-295.
<https://doi.org/10.3109/08039488.2013.841992>
- World Health Organization (2021). *Adolescent health*.
https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Anexos

Tabla 1. Media y desviación estándar para el grupo experimental y control en cada una de las subpruebas

Grupo	Momento de medición	Subprueba	N	Media	Desviación estándar
Grupo Experimental	Pretest	Dígitos en regresión	30	2,53	1,04
		Detección visual	30	11,87	1,79
		20-3	30	2,90	0,75
	Posttest	Dígitos en regresión	30	4,60	1,06
		Detección visual	30	14,83	1,31
		20-3	30	4,63	0,61
Grupo Control	Pretest	Dígitos en regresión	30	2,36	0,96
		Detección visual	30	12,20	1,64
		20-3	30	2,93	0,78
	Posttest	Dígitos en regresión	30	3,33	0,99
		Detección visual	30	13,63	1,32
		20-3	30	3,50	0,86

Tabla 2. Comparaciones pretest y posttest en ambos grupos

	Subprueba		
	Dígitos en regresión	Detección visual	20-3
Sig. Asin. (unilateral) Grupo experimental	<,001	<,001	<,001
Sig. Asin. (unilateral) Grupo control	<,001	<,001	<,001

Nota. Significancia asintótica unilateral después de aplicar la prueba la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon para comparar el pretest y posttest para cada una de las subpruebas de la sección de atención y concentración del *Neuropsi*.

Tabla 3. Comparación de los pretest de los grupos

	Subprueba		
	Dígitos en regresión	Detección visual	20-3
Significación Exacta [2*(sig unilateral)]	,570	,295	,811

Nota. Significancia asintótica bilateral después de aplicar la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar los pretest del grupo experimental y control para cada una de las subpruebas de la sección de atención y concentración del *Neuropsi*.

Tabla 4. Comparación de los posttest de los grupos

	Subprueba		
	Dígitos en regresión	Detección visual	20-3
Significación Unilateral	<,001	<,001	<,001

Nota. Significancia asintótica bilateral después de aplicar la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar los posttest del grupo experimental y control para cada una de las subpruebas de la sección de atención y concentración del *Neuropsi*.

20 aniversario de la Revista: Resumen de intervenciones

El pasado 6 de octubre, coincidiendo con el Día de la Salud Mental, se celebró en Barcelona el 20 aniversario de la Revista. El acto fue organizado por Rubén D. Gualtero, antiguo jefe de Redacción de la Revista, junto con un grupo de profesionales referentes en salud mental y activos colaboradores de la publicación.

El acto fue presentado por Antoni Bassas, periodista de dilatada experiencia en los medios de comunicación públicos de Catalunya.

Después de las presentaciones protocolarias a cargo de Teresa Ribalta, directora de la Fundació Orienta, y de Montserrat Gibert, presidenta del patronato de la institución, tuvieron lugar tres mesas sobre infancia, adolescencia y revistas científicas.

La primera mesa fue **Vulnerabilidad y desamparo en la infancia: experiencias en América Latina**, organizada por Cayetano G. Castrillón (Sevilla) y Lourdes Busquets (Barcelona). Contó con las ponencias de Hilda Botero (Colombia), Carmen Rosa (Perú) y Aline Pinto de Silva (Brasil), que reflexionaron sobre su experiencia clínica y comunitaria con la infancia en sus respectivos países.

La segunda mesa fue **El adolescente en su mundo y en el mundo**, a cargo de dos referentes en la comprensión y asistencia del adolescente, Lourdes Fañanás, de la Universitat de Barcelona, y Asunción Soriano, psicoanalista con amplia experiencia en la asistencia pública con adolescentes en riesgo.

La tercera mesa fue una reflexión sobre la **situación actual y de futuro de las revistas especializadas**, coordinada por Carles Pérez Testor, de la Universitat Ramon Llull. Dialogaron sobre ello Rosa Jaitin, directora de APSYLIEN (Lyon) y Xavier Costa, jefe de redacción de la Revista.

En las siguientes páginas, les ofrecemos un resumen de algunas de las intervenciones.

Mesa 1

Vulnerabilidad y desamparo: experiencias en América Latina

Los Bebés en la Unidad Neonatal: ¿Existen...? ¿Son visibles...?

Hilda Botero C.

Presento en esta comunicación una observación de los momentos de vulnerabilidad más intensos, profundos... más elementales de los seres humanos: una bebita en la Unidad Neonatal (UN). Somos paridos como seres prematuros... aun cuando a los nueve (9) meses de gestación nos nominamos “a término”, o “una gestación completa”. Pues bien, ‘observemos’ ahora una prematura prematuridad.

Mayi es una beba prematura (32 semanas de gestación), ahora con 26 días de permanencia en la UN, con muy buen pronóstico e iniciando su preparación para el programa Madre-Bebé-Canguro Ambulatorio. Y quien fue atendida como, y con la rutina ‘normal’ realizada en esos momentos por el personal de salud. Esta observación la lleva a efecto un pediatra de la misma Unidad, en el marco de la implementación de un modelo de atención emocional que, después de un año de trabajo duro, doloroso, de impacto profundo, pudo transformar cómo pensar y cuidar la presencia, la existencia de los bebés en una UN con todo el contexto humano y logístico que esto implica: centrado en la emocionalidad. Sostengo así la pregunta que este observador se hizo y puso en común en el grupo, no para responder, sino para su exploración: ¿acaso ‘pensamos’ a estos bebés habitantes de la Unidad Neonatal?

El desamparo social de los padres en tiempos y contextos críticos

Carmen Rosa Zelaya

Desde una perspectiva psicoanalítica, el trabajo intenta describir el impacto que ha

producido la crisis sanitaria y política en las funciones parentales. En el Perú, así como en otros países latinoamericanos las instancias gubernamentales han evidenciado una incapacidad para atender las necesidades de la población durante el estado de emergencia. La insuficiente y precaria atención a los casos producidos por la pandemia del covid-19 puso en evidencia el enorme descuido de los servicios de salud hospitalarios; la inmensa población económicamente desfavorecida sufrió los embates de la falta de atención.

La ocurrencia de muertes en el Perú ha sido un suceso que se ha repetido a lo largo de nuestra historia. Desde algunas décadas atrás, el país ya había venido siendo azotado por el conflicto armado interno. Como resultado de los enfrentamientos entre los militares, terroristas y civiles se estima que el número de desaparecidos y muertos ascendió a 70.000, siendo la más afectada la población rural.

Las vivencias de desamparo frente a las sucesivas muertes se agravan cuando no se cuenta con instituciones sólidas que acojan y brinden la contención necesaria para que los padres o cuidadores puedan preservar su función de cuidado. La perplejidad, la desolación y la desesperanza impiden la elaboración de las pérdidas, predisponen a una desconexión afectiva, lo cual se acerca a lo que Green ha llamado la *madre muerta*. En tales casos, la mirada de los padres, en vez de reflejar la conexión afectiva facilitadora de la integración psíquica, expresaría, por el contrario, vacío y ausencia, lo que se traduce en diversas formas y grados de maltrato, que afectan la construcción de la subjetividad infantil.

La función de la sociedad, a través de sus instituciones, la cultura, a través del fomento de espacios de expresión, el psicoanálisis u otras intervenciones terapéuticas, a través de la validación de los estados emocionales en tiempos

y contextos críticos, exige el aporte de elementos que reflejen y reconozcan la conmoción vivida, permitiéndoles a los padres y cuidadores transitar del caos, vacío, consternación y desesperanza hacia la simbolización de lo traumático.

Vulnerabilidade e Desamparo: Experiências na América Latina

Aline Pinto

Como psicoanalista brasileira elegí reflexionar sobre el malestar actual, la naturaleza traumática de la vulnerabilidad social y el impacto en la parentalidad y sus efectos en la primera infancia en mi cultura. Un intento de señalar algunos impases y obstáculos que crean escenarios de sufrimiento subjetivo, para promover otras formas de comprender los fenómenos que nos rodean, ampliando nuestras posibilidades de escucha al reflexionar sobre la expresión sociocultural en la que están inmersos bebés, niños y padres, sin perder de vista la singularidad de cada caso.

Cuestionar cómo pensar en los impactos y síntomas traumáticos que presentan los bebés, los niños y los padres que están expuestos a una

vulnerabilidad social extrema, así como aquellos que no están en esta condición, pero aparecen vulnerables e indefensos.

Planteo la hipótesis, entre muchos otros factores del orden de la singularidad, de que ante tal desigualdad social, el terror al futuro, el miedo a la carencia, el terror a la exclusión, es un fantasma que acecha constantemente y activa un funcionamiento de supervivencia, lo que trae consecuencias a la relación entre padres e hijos.

Se niegan miedos e incertidumbres, no se percibe el terror a la exclusión, así como no se reconoce y valida la violencia que sufre la población marginada. Esta imposibilidad de procesamiento psíquico indica un exceso, incapaz de elaborar factores traumáticos sociales que generen consecuencias.

En una sociedad como la nuestra, en la que el desamparo irrumpe y nos afecta desde fuera y desde dentro, resulta difícil la simbolización y esto produce sus efectos en el desempeño de la crianza y las repercusiones en los procesos de subjetivación de nuestros bebés, niños y adolescentes.

Como analistas ¿cómo podemos posicionarnos y desarrollar nuestro trabajo?

Mesa 2

El adolescente en su mundo y en el mundo

El adolescente y su salud

Asunción Soriano Sala

Celebramos los 20 años de la *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. Para ello, en esta ocasión quisiéramos centrarnos en la salud mental del adolescente, destacando sobre todo el término salud. Así que hemos querido dar voz a algunos adolescentes que nos han contado cómo se sienten y cómo viven esta etapa de la vida. La idea inicial era invitarlos a venir, pero esta propuesta no tuvo éxito y es evidente que era una propuesta adultomorfa, ya que un adolescente no se sentirá cómodo frente a un escenario de muchos adultos. Nuestra propuesta no fue bien pensada, no tuvo en cuenta algo tan básico como que “no somos su mundo”.

Es un momento de la vida en el que su mundo comunicativo está entre sus compañeros de edades similares. Así que vamos a cambiar el formato y, con el permiso de ellos, me pondré a sintetizar lo que me han ido explicando espontáneamente en entrevistas individuales y también en encuentros grupales realizados en centros educativos realizados en Barcelona y también en Colombia.

Hay mucha coincidencia en que son conscientes del cambio, de dejar atrás la infancia y que hay un proceso que han tenido que realizar. De las dificultades en ese proceso, muchos describen principalmente el temor al rechazo, el peso que tiene lo que pensarán los demás de ellos, mientras van configurando sus nuevas identidades. Sumarse a posturas grupales aunque no estén muy convencidos a veces les es necesario para mitigar el temor al rechazo.

También describen el momento de hacer un *clic* y lograr una mayor tranquilidad y aceptación de sí mismos. Ese momento lo sitúan sobre los 16 aproximadamente, reconociendo la etapa anterior de un cierto grado de sufrimiento, sobre todo por el temor a la no aceptación; pero la mayoría, poco a poco, han podido sentirse más

confortables con la identidad nueva y propia que habían ido construyendo. Algunos comentarios en los que coinciden serían: proceso, cierto sufrimiento y apoyos recibidos de la familia de los amigos, de algunos pedagogos.

En ese *clic* aparecen diferentes experiencias que podrían ser a modo de ritos de paso. Un viaje en el que aprendieron nuevas formas de vida o tuvieron que afrontar retos por sí mismos, un desengaño que fueron capaces de sobrellevar, las experiencias de pérdida de los primeros amores o también la evidencia de la realidad de la muerte, por ejemplo, de los abuelos, la observación de sus colegas con más dificultades (amigos que se autolesionan o que hacen restricciones alimentarias, o que consumen sustancias y los observan en malas condiciones).

Los chicos y chicas que van consiguiendo un pasaje de la infancia a la adolescencia suficientemente sano lo hacen rodeados y observando también a sus compañeros con más dificultades y son elementos de salud dentro del grupo, pero no están exentos de riesgo.

La presencia de los adultos es muy importante: ellos saben con quien cuentan, escogen a aquellos miembros de la familia o de la comunidad educativa que les tienen en cuenta desde el respeto y por los que se sienten tratados en cierta forma como adultos.

Son muy finos al valorar a los profesores que no están motivados (por cierto, ese es un reproche mutuo). Aquellos docentes que no valoran sus intereses y sus formas de aprender o, por el contrario, los que comprenden que es a partir de aquí, de sus intereses y capacidades, que se podrán ir desarrollando nuevos aprendizajes.

Internet es una gran fuente de información para los adolescentes y necesitan adultos que se acerquen respetando sus hallazgos, para discutirlo, entenderlos, cuestionarlos juntos. El uso de las nuevas tecnologías es una parte importante de su mundo, y la mayoría saben criticar sus propios excesos, pero también, por otro lado, la ayuda y el beneficio que les aporta. Recojo

aquí algunas de sus respuestas: “me entretiene mucho”, “me facilita el encuentro con otros de mi edad que sino sería muy difícil”, “obtengo información muy interesante”, “aprendo a veces más que con los libros que me aconsejan en la escuela por los que no estoy motivado”, “me interesé por la segunda guerra mundial y obtuve muchas ideas”.

No ayuda en nada la propaganda sesgada que reciben desde los medios de comunicación. La falta de conocimiento y/ o amnesia que viven los adultos respecto de su propia trayectoria durante esa edad provoca que a menudo se destaquen todas las problemáticas de la edad y muy poco las potencialidades y propuestas críticas y de futuro que conllevan. Uno de los chicos entrevistados decía: “es que no tiene relevancia hablar de un joven que estudia o le gustan los deportes y que se divierte con sus amigos”.

Como adultos y como profesionales, deberíamos aprender de lo que nos transmiten y organizar nuestras propuestas de ayuda en función de ello. Ya que podemos consensuar que el proceso adolescente tiene sus escollos y que la mayoría de los chicos y chicas los podrían sobrellevar encontrando sus propios recursos y de los pares, pero también teniendo un acceso ágil a los adultos que les pueden ayudar antes de que las situaciones se agraven. Quizás será imposible un sistema sanitario que llegue a todos, pero ganaríamos mucho si buscamos la manera de adelantarnos a los problemas. Es necesario que se ofrezcan puntos de apoyo/diálogo desde las instituciones para favorecer el proceso más o menos conflictivo

que implica crecer y hacerse adulto.

Propongo contemplar tres escenarios: 1) El propio adolescente debería poder encontrar adultos receptivos y cercanos antes de que las problemáticas se conviertan en situaciones graves; 2) Las familias deberían sentirse apoyadas en este camino a veces tortuoso de acompañar a sus hijos adolescentes; 3) El sistema educativo tendría que tener más en cuenta la situación emocional normal de sus alumnos y los docentes recibir, en vez de la sobrecarga actual, asesoramiento y trabajo conjunto con los sistemas de salud.

Algunas de las entrevistas con adolescentes se realizaron en Colombia en un centro educativo que pertenece a unos de los barrios más dañados por los conflictos sociales que han afectado a la población colombiana. A pesar de ello los chicos sentían muchas ganas de comunicar sus esperanzas, de organizar un futuro, daban valor a los estudios, a la familia, también a los amigos. Expresaban deseos de viajar, conocer su cultura y abrirse a nuevas... O sea, muchas de las posibilidades de mirar adelante que aporta esta edad, con una cierta ingenuidad propia de la falta de experiencia.

Se abre ante ellos un camino que los adentrará en una sociedad adulta de la que más adelante serán los protagonistas. Todo ello nos hace pensar en la gran resiliencia de esta edad y de nuestro papel como profesionales para ayudar o incrementar justamente estos aspectos de resiliencia en aras de unas evoluciones adolescentes lo más sanas posibles.

Mesa 3

Presente y futuro de las revistas especializadas

Presentación

Carles Pérez Testor

Las revistas especializadas surgen como respuesta a la especialización del conocimiento y a la necesidad de profundizar en áreas del saber ante la imposibilidad de “saber de todo”. Las revistas han representado desde hace décadas, la plataforma ideal para que los investigadores cumplieran con el imperativo ético de publicar sus descubrimientos.

Pero desde finales de los 80 hemos tenido en España una sobreproducción de artículos científicos que ha llamado la atención. Este aumento exponencial de la necesidad de publicar en revistas especializadas empieza con el Real Decreto 1086/1989 sobre las «retribuciones del profesorado». El bajo poder adquisitivo de los profesores se puede compensar con la opción voluntaria de obtener un complemento retributivo, sometiendo a evaluación la actividad investigadora en sucesivos tramos de seis años (*los famosos sexenios*). Pero no sólo sirven para compensar la nómina del profesorado.

Los “sexenios” se han convertido en la moneda de cambio en la universidad española. Para dirigir tesis, formar parte de un tribunal, coordinar un programa de doctorado o aspirar a una titularidad se necesitan sexenios (o equivalente).

¿Y qué necesitas para obtener un sexenio? Publicar, publicar y publicar. Hoy en día, podemos decir: **Publicas, luego existes**.

Las revistas se han dado cuenta que la necesidad de publicar supera a la necesidad para leer y, por lo tanto, también han cambiado la manera de sobrevivir. De las revistas que tenían suscriptores que pagaban una cuota para poder leer sus artículos, hemos pasado a las revistas *Open Access*, gratuitas para el lector, que puede descargarse e imprimir los artículos en línea,

porque el que paga es el autor. La revista se ahorra el papel, la imprenta y los envíos por correo. Hemos pasado del **pagar para leer** al **pagar para publicar**. Sin duda, un cambio copernicano.

20 años de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*.

Xavier Costa

Mantener una publicación como la nuestra es el resultado de una gran inversión que, como tal, requiere de una gran generosidad por parte de muchos agentes.

Por un lado, tenemos los autores, que depositan con total confianza sus trabajos en nuestras manos; los lectores, por supuesto; y la Fundación Orienta, para la que la Revista representa una apuesta que se mantiene por el firme convencimiento de que el conocimiento científico debe difundirse, potenciarse y compartirse. Y es que, entre sus valores, está el rigor y el conocimiento científico, y actúa en consecuencia.

Por otro lado, tenemos los revisores, los traductores y los diferentes colegas que colaboran de manera incondicional con la Revista. Sin su ayuda generosa, no sería posible mantener el rigor y la indexación. Trabajan y colaboran con nosotros porque también creen en este proyecto y comparten los valores que hemos comentado arriba. Por último, estamos el personal de Redacción, que combinamos nuestras actividades asistenciales y administrativas con la responsabilidad de estar a la altura de lo que los anteriores agentes nos entregan generosamente.

Con todo esto, ¿hacia dónde va la Revista? Conseguir un índice de alto impacto requiere una inversión que, cada vez más, está en manos de grandes grupos editoriales. Además, los criterios de inclusión de artículos limitan mucho la publicación de aquellos trabajos más cualitativos,

mientras que las investigaciones cuantitativas van ocupando más espacio. Aunque, por supuesto, estas sean necesarias, hace falta un espacio para estos estudios más cualitativos, de “trincheras”, de contacto con el paciente y su familia. Y este es el lugar que queremos que la Revista ocupe, sin renunciar al rigor científico. Publicaciones como la nuestra deben ser un necesario lugar de encuentro para los diferentes profesionales implicados en la salud mental de los niños, los adolescentes y sus familias. El problema es que la presión asistencial a la que estamos sometidos deja poco espacio para la investigación

y para escribir. Es fundamental el compromiso de las instituciones para que garanticen el -cada vez más *romántico*- ejercicio de escribir, reflexionar e investigar.

El reto para los próximos 20 años pasa por fomentar que nuestra Revista se consolide como un espacio compartido entre los agentes que nos dedicamos al cuidado de la salud mental de niños y adolescentes, desde la familia, la escuela, el instituto y aquellos espacios donde desarrollan su crecimiento personal. Para ello, queremos seguir siendo una Revista plural, interdisciplinaria y que dé cabida a todas las orientaciones.

Tizón, J. L. (2023). *La reforma psiquiátrica*. Herder.

En este libro sobre la reforma psiquiátrica, el autor, ya desde el inicio, describe la interacción entre público y privado; dos modelos de atención sanitaria muy extendidos en la atención de la salud mental, sobre todo en Cataluña. Y, después de mostrar estas variantes y su complejidad, llega a la conclusión que aplicarán una buena atención a la salud mental aquellas empresas que tengan integrado, en su dinámica empresarial, una libertad de expresión, garantías de equidad, acceso a la información y capacidad de participación real.

Una buena gestión macroeconómica evitaría corruptelas en las instituciones de gestión de servicios públicos-privados.

A continuación, nos habla de la reforma del sistema sanitario de 1986, cuando se incluye la atención de la salud mental en el sistema sanitario. El autor la describe como la andanza desde la aparición de la psiquiatría como disciplina médica hasta la aparición de la psicopatología con bases psicológicas.

Son muy interesantes las reflexiones que hace sobre las necesidades sociales que aparecen después de la segunda guerra mundial. Se empiezan a sustituir los sistemas de contención tradicionales por los profesionalizados. Es el momento de las instituciones psiquiátricas, la mercantilización de la salud mental y la aparición de los nuevos modelos producidos por el consecuente auge del profesionalismo, en especial para atender el sufrimiento mental. Aquí, el Dr. Tizón recuerda a Alberto Fernández Liria (2005): los manicomios fueron cerrados, pero no todos los servicios manicomiales fueron transformados, no del todo; los servicios extra-hospitalarios se crearon de forma desigual, poco organizada y, a menudo, con una gran carga de ineficacia.

El Dr. Tizón hace un recorrido por lo que ha sido la reforma psiquiátrica últimamente y cómo poco a poco ha ido perdiendo sus finalidades y su eficacia. Al mismo tiempo, crecían la importancia de los nuevos psicofármacos y, sobre todo, las campañas de mercadotecnia de la industria farmacéutica. El lector puede ver las gráficas que acompañan a estos comentarios. Y,

después de dedicar una reflexión y dar un toque de atención sobre la manera en cómo se atienden hoy las psicosis y las depresiones -lo cual, por otra parte, genera un problema en el entorno laboral-, nos hace reflexionar en el deterioro de las prácticas psicoterapéuticas actuales, a pesar de que muchas investigaciones concluyen que es importante una atención más psicológica del problema.

Ahora nos introduce a reflexionar sobre la necesaria reforma y, en especial, del sistema de atención de la salud mental (ver tabla 4).

Tras referirse a los profesores Marcelino López Alvares y Mariano Hernández Monsalve, hace hincapié en la necesidad de centrar la atención en el sufrimiento mental, como manifiestan repetidamente la OMS y la ONU y la Comisión Europea. Acompaña a estas ideas una gráfica en la que Hernández Monsalve muestra cómo debería ser la verdadera reforma. También hace referencia a cómo en Catalunya no se aplicó bien el programa de mínimos APS-SM propuesto por el *Consell Assesor Sobre Assistència Psiquiàtica i Salut Mental* (1996). En él, se definió un programa muy completo de atención global, que se implementa sólo parcialmente.

Tizón reflexiona y nos dice que la gran dificultad para la aplicación de una buena reforma psiquiátrica no solo depende de las instituciones ni de la administración, que no invierte suficiente dinero, sino también de los profesionales. Y, más adelante, insistirá en los programas de formación conjuntos de profesionales de la salud y de la salud mental para unificar criterios y acciones, compartidas y bien dirigidas a potenciar la salud mental comunitaria. Y acaba este apartado preguntándose si no estaremos delante de una crisis de gestores sanitarios competentes y de carencia de profesionales con una concepción comunitaria, comprometidos y competentes.

También dedica unas reflexiones muy interesantes a la manera de implementar un modelo de atención a los sufrimientos psicopatológicos de la población, teniendo en cuenta todos los niveles y la organización suprasectorial que englobe los diversos servicios asistenciales comunitarios. Y termina este apartado afirmando que no puede haber salud mental comunitaria en una sociedad que no sea democrática.

Después nos muestra a través de unas tablas

los tres modelos: biomédico, neoliberal y alternativa comunitaria y sus diferencias: diferencias teóricas, técnicas, prácticas e ideológico-políticas, y, por otro lado, en cuanto a la psicopatología y a la dinámica institucional (ver tabla 10).

Y, finalmente, nos habla de la alternativa comunitaria desde la teoría y la clínica. De forma muy interesante, habla de la integración de lo bio-psico-social, y afirma que hoy es posible aplicarla. De la misma forma que también es posible la vinculación entre las neurociencias, la psicología, el psicoanálisis y la psicología. Insiste que eso ha de significar, incluso a nivel teórico, una búsqueda activa de la integración interservicios y en la comunidad. Y, a

nivel clínico, hace una exposición de diferentes acciones terapéuticas dedicadas a la atención a la salud mental en la comunidad y a la prevención.

Un pequeño libro lleno de grandes reflexiones y críticas sobre las diferentes reformas psiquiátricas y muy indicado para los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular, y muy oportuno para gestores y responsables de planificar los programas de salud mental comunitaria.

Alfons Icart es psicólogo, psicoanalista y director de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*.

Malberg, N., Jurist, E., Bate, J. y Dangerfield, M. (2023). *Trabajando con padres en terapia. Un abordaje basado en la mentalización*. Desclée de Brouwer.

Desde hace bastantes años ya que la terapia basada en la mentalización es un tratamiento de primera elección para muchos pacientes, sobre todo para los trastornos de la personalidad. En Barcelona, es una terapia muy arraigada que cuenta con una amplia “familia mentalizadora” (en palabras del propio Fonagy, en el prólogo). Norka Malberg y Mark Dargenfield, coautores del libro que aquí reseñamos, llevan tiempo aplicándola y enseñándola en nuestra ciudad. Desde la Revista, hemos publicado ya varios artículos sobre las diferentes variantes de este modelo. Y es que su versatilidad y aplicabilidad casan perfectamente con las necesidades terapéuticas de niños, adolescentes y familias en este momento actual. No es casualidad su enorme popularidad en nuestro entorno.

El libro que justo acaban de publicar es buena muestra de todo esto. No voy a entrar a comentar cómo está estructurado el libro -eso ya lo hace, y muy bien, Fonagy en el prólogo-, sino que quisiera justificar por qué este es un libro importante.

El foco del trabajo que proponen los autores es el de desarrollar la capacidad de los padres como agentes terapéuticos. Los que trabajamos en atención primaria sabemos muy bien de la importancia de contribuir a que el menor tenga un entorno lo más terapéutico posible, por delante de los beneficios de un abordaje individual, dada la importancia de optimizar la frecuencia de visitas. En este sentido, el libro propone un modelo realista, práctico y de efectividad largamente demostrada. Y es realista porque, además, pone al terapeuta en una posición de no saber (ya que “los estados mentales son opacos por naturaleza” [p. 46]). Este *mantra* de la mentalización es de vital importancia para una alianza terapéutica genuina y útil. La propuesta de los autores se basa en ayudar a los niños, a través de los padres, a que estos desarrollen una curiosidad genuina por conocer a sus hijos.

Al mismo tiempo, propone, como decíamos, un terapeuta también curioso que reconoce su

desconocimiento de los estados mentales del otro, que *juega* a imaginarlos y que propone perspectivas alternativas centradas en el *aquí y ahora*. Esta percepción de la figura del terapeuta es una idea revolucionaria, que lo baja de su pedestal para permitirle una conexión auténtica con el paciente. Mediante esta conexión, también resulta un modelo para los padres de qué significa tener capacidad mentalizadora. Y, como bien dicen los autores, tal vez sea la primera vez que los padres sienten que tienen una mente que merece la pena comprender.

Es evidente, como decíamos, que los autores tienen una larga y conocida trayectoria en el desarrollo de este modelo. Los primeros capítulos recogen, de manera didáctica, el marco teórico en el que se sustenta. No obstante, no abandonan la intención eminentemente práctica del libro y ofrecen múltiples ejemplos que ayudan a ilustrar los conceptos clave del modelo (por otra parte, nada sencillos): desde viñetas puntuales, transcripciones de extractos de una sesión, hasta el desarrollo de algún caso. Conceptos complejos como la confianza epistémica o los modos de prementalización pueden verse claramente señalados en los ejemplos. Esta intención práctica de los autores facilita al lector no sólo captar el interés técnico como psicoterapeuta sino interpelarlo como progenitor.

Otro aspecto que me ha resultado valioso es la perspectiva de desarrollo que sigue la segunda parte del libro. Desde una perspectiva más práctica, los autores desarrollan el modelo por etapas evolutivas, desde la paternidad (“una idea en pañales”) hasta la vida adulta, profundizando en los retos de cada etapa evolutiva.

En definitiva, se trata de un manual indispensable para el terapeuta infanto-juvenil, que debe lidiar con la (inevitable) participación de los padres en la terapia. La editorial Desclée de Brouwer vuelve a apostar por traernos en español los manuales indispensables (ya van por el cuarto) que la “familia mentalizadora” ha ido desarrollando en los últimos años. Teniendo en cuenta los tiempos que corren, es de agradecer.

Xavier Costa es psicólogo, psicoterapeuta y jefe de redacción de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*.

Consejo Directivo Fundador (2003-2017)

Alfons Icart (director)

Alberto Lasa (vocal)

Jorge L. Tizón (vocal)

Francisco Palacio (vocal)

Juan Manzano (vocal)

Mercè Mitjavila (vocal)

Eulàlia Torras de Beà (vocal)

Consejo Asesor Fundador (2003-2017)

Jaume Aguilar (Barcelona)

Charo Alonso (Sevilla)

Marina Altmann (Uruguay)

Delza María S. F. Araujo (Brasil)

Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)

Josep Ballester (Barcelona)

Valentín Barenblit (Barcelona)

Jaume Baró (Lleida)

Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)

Hilda Botero C (Colombia)

Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)

María Jesús Buxó (Barcelona)

Maria Jose Cordeiro (Portugal)

Júlia Corominas (Barcelona)

Bettina Cuevas (Paraguay)

Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)

M^a Dolores Domínguez (S. de Compostela)

Robert N. Emde (USA)

Leticia Escario (Barcelona)

Consuelo Escudero (Madrid)

María Edelmira Estrada (Argentina)

Anna Fornós (Barcelona)

Cayetano García-Castrillón (Sevilla)

Pablo García Túnez (Granada)

José García Ibáñez (Reus)

María Dolores Hierro (Tarragona)

Guillem Homet (Premià de Dalt)

Joaquín Ingelmo (Badajoz)

Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan)

Paulina F. Kernberg (USA)

Lluís Lalucat (Barcelona)

José María López Sánchez (Granada)

Montserrat Martínez (Barcelona)

Maite Miró (Barcelona)

Josep Moya (Sabadell)

Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)

Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat)

Fàtima Pegenaute (Barcelona)

Fernando Pêgo (Portugal)

Alberto Péndola (Perú)

Esperanza Pérez de Plá (México)

Roser Pérez Simó (Barcelona)

Carles Pérez Testor (Barcelona)

María Angeles Quiroga (Madrid)

Ignasi Riera (Barcelona)

Giancarlo Rigon (Italia)

Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)

Manuel Salamero (Barcelona)

Paloma San Román Villalón (Albacete)

Elena Toranzo (Argentina)

Josep Toro (Barcelona)

Marta Trepas (Lleida)

Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)

Mercedes Valcarce Avello (Madrid)

Mercedes Valle Traperó (Madrid)

Llúcia Viloca Novellas (Barcelona)

Publicación de originales

La revista Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente se propone como objetivo prioritario profundizar en el conocimiento teórico, la investigación, la práctica clínica y la atención psiquiátrica, en salud mental de la infancia y la adolescencia. También quiere ser en un espacio de difusión y defensa de un modelo asistencial sustentado en la psicología relacional.

Los originales a presentar podrán referirse a los ámbitos siguientes: clínico (temas de psicopatología infantil y juvenil); institucional (experiencias sobre atención ambulatoria, hospitalización total y parcial, trabajo grupal); interdisciplinar (aportaciones desde el campo de la pediatría, neurología, ciencias sociales, jurídicas, pedagogía) e investigación (informes sobre estudios y trabajos de investigación epidemiológica, psicoterapéutica y psicofarmacológica). La revista tendrá, además, secciones independientes dedicadas a reseñas bibliográficas y de actividades, cartas de los lectores, así como un apartado dedicado a «segunda publicación» en el que por su especial interés –y de acuerdo con los criterios y recomendaciones Vancouver–, se darán a conocer artículos o trabajos que ya han sido publicados en otra revista y/o idioma.

Información para el envío de manuscritos

1. Los trabajos a publicar deberán ser inéditos.
2. Los originales se presentarán a doble espacio en su totalidad y tendrán, en general, una extensión máxima de 30.000 caracteres (aproximadamente una 13 páginas Din-A4). Estarán ordenados de este modo: página del título, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, bibliografía y tablas. Cada uno de estos apartados se iniciará en una página nueva, numeradas correlativamente.

Página del título. Será la primera página y constará de: a) título del artículo; b) nombre del autor o autores, profesión y lugar de trabajo de cada uno de ellos; c) nombre del centro o institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renunciias, si las hubiera; e) e-mail de contacto.

Resumen y palabras claves. La segunda página constará de un resumen en castellano y en inglés de no más de 450 caracteres (aproximadamente unas 7 líneas de texto). Este resumen incluirá los aspectos más relevantes del trabajo presentado e irá acompañado de tres a cinco palabras claves, también en castellano e inglés.

Texto. Se iniciará en la tercera página. En general, y siempre que sea oportuno, el texto del trabajo constará de: introducción -exponiendo los objetivos y antecedentes-, material/método, resultados y discusión -destacando los aspectos nuevos y relevantes del trabajo, así como las conclusiones que de ellos se derivan.

Agradecimientos. Esta nueva página incluirá, si los hubiera, los nombres de aquellas personas y/o instituciones que los autores consideran que deben ser citadas y el tipo de contribución.

Bibliografía. Las referencias bibliográficas se incluirán en una lista ordenada alfabéticamente. En el texto se presentarán de la forma «(Icart y Freixas, 2003)». Los autores comprobarán que las referencias del texto y la lista concuerden y se añadirá «et al.» cuando haya seis o más autores. Las referencias de un mismo autor(es) que correspondan a años diferentes se ordenarán comenzando por la más antigua.

- Libros. Se citarán de esta forma: Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). *Título*. Lugar: Editorial.

Ejemplo: Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.

- Revistas. Se citarán de esta forma:

Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). Título del artículo. *Título de la revista*. XX, pp.

Ejemplo: Larbán, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. *Psicopatol. Salud ment.*, 22, 19-25.

Tablas y gráficos. Se presentarán en una hoja independiente, numeradas correlativamente según el orden en que aparecen en el texto, con un breve título para cada tabla y/o gráfico. En caso de que se utilicen abreviaturas o símbolos, la explicación se colocará en la base de la figura o tabla correspondiente.

Protocolo de publicación:

1. Los materiales recibidos serán revisados anónimamente por un Comité Lector, integrado por expertos en los diferentes ámbitos. A los autores se les informará de la aceptación de los originales y, en el caso de que deban ser modificados, recibirán los comentarios del Comité Lector que puedan serles útiles para su posterior publicación.
2. Los manuscritos aceptados se someterán a un proceso de edición y corrección siguiendo el libro de estilo de la revista. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva del autor(es).
3. Cartas de los Lectores es una sección que desea promover y facilitar el debate y la exposición de opiniones y comentarios sobre los materiales publicados, así como sobre aquellas cuestiones que conciernen a la salud mental infantil y juvenil. Las declaraciones expresadas en esta sección sólo son atribuibles a sus autores y no reflejan la postura de la revista. La cartas no deberán superar los 5000 caracteres y se presentarán a doble espacio y firmadas. La decisión de publicar las cartas recibidas recaerá exclusivamente en el Consejo Directivo.
4. Siempre que sea posible los originales se enviarán por correo electrónico o soporte informático, etiquetado con el título del artículo, nombre del autor y del archivo) en formato Word (haciendo constar la versión empleada).

Además de los textos en formato electrónico, también se enviarán dos copias en papel que incluyan el texto completo y los gráficos, junto con una carta de presentación. En todas las copias se indicará un autor responsable de la correspondencia con su dirección completa, teléfono y e-mail. Cuando el envío se realice en formato electrónico, en la carta de presentación se hará constar que la versión electrónica y la impresa son idénticas. Todos los artículos enviados tendrán acuse de recibo.

Los trabajos deberán enviarse a:

Jefe de Redacción
PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28
08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España
E-mail: revista@fundacioorienta.com

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN Y PEDIDO DE REVISTAS

Apreciado lector: Indique sus datos personales y la forma de pago en el cupón que encontrará a continuación y envíelo a: FUNDACIÓ ORIENTA, C/ C. Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España

También puede formalizar la suscripción en:

www.fundacioorienta.com/publicaciones o llamando al teléfono: **+34 93 635 88 10**

Deseo recibir la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

- | | |
|---|----------------------------|
| ☐ Suscripción anual papel (2 números): 20 euros | (España y América Latina*) |
| ☐ Suscripción anual papel (2 números): 28 euros | (Otros Países) |
| ☐ Suscripción anual on line (2 números): 15 euros | |
| ☐ Suscripción anual papel + on line (2 números): 25 euros | (España y América Latina*) |
| ☐ Suscripción anual papel + on line (2 números): 30 euros | (Otros Países) |

• • •

- ☐ Ejemplar individual papel: 14 euros (España y América Latina*) N°
☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) N°
☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros N°
☐ Artículo individual **on line**: 5 euros Título y autor:

Nombre y Apellidos:.....

Dirección:..... núm..... piso.....

Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....

Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- ☐ Transferencia nacional a favor de Fundació Orienta (BBVA cc: 0182.4259.040202002004)
- ☐ Transferencia internacional a favor de Fundació Orienta (BBVA cc: ES68.0182.4259.040202002004)
- ☐ Con cargo a mi tarjeta de crédito: VISA ☐ MASTERCARD ☐

Número tarjeta Fecha caducidad

- [illegible]

Firma:

Ruego tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Fundació Orienta

*Para América Latina, la Fundació Orienta colabora subvencionando los gastos de envío de la revista.

Y en el próximo número...

Estas manos que hablan: comunicación sin palabras

Jeanne Magagna (Londres)

Apertura en la comunicación familiar y ajuste psicológico como predictores de un apego seguro en adolescentes adoptados

Josep Mercadal, Inés Aramburu, Laia Coromina, Harold Grotevant, Manel Salamero y Carles Perez-Testor (Barcelona)

Implantación de la Atención Domiciliaria Intensiva en el Baix Llobregat Delta Litoral.

Lucía Rodríguez, Lucía Pérez, Onia Jané, Patricia Membrive y Marta Coromina (Barcelona)

Factores de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar.

Un estudio de casos y controles.

Carlamarina Rodríguez Pereira (Oviedo)

NÚMERO 43 - ABRIL 2024

El impacto de la pandemia en el desarrollo infantil a los 18 meses de edad: evaluación e intervención grupal con niños y padres

*Marta Gomà, Adriana Oliván, Emma Prims, Josep Ferrer, María Martínez,
Eulàlia Arias y Antònia Llaíró*

Detección precoz de desviaciones y promoción de las habilidades sociales del lactante con la escala ADBB durante el seguimiento pediátrico

Nahir Bonifacino, Germán Lezama, María Nauar, Natalia Llaguno y Sandra Simó

Análisis de la evolución del consumo del alcohol y cannabis en estudiantes de 12 a 18 años en Ibiza (2018-2022)

Elena Ribas, Belén Alvite y Carles Pérez-Testor

El dibujo infantil como herramienta proyectiva para explorar y prevenir experiencias de maltrato y/o abuso sexual

Elisabeth Ballús, M^a Carmen Comellas, Teresa Pastó y Paula Benedico

Telepsicoterapia con niños: potencialidades y limitaciones para su continuidad después del aislamiento por pandemia

Alejandra Taborda, Marina Cuello Pagnone, Agustina Labin y María Isabel Fontao

Arteterapia como vía terapéutica para el desarrollo de recursos de regulación emocional en menores en acogimiento residencial

María Crespo Bola y María del Río Diéguez

La función de la mirada del otro y el lugar del analista en la pubertad y la adolescencia

Melisa L. Rapoport, Israel Bobadilla González y Lucía Fernández García

Efecto del consumo de té verde en la atención de adolescentes con TDAH: un estudio experimental

*Amalia Guadalupe Gómez Coteró, Rosa Paola Figuerola Escoto, Viviana Carmona Torres,
María de Lourdes Solano Hernández, Luis Jesús López Romero,
Marisa Itzel Olvera Zanella y José Luis Acosta Rodríguez*

20 aniversario de la Revista: resumen de intervenciones

Hilda Botero, Carmen Rosa Zelaya, Aline Pinto, Asunción Soriano Sala, Carles Pérez-Testor y Xavier Costa