

Vol.12 N.2

PSICO ESTUDIANTES



COLECTIVO DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

ÍNDICE

Artículos

- Terrores nocturnos: una ventana al miedo durante el sueño
Zaira Denia Rovira
- Espejismos en la Igualdad: Diferencias de Género en la Percepción del Éxito
Sofía Palacios García
- El auge de la conducta suicida: Un problema de salud pública
Sergi Zucar Vargas
- Bases Biológicas Del Apego: Cómo Nuestro Cerebro Guía Nuestras Relaciones
Nora Morcillo Cabello
- Neurociencia de la Meditación: Impacto en la Regulación Emocional y la Reducción del Estrés
Alejandra Sánchez Doreste
- Las falacias de la astrología y sus consecuencias psicológicas sobre la población general
Sergi Zucar Vargas
- Preguntas autogeneradas: una herramienta metacognitiva de estudio
Alejandro Palao Puche
- Crisis no epilépticas psicógenas: el desafío invisible del ámbito clínico
Zaira Denia Rovira
- Trastorno negativista desafiante: estrategias de intervención
Zaira Denia Rovira
- ¿Qué es la depresión? Principales terapias y proceso terapéutico
Miguel Galán Narváez

¿Qué es Psicoestudiantes?

Psicoestudiantes es la revista oficial publicada por el CEP-PIE. Redactada, maquetada y publicada entera y exclusivamente por estudiantes, y cuyo contenido está cargado de materia psicológica, pasando por información de interés para el estudiantado y los profesionales de esta rama de la ciencia.

Coordinación

Carla Selva Brotons (Univ. Miguel Hernández) y Miguel Galán Narváez (Univ. de Huelva).

Consejo Editorial

Miguel Galán Narváez (Univ. de Huelva), Pablo Camacho Sánchez (Univ. de Loyola), Zaira Denia Rovira (Univ. Jaume I), Sofía Palacios García (Univ. del País Vasco/ Euskal Herriko), Nora Morcillo Cabello (Univ. de Nebrija), Alejandro Palao Puche (Univ. de Murcia), Carla Selva Brotons (Univ. Miguel Hernández), Sergi Zucar Vargas (Univ. de Lleida), Alejandra Sánchez Doreste (Univ. Fernando Pessoa Canarias).

Diseño y maquetación

Carla Selva Brotons (Univ. Miguel Hernández), Sergi Zucar Vargas (Univ. de Lleida), Pablo Camacho Sánchez (Univ. de Loyola).

Depósito Legal

ISSN: 2990-3009

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Colectivo de Estudiantes de Psicología de España

E-mail: juntaceppie@gmail.com

Psicoestudiantes se puede consultar en la página del Colectivo de Estudiantes de Psicología de España: <https://www.cep-pie.org>



CEP-PIE

Colectivo de estudiantes de psicología
Col·lectiu d'estudiants de psicologia
Colectivo de estudiantes de psicología
Psikologiako ikasleen elkartea
Colectiu d'estudiants de psicoloxía



Terrores nocturnos: una ventana al miedo durante el sueño

Zaira Denia Rovira¹

¹Universidad Jaume I.

INFORMACIÓN

Palabras clave

Terrores nocturnos
Parasomnias
Trastornos del sueño

RESUMEN

Los terrores nocturnos son una parasomnia que ocurre durante el sueño NREM y afecta principalmente a niños de entre 3 y 7 años. Diversos estudios genéticos sugieren una predisposición hereditaria, evidenciada por la alta prevalencia en familias con antecedentes de parasomnias. Además, existe una significativa comorbilidad con trastornos como la ansiedad y la depresión. El diagnóstico se realiza de manera integral, combinando herramientas que permiten evaluar características del sueño y la percepción del paciente. El tratamiento varía según cada caso, destacando el despertar programado en niños y las intervenciones cognitivo-conductuales en adultos.

Introducción

Se conoce como terrores nocturnos a los episodios de miedo intenso y despertares abruptos que ocurren durante la fase de sueño de ondas lentas (NREM). Durante este periodo el cerebro tiene una actividad eléctrica de baja frecuencia y alta amplitud, es la etapa del sueño más reparadora y contribuye a la consolidación de la memoria y la restauración física. Los terrores nocturnos generan una activación parcial del sistema nervioso, que provoca conductas motoras automáticas y una marcada respuesta autonómica (Leung et al., 2020).

Las pesadillas y terrores nocturnos se presentan en fases del sueño diferentes. Mientras que las pesadillas ocurren durante la fase de sueño REM y permiten un recuerdo detallado del contenido onírico, los terrores nocturnos se presentan en el sueño NREM y no dejan memoria consciente (Ellington, 2018). En cambio, pese a que el

sonambulismo y los terrores nocturnos pertenecen al grupo de parasomnias del sueño NREM, en los terrores nocturnos la respuesta emocional es más intensa y la persona suele permanecer en un estado de desconexión de su entorno, sin responder a estímulos externos y con dificultad para ser despertada (Feferman, 1988).

Este trastorno es más frecuente en la infancia, con una prevalencia que oscila entre el 1 % y el 6,5 % en niños de entre 1 y 12 años, y tiende a disminuir con la edad (Feferman, 1988). Aunque generalmente son episodios inofensivos y de corta duración, pueden generar gran preocupación en los cuidadores. Comprender sus diferencias con otros trastornos del sueño es esencial para evitar diagnósticos erróneos y aplicar estrategias adecuadas para su manejo (Ellington, 2018).

Las investigaciones han mostrado que los terrores nocturnos suelen manifestarse en la primera mitad

de la noche, generalmente dentro de las dos horas posteriores al inicio del sueño. Suelen ser más frecuentes en la infancia, con un pico entre los 3 y 7 años, y en la mayoría de los casos su prevalencia disminuye progresivamente con la edad. No obstante, en algunos individuos pueden persistir hasta la adolescencia o incluso la adultez. Se ha identificado una posible influencia genética en su desarrollo, ya que es común encontrar antecedentes familiares de parasomnias, como el sonambulismo, en niños que presentan terrores nocturnos. Aunque se ha considerado que este trastorno es benigno y autolimitado, su impacto puede ser significativo cuando la frecuencia de los episodios es elevada o cuando persiste en la vida adulta (DiMario y Emery, 1986).

Prevalencia

Diferentes estudios confirman que los terrores nocturnos son más frecuentes en la infancia. Se estima que alrededor de un 40% de los niños han experimentado al menos un episodio de terror nocturno. Sin embargo, los datos sobre prevalencia anual muestran que entre el 3.5% y el 6.2% tienen terrores nocturnos de manera recurrente. Por lo tanto, muchos niños pueden haber tenido un episodio aislado, pero solo un pequeño porcentaje los padece de manera frecuente (Schredl, 2001).

La mayor incidencia ocurre entre los cinco y siete años de edad. Este período es crucial en el desarrollo infantil y coincide con una etapa en la que el sueño profundo de ondas lentas es más predominante. Teniendo en cuenta que los terrores nocturnos ocurren en esta fase del sueño, probablemente los niños son más vulnerables en esta etapa de su desarrollo. La incidencia disminuye progresivamente en la adolescencia y la adultez, lo que sugiere una posible relación con el proceso de maduración cerebral (Schredl, 2001).

En adultos, la prevalencia de terrores nocturnos es considerablemente menor. Se ha reportado que entre el 4% y el 5% de los adultos continúan experimentando episodios de terror nocturno (Crisp, 1996).

Aunque algunos estudios sugieren una leve mayor incidencia en varones, no hay diferencias significativas en la prevalencia de terrores nocturnos entre niños y niñas (Schredl, 2001).

Sin embargo, en el caso de los adultos, la incidencia en hombres es aproximadamente el doble que en mujeres (Crisp, 1996).

Etiología y correlación con otros trastornos psicológicos

Diferentes estudios reflejan que los terrores nocturnos tienen un importante componente hereditario. Se llevó a cabo una investigación en la que se analizó la historia familiar de 52 pacientes con terrores nocturnos o sonambulismo, construyendo un árbol genealógico sobre la presencia de este trastorno. Los resultados mostraron que en el 96% de los casos, otro miembro de la familia también presentaba este trastorno o sonambulismo (Kales et al. 1980).

Un estudio más reciente destaca que los familiares de primer grado de personas con terrores nocturnos tienen un riesgo diez veces mayor de desarrollar este trastorno. Además, si ambos padres los han experimentado en la infancia, la probabilidad de que su hijo lo padezca asciende al 60% (Leung et al., 2020).

En estudios de gemelos se ha encontrado que los gemelos monocigóticos, que comparten el 100% del material genético, presentan una mayor prevalencia que los dicigóticos, que solo comparten el 50% del material genético, con mayor correlación a los 18 y 30 meses de edad. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que la genética tiene un papel importante en la aparición de los terrores nocturnos (Leung et al., 2020).

Por otro lado, varios estudios muestran una alta comorbilidad entre los terrores nocturnos y trastornos como la ansiedad, fobias y depresión. En el estudio de Kales et al. (1980) reportaron que el 85% de los adultos con terrores nocturnos presentaba una mayor incidencia de ansiedad, obsesiones y fobias. Posteriormente, Gau y Soong (1999) encontraron que los adolescentes que sufrián de este trastorno, tenían también tasas más elevadas de ansiedad, fobias y depresión en comparación con un grupo de control.

En el contexto clínico, se ha observado que los terrores nocturnos frecuentemente coexisten con otros trastornos del sueño, como el sonambulismo y las pesadillas. (Schredl, 2001). Además, en adultos, el estrés y los factores emocionales parecen desempeñar un papel crucial en la manifestación de los terrores nocturnos, ya que las situaciones de alta carga emocional pueden aumentar la frecuencia e intensidad de los episodios (Schredl, 2001). Otra investigación relaciona algunas condiciones médicas, como la apnea obstructiva del sueño con la aparición de terrores nocturnos en niños (Schredl, 2001).

Impacto en la infancia

Los terrores nocturnos pueden tener un impacto significativo en el bienestar del niño, influyendo en su descanso y rendimiento académico. Estos episodios generan una activación intensa del sistema nervioso durante la fase de sueño profundo y pueden derivar en dificultades para tener un sueño reparador, provocando somnolencia diurna, falta de concentración e irritabilidad (Gigliotti et al., 2022). Consecuentemente, puede verse afectado su rendimiento académico, así como su comportamiento social y emocional, manifestando mayor ansiedad, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad y dificultades en la interacción con sus compañeros y docentes (Parra Peñafiel, 2014).

Además, algunos niños pueden llegar a desarrollar miedo a dormir solos, lo que incrementa la ansiedad nocturna y refuerza el círculo vicioso del problema. Por lo tanto, no solo afecta a sus hábitos de sueño, sino que también puede influir negativamente en su autoconfianza (Parra Peñafiel, 2014).

Sin embargo, el impacto de los terrores nocturnos se extiende al entorno más cercano del niño. Presenciar estos episodios puede ser una experiencia angustiante, llegando incluso a afectar a su propio patrón del sueño e interfiriendo en su desempeño diario (Gigliotti et al., 2022).

Evaluación y diagnóstico

Generalmente, la evaluación de los terrores nocturnos se lleva a cabo desde un enfoque integral. La polisomnografía (PSG) es el método de referencia en el diagnóstico de los trastornos del sueño. Este instrumento permite registrar diferentes señales fisiológicas durante el sueño, como la

actividad eléctrica cerebral (EEG), los movimientos (EOG), la actividad muscular (EMG), la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno. De esta manera, se pueden identificar manifestaciones características de las parasomnias, como los despertares abruptos que ocurren predominantemente durante la fase de sueño profundo, que ocurren junto a la hiperactivación autonómica autonómica del sistema nervioso (Buela-Casal et al., 2020).

Otra herramienta muy utilizada en la evaluación de los terrores nocturnos es la actigrafía, que mide la actividad motora a través de un sensor que se coloca en la muñeca. Este dispositivo permite estimar la duración y calidad del sueño del paciente pero su capacidad para diferenciar las fases del sueño es limitada (Buela-Casal et al., 2020). Por otro lado, el Test de Latencia Múltiple del Sueño (MSLT) se utiliza para evaluar la somnolencia diurna excesiva en casos donde se sospecha la coexistencia de otros trastornos del sueño, como la narcolepsia (Harris-Carlson, 1991).

La evaluación se debe complementar con instrumentos que permitan recopilar la percepción del paciente y de las personas que conviven con él sobre la severidad de los episodios, el impacto que tiene en su vida y los posibles desencadenantes como situaciones de estrés o alteraciones emocionales (Harris-Carlson, 1991).

Intervención psicológica

El tratamiento de los terrores nocturnos puede variar en función de la edad del paciente, la intensidad de los episodios y el impacto en su vida. En adultos suelen ser más persistentes, por lo que normalmente necesitan un abordaje más estructurado (Harris-Carlson, 1991).

El despertar programado es una de las técnicas más utilizadas con niños. Consiste en interrumpir el sueño aproximadamente 15 minutos antes de la hora en la que normalmente ocurren los terrores nocturnos. De esta manera, se modifican los patrones del sueño profundo y disminuye la hiperactivación autonómica que desencadena los episodios (Harris-Carlson, 1991). También se utiliza la regulación del ritmo circadiano, que consiste en establecer horarios regulares de sueño con el objetivo de estabilizar el ciclo sueño-vigilia.

De esta manera se reduce la fragmentación del sueño, que se asocia con las parasomnias (Hartman et al., 2001).

En adultos, se ha probado el uso de una terapia de exposición combinada con reestructuración cognitiva. Este método consiste en escuchar grabaciones de los episodios nocturnos para reducir la respuesta de miedo mediante la habituación y llevar a cabo una reinterpretación de los episodios. Esta estrategia ha demostrado disminuir la intensidad y frecuencia de los episodios (Linton, 2013).

Además, técnicas como la relajación progresiva, reestructuración cognitiva y el control de estímulos han demostrado ser efectivas a la hora de reducir la hiperactivación fisiológica antes de dormir (Balam Álvarez y Jiménez Correa, 2020).

Conclusión

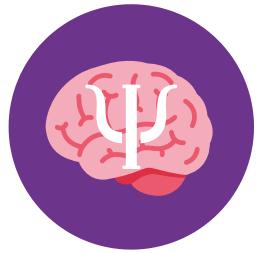
Los terrores nocturnos no son simples episodios de miedo durante el sueño, tienen un gran impacto tanto en las personas que lo sufren como en su familia.

La intervención psicológica juega un papel fundamental en el tratamiento de los terrores nocturnos, especialmente cuando su frecuencia o intensidad afectan la vida diaria. Estrategias como el despertar programado en niños, la terapia cognitivo-conductual en adultos y las técnicas de regulación del sueño han demostrado ser eficaces para reducir los episodios y mitigar su impacto emocional.

Reconocer, comprender y tratar a tiempo los terrores nocturnos es crucial para intentar reducir su impacto. Es hora de dejar atrás la idea de que son solo un problema infantil pasajero. Dormir no debería ser una lucha contra el miedo, sino un derecho fundamental para el bienestar físico y mental.

Referencias

- Balam Álvarez, H., y Jiménez Correa, U. (2020). *Intervención psicológica en trastornos del sueño: una revisión actualizada*. Clínica Contemporánea, 11(2), e12.
- Buela-Casal, G., Díaz-Román, A., y Sánchez, J. (2020). *Evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño*. En Manual de evaluación y tratamientos psicológicos (pp. 393-437).
- Carrillo-Solano, M., Leu-Semenescu, S., Golmard, J. L., Groos, E., y Arnulf, I. (2016). Sleepiness in sleepwalking and sleep terrors: a higher sleep pressure? *Sleep Medicine*, 26, 54-59.
- Crisp, A. H. (1996). The sleepwalking/night terrors syndrome in adults. *Postgraduate Medical Journal*, 72(852), 599-604.
- Ellington, E. (2018). It's not a nightmare: understanding sleep terrors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(8), 11-14.
- Balam Álvarez, H., y Jiménez Correa, U. (2020) Intervención psicológica en trastornos del sueño: una revisión actualizada. *Clínica Contemporánea*, 11(2), e12.
- Feferman, I. (1988). Night terrors in children. *Canadian Family Physician*, 34, 2685-2686.
- Francis, J., DiMario, S., y Emery, E. (1987). The natural history of night terrors. *Clinical Pediatrics*, 26, 505-511.
- Gau, S. F., y Soong, W. T. (1999). Psychiatric comorbidity of adolescents with sleep terrors or sleepwalking: a case-control study. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(5), 734-739.
- Gigliotti, F., Esposito, D., Basile, C., Cesario, S., y Bruni, O. (2022). Sleep terrors—A parental nightmare. *Pediatric Pulmonology*, 57(8), 1869-1878.
- Harris-Carlson, S. A. (1991). *Sleepwalking and night terrors in children: treatment with scheduled awakenings and circadian rhythm management*. Central Michigan University.
- Hartman, D., Crisp, A. H., Sedgwick, P., y Borrow, S. (2001). Is there a dissociative process in sleepwalking and night terrors? *Postgraduate Medical Journal*, 77(906), 244-249.
- Kales, A., Soldatos, C. R., Bixler, E. O., Ladda, R. L., Charney, D. S., Weber, G., y Schweitzer, P. K. (1980). Hereditary factors in sleepwalking and night terrors. *The British Journal of Psychiatry*, 137(2), 111-118.
- Kales, J. D., Kales, A., Soldatos, C. R., Chamberlin, K., y Martin, E. D. (1979). Sleepwalking and night terrors related to febrile illness. *American Journal of Psychiatry*, 136(9), 1214-1215.
- Leung, A. K. C., Leung, A. A. M., Wong, A. H. C., y Hon, K. L. (2020). Sleep Terrors: An Updated Review. *Current Pediatric Reviews*, 16(3), 176-182.
- Linton, S. J. (2013). A cognitive behavioral exposure treatment package for night terrors: A case study. *The Open Sleep Journal*, 6, 8-11.
- Parra-Peñaflor, C. (2014). *Los terrores nocturnos: implicaciones educativas en el 2º ciclo de Educación Infantil* (Tesis de licenciatura).
- Schredl, M. (2001). Night terrors in children: prevalence and influencing factors. *Sleep and Hypnosis*, 3, 68-72.



Espejismos en la Igualdad: Diferencias de Género en la Percepción del Éxito

Sofía Palacios García¹

¹ Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

INFORMACIÓN

Palabras clave

Perspectiva de género
Igualdad de género
Estereotipos de género
Éxito
Síndrome del impostor.

RESUMEN

Se explora cómo los estereotipos de género influyen en la percepción del éxito, discriminando en base a estos en los ámbitos social, educativo, académico, laboral y en las relaciones íntimas. Se pueden identificar numerosos sesgos que ponen de relieve la necesidad de investigar sobre ellos en el campo de la psicología y de la igualdad de género.

Introducción

El éxito se refiere al logro de metas deseadas en diversas facetas de la vida de las personas o colectivos. Pese a los avances en igualdad, se siguen asignando diferentes expectativas a las mujeres sobre aquellos objetivos que deben perseguir, alejándolas de roles de liderazgo y asignando tareas y trabajos centrados en los cuidados (Infante y Bairamova, 2018). Sus aportaciones son a veces pasadas por alto, en comparación con sus compañeros varones y para las niñas es difícil encontrar modelos a seguir femeninos en puestos de liderazgo (Butkus et al., 2018). A continuación, entre otros temas, se explora una explicación tentativa de por qué, pese al éxito inicial de las niñas en el mundo educativo y académico, su papel termina siendo relegado a un segundo plano en el mundo laboral.

Las Atribuciones Sociales

Las atribuciones son las tentativas de explicación que una persona elabora para explicar una situación o conducta propia o ajena. Se trata de un mecanismo cognitivo muy útil pero que está plagado de sesgos (Manusov y Spitzberg, 2008). Las realizamos de forma inconsciente constantemente y aquellas realizadas en el ámbito social, entre otras, son muy estudiadas en psicología. A menudo asumimos que las personas se comportan de una forma u otra en base a su género, estos roles de género que todas conocemos se aplican a multitud de situaciones. En este artículo, centramos nuestro interés en aquellos que nos empujan a asumir conclusiones distintas sobre el éxito de una persona una vez conocemos su género. La presencia de estos sesgos no es ningún secreto, pero pese a los esfuerzos actuales por la promoción de la igualdad, sigue siendo un reto poder hacerles frente.

Comencemos por un ejemplo introductorio: las mujeres con altas capacidades que se ajustan a los estereotipos de género son infravaloradas y son desalentadas de perseguir vocaciones “típicamente masculinas”; se espera menos éxito académico y profesional de ellas. En el caso de los hombres, su conformidad con los estereotipos de género no afecta significativamente a las atribuciones medidas. (Infante y Bairamova, 2018).

Si nos situamos en el mundo laboral, al evaluar la contribución de diferentes personas a un éxito colaborativo en un campo profesional dominado por hombres, las aportaciones de las mujeres quedan enterradas. Una serie de experimentos llevados a cabo por las investigadoras Heilman y Haynes (2005) probaron que, a causa de atribuciones sexistas involuntarias, asumimos que los hombres participantes tuvieron éxito porque es lo que se espera de ellos en este ámbito. En el caso de las mujeres, su papel sólo era resaltado si se incluía información específica sobre su colaboración en la tarea o si se proveía al evaluador con una verificación de la destreza previa de la mujer en el área de trabajo. Esto no quiere decir que aportar información adicional sobre las habilidades de las trabajadoras y trabajadores contrarreste este sesgo. Mujeres posicionadas en el “top 25” seguían siendo valoradas como menos decisivas en el éxito logrado que sus compañeros con el mismo ranking. (Heilman y Haynes, 2005).

Otro sesgo ocurre a la hora de realizar atribuciones internas (dependientes del individuo) o externas, en este caso tener suerte, sobre el éxito de las personas. Una revisión literaria concluye que, pese a que en estudios más antiguos se encontró que era más probable atribuir el éxito femenino a la suerte que el masculino, este efecto no se da siempre en estudios más recientes. Esto podría apuntar a un cambio en la percepción social de los estereotipos de género en relación al éxito. Aun así, este efecto no termina de desaparecer en el caso de tratarse de mujeres negras. (Hamilton y Lordan, 2022).

El éxito académico versus el éxito laboral

En lo relativo al ámbito escolar, el éxito de las niñas suele estar más asociado al esfuerzo, mientras que los niños son “inteligentes por naturaleza” y suelen recibir más atención por parte del profesorado. Resulta entonces paradójico que, al

contrario que en el mundo laboral, el alumno o alumna académicamente sobresaliente prototípico presenta rasgos más comúnmente asociados al género femenino. Resaltan infantes silenciosos, que cumplen con las tareas asignadas, dóciles, agradables y que se muestran interesados y disciplinados. (Llongueras y Pagès, 2018).

Las alumnas tienen mayor éxito escolar, pero acceden menos a la educación superior y en el mundo laboral, donde rasgos más típicamente masculinos son preferidos, acceden a menos posiciones de liderazgo (Llongueras y Pagès, 2018) y como hemos visto antes, sus contribuciones al éxito colaborativo son olvidadas.

El propio alumnado refleja estas opiniones, Wong et al. (2023) encuestaron a niños y niñas recién escolarizados y preadolescentes. A los 6 años, opinaban que su propio género tenía más éxito académico, pero en la preadolescencia ambos géneros opinaban que las chicas eran mejores estudiantes. En el caso del éxito laboral, las niñas pequeñas opinaban que ambos géneros tenían similar éxito. En cambio, niños pequeños y preadolescentes de ambos géneros apuntaban a la superioridad masculina. A los 6 años las niñas ya prefieren alejarse de tareas para gente “muy muy lista” y prefieren las tareas para personas que se “esfuerzan mucho mucho” y es menos probable que consideren a su propio género como “muy inteligente” (Bian et al., 2017).

Queda por discutir la razón de que estos efectos ocurran. Cómo llega el alumnado a reflejar las opiniones adultas, asimilando estos estereotipos. ¿Seguimos educando al futuro en base a una profecía autocomplida?

El Síndrome de la Impostora

El concepto del síndrome del impostor, tan divulgado hoy en día, hace referencia a los sentimientos de inseguridad que puede sentir una persona respecto a su éxito, sobre todo referido a logros en el mundo laboral. Las personas que lo sufren consideran que han engañado a las personas de su alrededor, sintiéndose impostoras y no merecedoras de lo logrado. Pero es menos conocido por el público general que las autoras que desarrollaron este concepto ya tenían en mente que es un fenómeno que se produce mayormente

y más intensamente en mujeres, especialmente en aquellas que han alcanzado un alto éxito en su carrera. (Clance e Imes, 1978).

Este concepto fue acuñado en la década de los 70 pero a día de hoy se siguen publicando nuevos estudios que reflejan esta idea: las mujeres, sobre todo aquellas en el sector STEM, sufren más la idea de que no se merecen su propio éxito (Beesley et al., 2024). El sufrimiento de este síndrome puede mermar el avance laboral y se ve empeorado a causa de la menor presencia de mujeres en posiciones de liderazgo, disminuyendo la posibilidad de tener modelos a seguir femeninos. La pobre conciliación entre la vida laboral y familiar también es un factor que afecta negativamente a estas mujeres. (Butkus et al., 2018).

La Autoestima y las Relaciones de Pareja

En el caso de reflexionar sobre el éxito de otros individuos, la comparación social nos lleva a autoevaluarnos. Esto puede tener un efecto positivo o negativo en nuestra autoestima, el cual cobra más fuerza cuando la relación con la persona con la que nos comparamos es cercana, o si el objeto de la comparación es de relevancia para nuestro *self*. En el ámbito de las relaciones románticas se puede cuestionar si el éxito de la pareja sentimental puede aumentar la autoestima del otro o no. Debido al efecto del reflejo, tomamos como nuestro el éxito de alguien cercano o, de forma similar, a través de la teoría de la identidad social, incluimos dentro de nuestro concepto el “éxito compartido” de los grupos a los que pertenecemos o, en este caso, de la pareja.

De forma opuesta, otras teorías proponen que, sobre todo en ocasiones en las que la categoría de comparación es muy importante para el individuo, estos fenómenos no se dan. El éxito de la pareja no se interpreta como “mi pareja es exitosa”, sino como “mi pareja es más exitosa que yo”. Esto se conoce como la hipótesis del juego de suma cero, en la que la ganancia de uno lleva implícita la pérdida opuesta del otro. (Ratliff y Oishi, 2013).

En consecuencia, podría ser significativo investigar si existe una diferencia de género en estas situaciones de comparación dentro de la pareja. En un estudio llevado a cabo por Ratliff y Oishi (2013), se midió en una serie de experimentos la autoestima

explícita e implícita de personas en relaciones heterosexuales. La autoestima explícita corresponde a los sentimientos de autovalía conscientes que se pueden enunciar sobre uno mismo, mientras que la implícita abarca aquellos que son experimentados de forma inconsciente (Roca, 2012).

Se llegó a la conclusión de que el éxito, tanto comparativo como no comparativo no afectó la autoestima de las mujeres. Pero cuando la pareja sentimental femenina había tenido éxito, la autoestima implícita de los hombres era menor que cuando ella había fracasado. Sumado a esto, al medir la satisfacción en la relación y predicciones sobre el futuro de la misma, las mujeres se mostraron más positivas en ambas categorías cuando la otra persona había tenido éxito. En el caso de los hombres, bajo esta misma premisa, se mostraron más negativos incluso cuando se trataba de éxito no comparativo. (Ratliff y Oishi, 2013).

Discusión y Conclusión

Como ha quedado patente, numerosos estudios han investigado las diferencias en cómo valoramos el éxito de mujeres y hombres, en el ámbito académico, laboral y personal; o en otras palabras, en la vida social en general. Los esfuerzos por identificar estos patrones negativos son desmesurados, pero aun así se continúan repitiendo, muchas veces en las sombras. La lectura de esta recopilación de información lleva a señalar la necesidad de actuar en diversas áreas de la vida. Es evidente que desde edades muy tempranas las niñas y niños son sensibles a los estereotipos de género (Bian et al., 2017) que dictaminan nuestras estructuras de pensamiento.

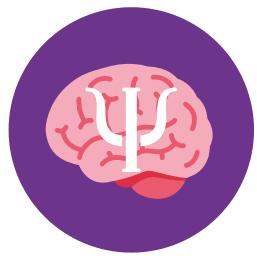
Se manifiestan entonces diversos interrogantes sobre el porqué se producen estos sesgos, lo cual resalta la necesidad de que se sigan produciendo investigaciones en esta línea, pero también se pueden sacar innumerables conclusiones de estos datos. Por ejemplo, surge un parecido muy interesante si comparamos algunos aspectos señalados por Clance e Imens, las creadoras del término síndrome del impostor, con los sesgos en el ámbito educativo. Al realizar su investigación, identificaron en los relatos individuales de las mujeres que entrevistaron dos razones principales para el surgimiento de estos sentimientos de discordancia entre éxito y orgullo.

La primera era tener a un familiar cercano que tuviese el rol del “inteligente de la familia”, quedando ella siempre a la sombra. La segunda era ser descrita siempre desde la percepción por su familia, “tener talento natural” y que estas descripciones choquen con la experiencia personal de tener dificultades en algunas ocasiones y necesitar esfuerzo para lograr alcanzar los estándares impuestos. Ahora bien, al juntar estos hallazgos con los sesgos educativos se pueden encontrar paralelismos. Como se ha explicado antes, los alumnos reciben más atención por parte del profesorado y se les atribuye “inteligencia por naturaleza”. En cambio, ellas quedan a la sombra y necesitan esforzarse: los relatos personales asociados al síndrome del impostor. (Clance e Imes, 1978; Llongueras y Pagès, 2018).

Leer sobre estos efectos nos puede ayudar a identificarlos y esto nos lleva un paso más cerca de eliminar esta forma de pensar, diseñando políticas y medidas que contraataquen estos sesgos. La igualdad es un derecho que nos puede ayudar a crear un mundo donde todas y todos podamos ser exitosos.

Referencias

- Beesley, B. A., Vece, N. G., y Johnson-Ulrich, Z. Undergraduate imposter syndrome rates between gender and field of study. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 29(2), 86–93.
- Bian, L., Leslie, S.-J., y Cimpian, A. (2017). Gender stereotypes about intellectual ability emerge early and influence children's interests. *Science*, 355(6323), 389–391.
- Butkus, R., Serchen, J., Moyer, D. V., Bornstein, S. S., y Hingle, S. T. (2018). Achieving gender equity in physician compensation and career advancement: A position paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 168(10), 721–723.
- Clance, P. R., e Imes, S. A. (1978). The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15(3), 241–247.
- Hamilton, O. S., y Lordan, G. (2022). ABILITY OR LUCK: A Systematic Review of Interpersonal Attributions of Success. *Research Square (Research Square)*.
- Heilman, M. E., y Haynes, M. C. (2005). No credit where credit is due: Attributional rationalization of Women's success in male-female teams. *Journal of Applied Psychology*, 90(5), 905–916.
- Infante, E. R., y Bairamova, E. (2018). Gender-bias and its impact on the perceived professional success of exceptionally talented women: A group decision-making study. *US-China Foreign Language*, 16(1), 71–80.
- Llongueras Aparicio, A., y Pagès Santacana, A. (2018). La Influencia de las categorías Performativas de género en el éxito Académico de Adolescentes. Análisis de Relatos de Vida Escolares. *Feminismos*, (32).
- Ratliff, K. A., y Oishi, S. (2013). Gender differences in implicit self-esteem following a romantic partner's success or failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105(4), 688–702.
- Manusov, V., y Spitzberg, B. (2008). Attribution theory en L.A. Baxter (Ed), D.O. Braithwaite (Ed.), *Engaging theories in interpersonal communication: Multiple perspectives*, (1^a ed., pp 37-49) SAGE publications.
- Roca Villanueva, E. (2012). *Autoestima Sana: Una visión actual, basada en la investigación Elia Roca*. ACDE.
- Wong, W. I., Shi, S. Y., y Yeung, S. P. (2023). Girls are better students but boys will be more successful at work: Discordance between academic and career gender stereotypes in middle childhood. *Archives of Sexual Behavior*, 52(3), 1105–1121.



El auge de la conducta suicida: Un problema de salud pública

Sergi Zucar Vargas¹

¹Universitat de Lleida.

INFORMACIÓN

Palabras clave
Conducta suicida
Prevención
Señales de alarma
Estigmas
Desinformación
Apoyo

RESUMEN

El presente artículo pretende dar visibilidad a la problemática del suicidio en el mundo, sobretodo en nuestro país, dado que esta se encuentra en crecimiento constante y resulta una de las principales causas de defunción entre personas tanto jóvenes como adultas.

Asimismo, pretende dar visibilidad al Manual de Prevención de la Conducta Suicida elaborado por el Colectivo de Estudiantes de Psicología, con afán de ampliar su utilidad y uso del trabajo interno.

Introducción

En la actualidad, el suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, llegando incluso a significar una problemática con mayor impacto que el VIH, el cáncer de mama e incluso implicar más fallecimientos que guerras u homicidios, causando así 1 de cada 100 muertes. ([Organización Mundial de la Salud \[OMS\], 2021](#)).

Aunque las tasas varían dependiendo de múltiples factores como el sexo, la edad y la ubicación, el suicidio es la cuarta causa de muerte en jóvenes de entre 15 a 29 años, y se puede observar una clara mayoría de casos hombres, siendo así más del doble que mujeres y aumentando en España hasta más del triple ([OMS, 2021](#)). Mientras que a nivel mundial se observa un descenso generalizado de las tasas de suicidio entre 2000 y 2019, España presenta datos de urgente acción, viéndose así con un gran aumento de casos desde el 2000, con 3.393 fallecimientos por suicidio ese mismo año ([Arias et al., 2023](#)) y 4.227 en

2022 ([Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2023](#)).

Por si esto fuera poco, en los años 60, las tasas no llegaban a los 1500 casos documentados, pudiéndose extraer que la cantidad, en nuestro país, se ha triplicado en los últimos 60 años ([Datosmacro.com, s. f.](#)).

Solo se puede llorar o prevenir

El origen de la magnitud de estas cifras radica, entre otros factores, en la desinformación acerca de la identificación y prevención de las conductas de riesgo en adición de una serie de tabúes que dificultan la comunicación abierta sobre esta problemática ([Colectivo de Estudiantes de Psicología, 2024](#)). Por ello, el Ministerio de Sanidad ha comunicado la creación de un Plan de Acción para la Prevención del Suicidio entre 2025 y 2027, que consistirá en fortalecer los sistemas de información para una mejor identificación y seguimiento de los casos; mejorar la coordinación con Atención Primaria y con los Cuerpos y Fuerzas

y de Seguridad del Estado; y promover campañas de sensibilización dirigidas a combatir el estigma y la desinformación que aún persiste con esta problemática.

Sin embargo, estos planes comúnmente son ambiguos y de difícil acceso para la población general, creando un vacío en el que no pueden recurrir a recursos específicos en los que poder consultar información sobre el tema en cuestión. Por esto, desde el CEP-PIE, consideramos que la creación de un manual para la prevención de las conductas suicidas sería de gran utilidad, sirviendo así para que profesionales, educadores, familiares y las personas en general dispongan de distintos tipos de herramientas prácticas que les puedan permitir actuar de manera eficaz ante la detección de conductas suicidas (Colectivo de Estudiantes de Psicología, 2024).

Factores de riesgo y variables predictoras

En el manual que hemos mencionado, se describe una serie de señales de alarma de las cuales podemos extraer una lista de experiencias o situaciones que pueden fomentar la aparición de suicidios o intentos de suicidio.

Entre estas, encontramos el Trastorno mental y la tentativa suicida previa, siendo el principal predictor con correlaciones en el 85-95% de casos (Mościcki, 1995; Nock et al., 2008); el maltrato infantil, presentando una mayor tendencia durante la adolescencia (Gómez et al., 2017); vivencias vitales estresantes, como el fallecimiento de familiares (sobretodo en personas con ideación suicida y adolescentes) (Liu y Miller, 2014); desregulación emocional (Cabada et al., 2021) entre muchos otros.

Es de vital importancia que seamos conscientes de estos factores y que los tengamos presentes en nuestro día a día, pero también debemos estar atentos a factores que pueden pasar más desapercibidos como el acoso escolar/ciberbullying, la soledad, los problemas económicos/laborales, el trauma, la vivencia en ambientes familiares tóxicos o incluso algo tan sencillo como los antecedentes familiares de suicidio.

Mitos, prejuicios y estigmas

Otro de los puntos más importantes a tratar son los

estereotipos, porque aunque hablar de suicidio no resulte una tarea sencilla, evitarlo solo retroalimenta la circulación de visiones erróneas que a corto y largo término empeoran el estado de la cuestión. Por ello, estos deben de ser desmentidos.

Entre los más populares, encontrariamos que “El que se quiere matar, no lo dice”, que “Suicidarse es de cobardes”, que “Hablar de suicidio públicamente genera un efecto llamada” y que “Cometer intentos indica que solo se quiere llamar la atención”. Existen infinidad, y es importante evitarlos.

¿Qué podemos hacer?

Ante todo, debemos recordar que en estos casos debemos dejar el trabajo en manos de un profesional, aunque podemos aportar nuestro grano de arena cuidando la manera en la que nos comportamos respecto a las personas con tentativa suicida: diciendo o no diciendo determinadas cosas.

Es importante que escuchemos y respondamos sin juzgar, que les repitamos las veces que sean necesarias que no están solos y sobretodo animarlos a buscar ayuda profesional (Abramson, 2024; Infocop, 2024). En esencia, la ayuda que les brindaremos será darles un apoyo, enseñarles que estamos presentes y hacer que no sientan que tienen que llevarlo todo solos, que pueden tener alguien a quien recurrir.

Por otro lado, también debemos cuidar lo que decimos, pues aunque pueda ser de manera inconsciente, a veces más que ayudar, empeoramos. Por ello, debemos evitar a toda costa minimizar de alguna manera los problemas que nos expliquen, por simples u obvios que nos parezcan; las soluciones *automáticas* como “deberías animarte” o “todo pasará”; limitarse al apoyo emocional, ya que como hemos dicho, debemos propiciar el acceso a ayuda profesional; dirigirnos con preguntas que inciten al “No”, como “No habrás pensado en suicidarte, ¿no?”, pues solo propician a negarlo y alentar el proceso; prometer guardarlo como secreto, ya que se necesita exteriorizar para buscar ayuda, y sobretodo, entre otros, no retar a hacer nada (Mayo Clinic, 2023; MundoPsicologos, 2024).

Conclusiones

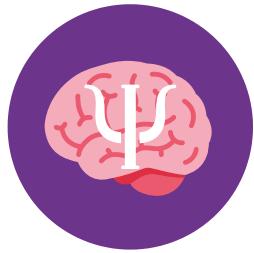
El suicidio sigue siendo un problema de salud pública alarmante, especialmente en España, donde

las cifras han aumentado significativamente durante los últimos años. La desinformación y los estigmas dificultan su prevención, haciendo crucial la identificación de factores de riesgo y la promoción de estrategias accesibles para la sociedad. Por ello, para abordar esta problemática es fundamental combinar iniciativas sociales impulsadas para combatir estas problemáticas con recursos prácticos, como el manual propuesto desde el colectivo, que faciliten la intervención temprana o, como mínimo, la concienciación y la información respecto esta cuestión (*para disponer del manual mencionado y de otros recursos adicionales, se puede revisar las referencias de este artículo*).

Solo a través de la empatía, la información y el acceso asequible a ayuda profesional podremos avanzar en la prevención y reducción del impacto del suicidio en nuestra sociedad.

Referencias

- Arias, P., de la Torre, A., Sánchez, Y., y Pérez, I. (2023). *Evolución del suicidio en España en este milenio (2000-2021)*. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM ISCIII). Universidad Complutense de Madrid.
- Abramson, A. (2024). Cómo apoyar a alguien que está pensando en suicidarse. *AbleTo*.
- Cabada, M. E. S., Monjardin, M. E., y Cibrián, L. J. S. (2022). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49-56.
- Colectivo de Estudiantes de Psicología (2024) *Manual de Prevención de la Conducta Suicida*.
- Datosmacro.com. (s. f.). Suicidios España 2000. *Datosmacro.com*.
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2023). *Observatorio del Suicidio en España 2022. Datos definitivos diciembre 2023*.
- Gómez, S. H., Tse, J., Wang, Y., Turner, B., Millner, A. J., Nock, M. K., y Dunn, E. C. (2017). Are there sensitive periods when child maltreatment substantially elevates suicide risk? Results from a nationally representative sample of adolescents. *Depression and Anxiety*, 34(8), 734–741.
- Infocop. (10 de junio de 2024). *Recomendaciones prácticas para la intervención en crisis suicidas*. Infocop.
- Liu, R. T., y Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181–192.
- Mayo Clinic (10 de agosto de 2023). *¿Piensas en el suicidio? Cómo mantenerte seguro y encontrar tratamiento*. Mayo Clinic.
- Mościcki, E. K. (1995). Epidemiology of Suicidal Behavior. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 25(1), 22-35.
- MundoPsicologos. (11 de octubre de 2024). *Prevención del suicidio: 10 gestos a tener en cuenta como amigo o familiar*. MundoPsicologos.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105.
- Organización Mundial de la Salud (2021) *Una de cada 100 muertes es por suicidio*.



Bases Biológicas Del Apego: Cómo Nuestro Cerebro Guía Nuestras Relaciones

Nora Morcillo Cabello¹

¹Universidad Antonio de Nebrija.

INFORMACIÓN

Palabras clave

Apego
Neurobiología
Hormonas
Evolución
Desarrollo

RESUMEN

Este artículo explora las bases biológicas del apego, principalmente los mecanismos neuropsicológicos y hormonales que influyen en la creación y mantenimiento de vínculos afectivos. Se analizan las principales teorías del apego de John Bowlby y Mary Ainsworth. Además, se aborda la función evolutiva del apego y lo importante que es para la supervivencia.

Introducción

El apego, un fenómeno esencial en el desarrollo humano, es un vínculo afectivo que consolidamos con la gente que nos rodea. Vivimos en sociedad, por lo que nuestra forma de relacionarnos con las personas influirá en nuestra calidad de vida. A lo largo de la historia de la psicología, se ha estudiado a fondo este vínculo, pero cabe recalcar la importancia de su base biológica para comprender mejor los mecanismos que lo rigen.

Este artículo, cuyo objetivo es comprender mejor el apego, enfatiza en la importancia de los procesos biológicos implicados en él.

Fundamentos Teóricos del Apego

Este proceso tiene gran fundamentación teórica, puesto que numerosos psicólogos se han centrado en su estudio. Es por esto por lo que encontramos diversas teorías acerca de qué es el apego y cómo se puede dar.

En cuanto a referentes, cabe destacar a John Bowlby, psiquiatra y psicólogo inglés, y su teoría del apego. Bowlby sugiere un postulado basado en el apego donde explica cómo nuestras relaciones tempranas moldean la forma en la que nos relacionamos con nuestro entorno, en especial, la relación del bebé con su cuidador.

Teoría de los Estilos de Apego de Bowlby

Este autor destaca principalmente por el establecimiento de los cuatro tipos de apego en niños, teoría que se sigue teniendo en cuenta hoy en día. Al estar en contacto con niños, encontró ciertos patrones de comportamiento comunes en ellos junto con una gran necesidad de estar en contacto con sus cuidadores; es por esto por lo que identificó los cuatro tipos de apego.

En primer lugar, encontramos el apego seguro; los niños confían en su cuidador y se sienten seguros en su entorno. En momentos de estrés recurren a la figura de apego y consiguen calmarse.

En segundo lugar, en el apego evitativo, los niños evitan cierta cercanía con sus cuidadores, destacan por su independencia y carencia de contacto afectivo. Tienden a resolver sus problemas de manera independiente, sin contar con sus figuras de apego.

En contraste, en el apego ambivalente sucede lo contrario: los niños tienen grandes dificultades cuando no están en contacto con sus cuidadores y les resulta complicado actuar de manera independiente, buscando aprobación para lograr sentirse seguros.

Por último, encontramos el apego desorganizado; los niños en este estilo de apego tienden a tener características confusas con sus cuidadores, como, por ejemplo, buscar cercanía y al mismo tiempo miedo por el compromiso emocional. Se da principalmente en casos con una historia de abuso o trauma (Torres, 2023).

“Esta seguridad sobre la disponibilidad de las figuras de apego, o la falta de ella, se construye progresivamente a lo largo del desarrollo (infancia y adolescencia). Las expectativas que se desarrollan durante este periodo tienden a mantenerse relativamente estables a lo largo del ciclo vital”. (Bowlby, 1973).

Mary Ainsworth y La Situación Extraña

Otra figura clave en la investigación del apego es Mary Ainsworth, psicóloga estadounidense. Amplió y puso a prueba la teoría de Bowlby mediante su experimento “La situación extraña”.

En este experimento, Ainsworth investigó acerca de las reacciones de numerosos niños de un año al estar alejados de su madre. Se observaba al niño en una sala del laboratorio, donde interaccionaba con su cuidador principal y con un adulto extraño para él. (Ruiz, 2023).

En el experimento, se recrearon ciertas situaciones en las que el niño estaba con la madre y con un extraño, con la madre o solo con el extraño.

Gracias a este estudio también especificó los distintos tipos de apego que presentaban los bebés, dividiéndolos en apego seguro e inseguro.

Los niños que mostraban apego seguro se angustiaban al no estar en contacto con la madre, pero al tiempo eran capaces de retomar el juego y se mostraban alegres cuando esta volvía, queriendo restablecer el contacto con ella.

En los vínculos de tipo inseguro, los niños también mostraban angustia cuando su madre se iba, pero no eran capaces de retomar lo que estaban haciendo anteriormente. Ante la llegada de la madre, podemos diferenciar tres tipos de apego dentro de esta categoría. En el apego evitativo, evitaban a la madre ante su llegada; en el apego ambivalente, se calmaban cuando llegaba; y en el apego desorganizado, se presentaban conductas contradictorias entre sí. (Ruiz, 2023).

Bases Evolutivas del Apego

La función principal del apego es la supervivencia, surge como una necesidad biológica. Al igual que el resto de los animales, los humanos dependemos del cuidado y seguridad que nos proporcionan nuestras figuras de apego, especialmente en las etapas donde somos más vulnerables.

El apego comienza desde el primer momento en el que el bebé se encuentra con la madre; en ese instante comienza su vínculo afectivo con una de sus personas cuidadoras. Sin embargo, el apego en los humanos requiere de un tiempo entre seis y nueve meses para que el niño pueda diferenciar entre las figuras de confianza y las desconocidas (Terreno, 2011).

Cuando un niño crece en un entorno con relaciones seguras, principalmente con sus figuras cuidadoras, será capaz de ser independiente, pero a la vez de buscar ayuda y volver a ese vínculo cuando más lo necesite o se sienta vulnerable.

Como señala Marrone (2018): “La función básica del apego es la protección y el cuidado, que por su importancia fundamental en el desarrollo ocupa un lugar privilegiado con respecto a otros sistemas motivacionales básicos”.

Harry Harlow, psicólogo estadounidense, se adentró en el estudio del origen evolutivo del apego mediante un experimento que realizó con primates, a los cuales les privó del contacto con sus madres. Sacó la conclusión de que el estar distanciados de la figura de apego puede provocar efectos

negativos en la vida adulta del animal; en cambio, un buen vínculo con la madre genera un apego seguro y un mejor desarrollo del primate. Gracias a este estudio también se confirman los distintos tipos de apego.

Neuroanatomía del Apego

El apego involucra diversas estructuras cerebrales. Jaak Panksepp, psicólogo estadounidense, identificó los siete sistemas motivacionales, mediante los cuales las personas cubren sus necesidades. Dentro de estos sistemas encontramos el “Sistema de Cuidado”, fundamental en el apego. En este sistema encontramos diversas áreas cerebrales como:

- Ganglios basales: involucrados en la consolidación de hábitos de relación y mantenimiento de lazos.
- Amígdala: importante en la identificación de situaciones de peligro y respuesta emocional. En apegos de tipo seguro se encuentra estable, mientras que en los inseguros tiende a estar hiperactiva, pudiendo generar ansiedad.
- Hipotálamo: principal regulador de hormonas implicadas en el apego, como la vasopresina y la oxitocina.
- Corteza cingulada: permite identificar las emociones ajenas, por lo que tiene un papel clave en la interacción social.
- Área septal: Relacionada con la sensación de placer en las relaciones interpersonales, favoreciendo la disminución de la ansiedad. (Beltrame, 2011).

Hormonas y Neurotransmisores del Apego

El apego, como la inmensa mayoría de los procesos emocionales, está regulado por un sistema de hormonas y neurotransmisores. Entre las sustancias más relevantes se encuentran las siguientes:

Oxitocina

Conocida como “La Hormona del Amor”, es liberada por la hipófisis y su producción aumenta al establecer contacto físico con otra persona, como con abrazos o caricias.

En el momento del parto, esta hormona se dispara, tanto en el bebé como en la madre, ese primer contacto, junto con la liberación del neurotransmisor, favorece la conexión entre madre e hijo. En el caso del otro progenitor, cuando está en contacto por primera vez con el bebé, también se elevan sus niveles de oxitocina, estableciendo el vínculo afectivo. (Palmer, 2009).

Prolactina

La prolactina es liberada por la madre para alimentar al recién nacido. Relaja a la madre en situaciones de estrés bajando los niveles de cortisol, haciendo que se sienta más calmada y pase más tiempo con su hijo.

En el caso de los varones, también se segregan esta hormona, principalmente durante el embarazo; además, reduce sus niveles de testosterona, reduciendo, como consecuencia, el deseo sexual o su fertilidad durante un periodo de tiempo, facilitando un vínculo sano entre los progenitores que desencadena una mayor compañía y cuidado del niño.

Vasopresina

Producida en el hipotálamo, tiene un papel clave en la vinculación del parentesco con el bebé. Esta hormona aparece en el organismo del progenitor incluso desde antes del momento del parto, protegiendo a la embarazada y favoreciendo la relación entre ambos. Fomenta conductas de protección hacia la pareja y el niño. (Palmer, 2009).

Dopamina

La dopamina es el principal neurotransmisor del sistema de recompensa cerebral, aquel sistema que nos ayuda a repetir aquellas conductas que nos hacen sentir placer. Este sentimiento de placer provoca el refuerzo y la motivación por parte de los progenitores de cuidar e interactuar con el bebé; además, esta hormona es capaz de reducir el estrés que pueda surgir a raíz de la crianza.

Serotonina

La serotonina, conocida como la “Hormona de la felicidad”, es una hormona implicada en el control del estado de ánimo y las emociones, ayudando

a reducir la ansiedad e impulsividad. Su equilibrio es fundamental para el bienestar emocional y la estabilidad de las relaciones.

Conclusión

El apego es un proceso fundamental en la vida humana; se ha estudiado profundamente con teorías como la de Bowlby y Ainsworth, que han permitido comprender mejor este fenómeno y las implicaciones en el desarrollo emocional.

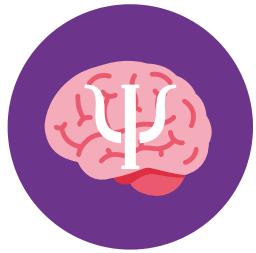
La biología dentro de este proceso permite conocer la parte evolutiva de él y todos los factores que lo determinan.

Comprender las bases biológicas de este fenómeno tan importante es crucial, no solo para tener otro enfoque distinto, sino para indagar en ello y poder asentar las bases para fomentar vínculos afectivos seguros.

“El comportamiento de apego no se limita a la experiencia madre-hijo, sino que puede observarse en todo el curso de la vida, acompaña a las personas desde la cuna a la tumba”. (John Bowlby).

Referencias

- Crecer de Colores (2022, 16 agosto). El Cerebro del Apego: Entendiendo la base biológica. *crecerdecolores*.
- Cristinapsise. (2021, 25 agosto). *La teoría del apego: Aportaciones de Bowlby, Ainsworth y Main - PSISE*.
- Barg, G. (2011) *Bases Neurobiológicas del Apego*. Prensa Médica Latinoamericana.
- Fundación IRES (2024, 8 julio). *El apego: Un cuidado de primera necesidad*. Fundación IRES.
- Palmer, L. (2009, 4 mayo). *La Química del Apego*. Maternidad y Crianza.
- Marrone, M. (2018). La Teoría del Apego y el Psicodrama. *Revista Clínica Contemporánea*, 2 (9), 1-9
- Ruiz, L. (13 de enero de 2021) Mary Ainsworth: La madre de la teoría del apego. *Psyciencia*.
- Ruiz, A. (2023, 28 noviembre). *La extraña situación de Mary Ainsworth*. Instituto Europeo de Psicología Positiva.
- Sánchez, B. A., y Sánchez, B. A. (15 de mayo de 2020). *Tipos de apego psicología*. Centro Psicología Bilbao.
- Torres, R. H. (16 de junio de 2023). *La teoría del apego: qué es, postulados, aplicaciones y trastornos*.



Neurociencia de la Meditación: Impacto en la Regulación Emocional y la Reducción del Estrés

Alejandra Sánchez Doreste

¹Universidad Fernando Pessoa-Canarias

INFORMACIÓN

Palabras clave

Neurociencia
Inteligencia emocional,
Ansiedad
Meditación
Emociones

RESUMEN

La meditación es una práctica que ha evolucionado desde su origen budista hasta convertirse en una herramienta respaldada por la neurociencia para la regulación emocional y la reducción del estrés. La inteligencia emocional, definida por Goleman (1995) como la capacidad de gestionar emociones y relaciones interpersonales, juega un papel clave en la resiliencia y el bienestar psicológico. En un contexto donde el estrés y la ansiedad afectan significativamente a la población, con un 14% de prevalencia en la Unión Europea (Centre for Organizational Health and Development, 2020), comprender los mecanismos que influyen en su gestión resulta fundamental.

La neurociencia de la meditación revela cambios estructurales y funcionales en el cerebro. Regiones como la corteza frontal, la amígdala y la red frontolímbica muestran modificaciones asociadas a la regulación emocional y la reducción de la reactividad al estrés (Diez y Castellanos, 2022). Además, estudios sobre mindfulness evidencian beneficios en la expresión emocional, el estado de ánimo y la recuperación del estado basal tras estímulos negativos (Fox et al., 2014).

Si bien la meditación no sustituye tratamientos clínicos para trastornos como la ansiedad y la depresión, sí se presenta como una estrategia complementaria para mejorar la regulación emocional y la flexibilidad cognitiva. No obstante, es necesario considerar factores externos como el entorno laboral y social, ya que la responsabilidad del bienestar mental no recae únicamente en el individuo.

Introducción

Según la Real Academia Española (s.f.), la meditación es la práctica mental y corporal dirigida

a alcanzar un estado de relajación y plena concentración. Este concepto ha cogido relevancia a lo largo de los años, pasando de una concepción budista y espiritual a una más integrada en la

sociedad actual, todo ello gracias a la investigación neurocientífica sobre los efectos de la meditación en el cerebro y sistema inmunológico, entre otros.

Goleman (1995) define inteligencia emocional como “capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones” (p. 89). Se considera que ésta, ayuda a conectar con otras personas, resolver conflictos, comunicarse de manera efectiva y expresar los sentimientos adecuadamente. Es de suma importancia para crear una sociedad equilibrada, assertiva y con vistas al progreso tanto a nivel interpersonal, con la mejora de las capacidades, entender el papel de las emociones de forma sana y regulación emocional, mejora de la capacidad de resiliencia, automotivación y autoestima y mejora de la capacidad introspectiva como a nivel de comunidad en las relaciones interpersonales para el tratamiento del estrés, la depresión y la ansiedad, mejora de la assertividad, mejor comunicación y habilidades de escucha y empatía.

Según la Sociedad Española de Medicina Interna (s.f.), la ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. Sin embargo, el sistema de respuesta natural puede verse alterado generando reacciones desproporcionadas en ausencia de un peligro ostensible. El sujeto experimenta sensaciones de paralización corporal, temblores, mareos, desmayos, preocupación constante, rumiación, cansancio, irritabilidad, problemas para concentrarse y conciliación del sueño, entre otros.

Conceptualización

Hoy en día, el estrés es una constante en la vida de las personas, generando efectos nocivos para la salud y el bienestar de las mismas si no se gestiona adecuadamente, de acuerdo al informe de Salud Mental y Trabajo de 2024 (Unión General de Trabajadoras y Trabajadores, 2024). La evolución del total de las situaciones de incapacidad laboral por trastornos mentales no ha dejado de aumentar desde 2016 hasta la actualidad, alcanzando los 600.000 en 2023.

En relación a los trastornos de depresión y ansiedad, se estima que en la Unión Europea el

38,2% de la población padece algún tipo de trastorno mental cada año siendo la ansiedad el más habitual (14%), seguido del insomnio (7%) y la depresión grave (6.9%) (Centre for Organizational Healthy Development, 2020).

Estos datos son una pequeña muestra del gran cuerpo de estudios realizados, los cuales relacionan los trastornos mentales con una inadecuada gestión del entorno ambiental por parte de las empresas, y la necesidad de realizar un trabajo exigente sin un espacio para el descanso y la conciliación. Todo esto en el marco del paradigma de la sociedad actual de ser constantemente productivo y evitando sensaciones de inutilidad e inefficacia que tanto se temen.

Es un error reducir la responsabilidad únicamente al individuo, ya que existen múltiples factores externos que no dependen del mismo, tales como el entorno laboral, la presión económica o reveses a nivel personal, entre otros.

Una vez aclarado este punto, es cierto que con mayor inteligencia emocional desarrollaremos mejores y más eficaces estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés y ansiedad. De acuerdo a Rivera (2022) del Institut català de l'ansietat, un ejemplo de la importancia de la inteligencia emocional es la capacidad de establecer límites, ser capaz de decir que no a las tareas y responsabilidades. Otro ejemplo es la comunicación deficiente de manera bidireccional, no saber expresarse de manera adecuada y no poder comunicarse genera ansiedad y frustración. La assertividad y la empatía pueden convertirse en clave para poder disminuir o dejar de tener ansiedad.

Neurociencia de la meditación

La neurociencia de la meditación tiene como objetivo el estudio de los mecanismos neuronales involucrados en la regulación voluntaria sucedida durante el cultivo de las actitudes relativas a los contenidos y a la regulación voluntaria de la atención. Ésta conlleva un entrenamiento funcional de la observación del estado de una persona, y supone ciertos cambios neuronales, anatómicos y funcionales.

Los datos sobre los programas de mindfulness han mostrado resultados prometedores de cara a futuras intervenciones en trastornos mentales o estrés y ansiedad en la población general.

Existen cinco regiones clave involucradas en la práctica de Mindfulness: corteza frontal, corteza cingulada, red frontolímbica ínsula, giro cingulado, y la amígdala. Estas regiones se ven influenciadas por la neuroplasticidad, proceso que implica cambios funcionales y estructurales adaptativos en el cerebro. Se define como la capacidad del sistema nervioso de cambiar su actividad en respuesta a estímulos intrínsecos o extrínsecos mediante la reorganización de su estructura, funciones o conexiones después de lesiones, como un accidente cerebrovascular o una lesión cerebral traumática (LCT) (Puderbaugh y Emmady, 2023).

Diez y Castellanos (2022) nos muestra cómo la corteza frontal y la cingulada anterior participan en los procesos de toma de conciencia de la distracción y reorientación de la conciencia para enfocar en la tarea que se va a realizar. Además, están involucradas en las funciones ejecutivas, como la memoria de trabajo, la inhibición, la flexibilidad cognitiva y la planificación, además de la regulación emocional.

Respecto a la regulación de las emociones, se pueden resumir los beneficios del mindfulness en 4 puntos:

1. Mejora en la expresión de las emociones
2. Mejora del estado de ánimo
3. Mejora de la creatividad
4. Mayor recuperación del estado basal después de un estímulo

El aumento de la corteza frontal y la red frontolímbica se relaciona con los sistemas emocionales del cerebro, en los que destaca la amígdala, la cual cobra mayor actividad en personas con ansiedad, estados de miedo o autodefensa, Diez y Castellanos (2022) demuestran cómo la práctica de la meditación ejerce una fuerte modulación sobre estas áreas produciendo una mayor conexión entre ellas y favoreciendo la regulación emocional.

Los sistemas afectivos se ven modulados mediante la meditación. Se ven involucrados los sistemas de

conciencia emocional mejorada, promoción de reevaluación cognitiva, reactividad emocional alterada y procesamiento de recompensa alterado (Fox et al., 2014), reforzando los estudios que amparan la práctica de mindfulness en relación con la gestión y la regulación emocional, el descenso del estrés y la ansiedad, y la conciencia plena y focalizada, entre otros.

Conclusiones

La meditación puede entenderse como un conjunto de prácticas dirigidas a múltiples sistemas neuroconductuales que, aplicados correctamente, son una herramienta complementaria en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y el tratamiento del estrés.

Se ha evidenciado mediante un gran número de estudios anatómicos del cerebro, cómo los programas de atención plena y mindfulness modifican la estructura funcional cerebral, generando cambios conductuales y reduciendo los niveles de estrés, a la vez que se aumenta la focalización en una única tarea.

La práctica de la meditación por tanto, mejora la capacidad de gestión emocional, la flexibilidad cognitiva, mejora el estado de ánimo, y aumenta de la creatividad, además de reducir la rumiación y fomentar la conciencia de los estados corporales, aumentando el control subjetivo de la persona sobre su propio cuerpo aún en situaciones de estrés.

Aún así, es preciso considerar el contexto y las variables externas subyacentes, ya que es un error otorgar la responsabilidad del trastorno o del estado físico y mental únicamente al individuo. La meditación en ningún caso es una solución a los trastornos de ansiedad o depresión, pero sí facilita la reducción de su prevalencia.

Referencias

Centre for Organizational Health y Development

(2020). *Mental Health in the Workplace in Europe. EU Compass for Action on Mental Health and Well-Being*. School of Medicine, University of Nottingham.

Diez, G. G., y Castellanos, N. (2022). *Investigación de mindfulness en neurociencia cognitiva. Revista De Neurología*, 74(05), 163.

Gabriel Barg (2011) *Bases Neurobiológicas del Apego*. Prensa Médica Latinoamericana.

Fox, K. C., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P., Sedlmeier, P., y Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 43, 48–73.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam

Real Academia Española (s.f.). Meditación. En : *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 17 de febrero de 2025

Unión General de Trabajadoras y Trabajadores. (2024). *Informe. Salud Mental y Trabajo 2024*

Puderbaugh, M., y Emmady, P. D. (1 de mayo de 2023). *Neuroplasticity*. National Library of Medicine

Rivera, C. (7 de octubre de 2022). *Ansietat i intel·ligència emocional - Institut català de l'ansietat. Institut català de l'ansietat*.

Sociedad Española de Medicina Interna (s. f.). *Ansiedad*.



Las falacias de la astrología y sus consecuencias psicológicas sobre la población general

Sergi Zucar Vargas¹

¹Universitat de Lleida.

INFORMACIÓN

Palabras clave
Desinformación
Pseudociencias
Astrología
Sesgos

RESUMEN

Las creencias sobre la astrología inundan la población joven en una época absorta por la (sobre)información, lo que a la larga, más que informar, desinforma. Las falacias de esta pseudociencia se cuelan entre verdades a medias y las consecuencias que puede desembocar son críticas, pudiendo afectar más de lo que se ve a la vida y las decisiones de las personas que creen en ella. En este artículo, veremos paso por paso de qué errores hablamos y por qué se considera la astrología una pseudociencia.

Introducción

Muchos encuentran consuelo en las estrellas y recurren a los horóscopos para desentrañar los enigmas de su personalidad y prever qué les espera en la vida. Aunque los signos del zodíaco y los horóscopos puedan parecer modernos, la astrología ha marcado profundamente a las civilizaciones a lo largo de milenios (Caruso, 2025). "[...] En la ciudad de Babilonia, las estrellas y los planetas se utilizaban para interpretar los presagios de los dioses", explica Jasmine Elmer, clasicista y experta en el mundo antiguo.

Así pues, a diferencia de la astronomía, que se definiría como la ciencia que trata de los astros, de su movimiento y de las leyes que lo rigen (Real Academia Española, s.f., definición 1); la astrología es el estudio de la posición y del movimiento de los astros como medio para predecir hechos futuros y conocer el carácter de las personas (Real Academia Española, s.f., definición 2).

Esta tradición, promulgada desde generaciones antiguas, ha podido servir en muchas ocasiones como vía de escape y generar sensación de seguridad durante milenios a las sociedades de su época. Sin embargo, en el mundo moderno, la creencia en estas pseudociencias provoca consecuencias que pueden afectar de manera directa a la vida y la salud mental de las personas.

La base científica

La astrología es considerada una pseudociencia dado que no tiene una base empírica que la defina como una ciencia sistemática y replicable. Pirruccio (2020), que realizó un estudio para observar si las personalidades de las personas coincidían con las supuestas relacionadas con su zodíaco, afirma que la influencia de los signos zodiacales en la personalidad no obtiene correlaciones significativas, consiguiendo apenas unas de muy vagas solo en los signos Leo y Capricornio.

Por otro lado, por ejemplo, Joshanloo (2024)

afirma según su estudio que los signos zodiacales no tienen ningún poder predictivo en el bienestar de las personas, y que estadísticamente, un número aleatorio del 1 al 10 tendrá más potencia predictiva que los propios signos.

Inconsistencias internas

Por si no fuera poco con los innumerables estudios científicos que desmienten la veracidad de la astrología, esta pseudociencia cuenta con inconsistencias propias que vuelven aún más ridículo el debate.

Uno de los principales errores que cometen los devotos de la astrología, tal y como comenta Rojo (2018) es la creencia en sí de que la astrología es una ciencia, y que esta es distinta al resto. En pocas palabras, que no solo es ciencia lo que se estudia en las universidades. Sin embargo, esta autodemarcación se desborda de falacias, pues la ciencia es una disciplina con mecanismos y procesos que la protegen del fraude y con requisitos muy concretos para poderse considerar una. Por ello existen las pseudociencias: disciplinas que no utilizan el método científico y que por tanto no cuentan con mecanismos que puedan demostrar el porqué de sus afirmaciones.

Otro factor que nos hace fruncir el ceño ante la astrología es la autonomía absoluta de esta como disciplina. En el caso de la psicología, por ejemplo, esta está relacionada con múltiples ciencias diferentes, como la biología, la sociología y demás, pues no lo puede explicar todo. En su caso, la astrología apenas se relaciona con la astronomía, cogiendo una base de conocimiento objetivo y construyendo profecías y asociaciones que no vienen de ningún sitio encima de esta. A la hora de hablar de personalidad, se debería hablar de psicología, no de la posición de unos astros que ya existían antes de nuestro nacimiento.

Por otro lado, uno de los mayores argumentos en contra se encuentra en el movimiento de precesión de los equinoccios. La posición del Sol en el cielo, desde la Tierra, va cambiando (retrocediendo entre las constelaciones) con el paso del tiempo, provocando que la posición original de las constelaciones respecto a nosotros cambie, generando incongruencias entre las afirmaciones

que promulga la astrología sobre los signos zodiacales (López et al., 2007). De esta manera, para ser del signo que representa que nos identifica, deberíamos haber nacido hace 2 mil años.

El argumento psico-sociológico y el sesgo de la información

No todo el mundo que cree en la astrología, sin embargo, defiende firmemente los argumentos anteriormente mencionados. Algunos simplemente creen porque deciden hacerlo, y esto se explica con diferentes conceptos.

El sesgo de confirmación es el primero de los que hablaremos, y es un sesgo cognitivo que nos habla de nuestra necesidad como seres humanos de tener siempre la razón. Un simple ejemplo, tal y como nos describe Juliani (2024): “si creemos que todos los famosos son unos engreídos y conocemos a uno que realmente lo es, nuestro cerebro automáticamente formulará un “*¡lo sabía!*”. Pero, si por el contrario conociésemos a una persona famosa que fuese humilde, probablemente, lo olvidaríamos rápidamente al no darle tanta importancia. Por nuestra propia creencia por la que “*todos los famosos son unos engreídos*”, recordaremos y prestaremos más atención a aquellos sucesos que refuercen esta idea preconcebida y, acordemente a los sesgos, tendremos dificultades para recordar a aquellos famosos que quizás demostrarían lo contrario.” Aplicando esto a la Astrología, las personas creyentes tienden a focalizar toda su atención hacia las predicciones que acertaron, ignorando aquellas que no lo hicieron y que por tanto, no les convienen.

El siguiente concepto del que hablaremos es el efecto Forer. Este otro sesgo nos explica que las personas tienden a aceptar como válidas y precisas descripciones vagas y superfluas, aplicables a prácticamente todo el mundo de manera muy generalista (Pose, 2023). Este fenómeno, descubierto por Bertram Forer en el 1948, se aplica a muchos ámbitos, pero es especialmente común en las predicciones de personalidad propias de la astrología.

El efecto Placebo es otro de los factores que influyen a que las personas sean más propensas a

creer en estas pseudociencias. Por mucho que se relacione con la medicina, lo cierto es que también lo hace con la psicología, y con la astrología lo vemos en acción cuando nos creemos tanto las predicciones de que, por ejemplo, nos va a ir bien, que acabamos adoptando una actitud positiva la cual es en sí misma la que acaba generando esta sensación de positividad y optimismo (Rodríguez, 2021).

Por último, es importante hablar de aquello más intrínseco en nosotros, y que acaba siendo en el fondo la razón más profunda por la que la mayoría creen en la astrología u otras pseudociencias de este calibre: la necesidad de sentir control sobre nuestra vida y el significado de los acontecimientos que vivimos. En momentos de incertidumbre, estrés, cambios... comúnmente sentimos la necesidad de aferrarnos a estructuras o pautas que nos proporcionen ese control o ese sentido a nuestra vida (Montoro, 2024). En este contexto, la Astrología aporta explicaciones e interpretaciones casi categóricas a los eventos de nuestro entorno, satisfaciendo así este deseo de predictibilidad y comprensión.

Impacto

Por todo esto, no es raro que acabemos acudiendo a este tipo de gurús cuando no tenemos herramientas suficientes para solventar nuestros problemas por nosotros mismos, pero esto, sin embargo, más que ayudarnos acaba haciéndonos *más débiles* y nos hace perder la capacidad de afrontar la vida real nosotros mismos, generándose una dependencia que nos hace escapar de nuestras necesidades de aprendizaje y gestión emocional.

Además de esto, la creencia en la astrología y aplicarla en diferentes áreas de nuestra vida puede llegar a afectarnos directamente. Algunos ejemplos serían el uso de las cartas natales para la toma de decisiones personales o empresariales (Mirtha, 2025) o hasta la discriminación sobre diferentes personas en base a sus signos zodiacales, afectando así no solo a nosotros mismos, sino también sobre el estado emocional de otros.

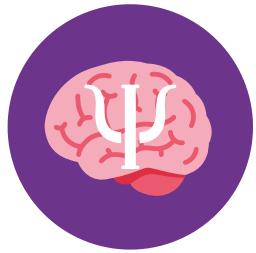
Por último, es necesario recalcar que la astrología se abstiene de evidencia científica de ningún tipo, lo que hace de su divulgación un hecho de gran

impacto y peligro en sí mismo. En especial, es alarmante cuando figuras públicas, como la diputada Victoria Tolosa Paz en 2021 afirman que acontecimientos históricos o sucesos político-económico-sociales tienen origen en cartas astrales, tal y como nos explica Casado (2022) en uno de sus artículos.

Es de vital importancia cuidar la información pública y ser rigurosos en qué creemos, o, al menos, con lo que difundimos, pues en una época tan difamada por la desinformación, nuestra responsabilidad sobre la cuestión asciende descomunalmente.

Referencias

- Caruso, C. (24 de enero de 2025). ¿De dónde viene nuestra pasión por el horóscopo y los signos del zodíaco?. *National Geographic*.
- Casado, M. (27 de abril de 2022). Creencias alternativas: qué hay detrás del boom de la astrología, según la ciencia. *La Nación*.
- Joshanloo, M. (2024). The sun's position at birth is unrelated to subjective well-being: Debunking astrological claims. *Kyklos*, 77(4), 835-844.
- Juliani, F. (7 de Mayo de 2024) Qué es el sesgo de confirmación y cómo nos afecta. *CAPAZ Psicología*.
- López, J. M., Refolio, M. C., y Gómez, E. (2007). *La precesión de los equinoccios*. Sala de Astronomía. Museo Virtual de la Ciencia del CSIC.
- Mirtha, A. (29 de enero de 2025). La influencia de la astrología en cambios sociales y empresariales. *Listín Diario*.
- Montoro, P. R. (13 de septiembre de 2024). ¿Por qué somos supersticiosos? *El País*.
- Pirruccio, A. (2020). *La astrología y su relación con la mente humana* (Trabajo fin de grado, Universidad de La Laguna). RIULL.
- Pose, E. (6 de julio de 2023) Efecto Forer: ¿Por qué aciertan los horóscopos?. *NeuroClass*.
- Real Academia Española. (s.f.). Astrología. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 5 de marzo de 2025.
- Real Academia Española. (s.f.). Astronomía. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 5 de marzo de 2025.
- Rodríguez, R. (30 de agosto de 2021) Efecto placebo: ¿Qué es? ¿Cómo nos afecta?. *PSIQUION*.
- Rojo, A. (2018). Contra la astrología. *Revista Anfibia*.



Preguntas auto-generadas: una herramienta metacognitiva de estudio

Alejandro Palao Puche¹

¹Universidad de Murcia

INFORMACIÓN

Palabras clave

Preguntas autogeneradas
Metacognición
Aprendizaje
Técnica de estudio
Autorregulación del aprendizaje.

RESUMEN

Las preguntas autogeneradas son una técnica de estudio basada en la metacognición y el aprendizaje autorregulado que fomentan un aprendizaje más eficiente. En este artículo se recogen investigaciones sobre prácticas cognitivas que ocurren en la aplicación de la técnica y que promueven un estudio más eficiente.

Introducción

Las técnicas de estudio son un conjunto de estrategias cognitivas y metacognitivas, conductuales y motivacionales que los estudiantes utilizan para adquirir, organizar, retener y aplicar información de manera efectiva. Estas técnicas pueden incluir métodos como tomar apuntes, planificación del tiempo, lectura activa, elaboración de resúmenes, realización de esquemas, autoevaluación y práctica distribuida, entre otras (Credé y Kuncel, 2008). Los estudiantes las utilizan para optimizar su estudio haciéndolo más eficiente (menos tiempo y menos recursos) y eficaz (mejor aprendizaje y mejores calificaciones).

Una técnica de estudio puede ser muy poco eficiente, como subrayar y leer el texto pasivamente, o más eficaz, como hacer esquemas y generar ejemplos. Sin embargo, el estudio es una actividad muy personal, de forma que puede ser que lo que a un estudiante le funcione bien, a otro no le funcione igual.

Conceptualización

La metacognición es un tema de estudio relativamente reciente que se encuentra en auge. Principalmente, se han dedicado a estudiarla investigadores relacionados con la psicología cognitiva, aunque, tiene utilidades tanto en psicología educativa y evolutiva o del desarrollo como en psicología clínica. Flavell (1979), uno de los investigadores pioneros de la metacognición, la define como el conocimiento que uno tiene sobre sus propios procesos cognitivos y la capacidad de regular esos procesos. Es por ello que influye positivamente en la adquisición del lenguaje, en la comprensión lectora, en la atención y en la memoria, entre otros; esto la hace crucial en un aprendizaje eficaz. En relación con el aprendizaje, la metacognición hace referencia a la capacidad que posee el estudiante de analizar y reflexionar sobre su propio proceso de estudio. Esto implica tomar conciencia de los métodos de aprendizaje, identificar sus hábitos y estrategias, reconocer sus

fortalezas y áreas de mejora, y evaluar de manera crítica cómo puede modificar sus estrategias para optimizar su desempeño en el futuro (Pintrich, 2002).

Preguntas autogeneradas

Las preguntas autogeneradas son un tipo de técnica de estudio que usa la metacognición y la autorregulación del aprendizaje para conseguir un aprendizaje mucho más constructivo y reflexivo. Esta técnica de estudio trata de que el estudiante lea el temario para posteriormente dividirlo en porciones para elaborar de ellas preguntas. De esta forma, cuando termine debe tener un documento con todas esas preguntas, y si entonces es capaz de contestarlas, significaría que se encuentra con un entendimiento y comprensión sólidas del temario. Estas preguntas autogeneradas, que el estudiante se hace a sí mismo, deben ser reflexivas y constructivas, es decir, de poder ser contestadas meramente con una respuesta fija e invariable tal como “sí” o “no”, no estaría produciéndose el aprendizaje que buscamos, sino uno más asociativo.

Lo interesante es que con esta actividad y tras la posterior contestación a las preguntas autogeneradas, el aprendizaje se autorregula y se hace más constructivo y significativo. Esto es así porque cuando el estudiante contesta va evaluando sus conocimientos sobre la materia, activando así habilidades metacognitivas de monitorización. Después, una vez terminada la sesión de estudio, es capaz de sacar una reflexión final sobre la preparación que lleva sobre el temario, activando así la habilidad metacognitiva y autorreguladora de auto-evaluación.

Durante el proceso de aprendizaje que se lleva a cabo mediante esta técnica, se da la autorregulación del aprendizaje. Zimmerman y Schunk (2013) definen la autorregulación del aprendizaje como un proceso activo en el que los estudiantes establecen metas para su aprendizaje, monitorizan su progreso para alcanzar dichas metas y ajustan sus estrategias cognitivas de aprendizaje en función de los resultados obtenidos. Además, Zimmerman (2000) presentó un modelo cíclico del aprendizaje autorregulado desde el que se ilustra con gran claridad. En este modelo enfatiza los factores personales, motivacionales y ambientales.

Él defiende que el proceso de la autorregulación no surge de un momento a otro, sino que es un proceso continuo que ocurre en tres fases.

La fase de planificación, donde los estudiantes establecen metas y objetivos de aprendizaje y planifican estrategias para alcanzar dichas metas. Además, influyen factores motivacionales como la autoeficacia, es decir, la capacidad que cree tener el propio estudiante para alcanzar el éxito.

La fase de ejecución, donde los estudiantes ponen en práctica esas estrategias planificadas anteriormente, y donde entran en juego habilidades metacognitivas tales como la monitorización, que es la auto-observación o seguimiento del propio progreso, y el autocontrol (otra habilidad metacognitiva) para ir ajustando la conducta en función de cómo va yendo el aprendizaje.

Y por último, se sitúa la fase de reflexión, donde los estudiantes evaluarán sus resultados y reflexionarán sobre ellos.

Tradicionalmente, se ha pensado que aprendemos sobre un objeto de estudio cuando propiamente nos dedicamos a estudiar dicha materia (adquirir esa información y memorizarla), y el examen sirve meramente para evaluar los conocimientos. Si bien esto es cierto, no es la única ocasión en la que ocurre el aprendizaje, pues investigadores como Roediger y Butler (2011) señalaron la importancia que tiene para el aprendizaje la práctica de recuperación activa, es decir, el momento de recuperar de la memoria la información previamente aprendida. Ellos argumentaron que la práctica de recuperación (durante el examen, mientras se lo explicamos a otras personas, o cuando contestamos a preguntas autogeneradas) promueve la elaboración de huellas de memoria y la creación de rutas de recuperación adicionales, y argumentaron que cuanto mayor es el esfuerzo de recuperación, mejor será la retención del conocimiento a largo plazo. En adición a lo descubierto en el anterior estudio, también encontramos el conocido efecto de prueba, es decir, la mejora en la retención y el aprendizaje a largo plazo que ocurre cuando se realiza una prueba o examen sobre el material estudiado. Este efecto ha demostrado diferencias significativas con respecto al mero repaso del material ya estudiado (Rowland, 2014).

Es destacable también un estudio que realizaron Smith et al. (2016), quienes investigaron también sobre la práctica de recuperación activa, en concreto con la técnica de recuerdo libre.

El recuerdo libre es una estrategia efectiva que permite a los estudiantes construir su propia estructura organizativa y usarla durante la recuperación. Estos investigadores realizaron un experimento en el cual los estudiantes utilizaron dos tipos de estrategias de recuperación activa, el recuerdo libre y las preguntas guiadas. No fueron capaces de encontrar diferencias significativas entre las dos estrategias, pero quedó claro que la práctica de recuperación activa es muy eficiente, siendo el aprendizaje mediado por esta práctica muy útil para la posterior aplicación de estos conocimientos en contextos novedosos y diferentes.

La autoevaluación es definida como una habilidad metacognitiva mediante la cual los estudiantes recogen los resultados de la monitorización previa realizada sobre la tarea de aprendizaje, determinan la calidad de sus pensamientos y comportamientos en el proceso de aprendizaje e identifican estrategias que mejoren su comprensión y habilidades. Es decir, la autoevaluación ocurre cuando los estudiantes juzgan su propio trabajo para mejorar el desempeño a medida que identifican discrepancias entre el desempeño actual y el deseado (McMillan y Hearn, 2008). Las preguntas autogeneradas tratan constantemente de evaluar los conocimientos que tiene el estudiante sobre la materia, perfeccionándose y ofreciendo más toma de conciencia al estudiante sobre su preparación, de forma que, como decían McMillan y Hearn (2008) en la definición de autoevaluación recién citada, pueden identificar los errores en la realización de la práctica para llegar al nivel deseado.

Chi et al. (1989) diferencian a los mejores estudiantes de los peores en función de las estrategias que éstos usan para el estudio. Es decir, para ellos, los estudiantes buenos se distinguen por su capacidad para generar auto-explicaciones y generar ejemplos en un contexto diferente de manera estratégica, mientras que los peores estudiantes dependen más de estrategias más memorísticas y asociativas.

Con todas las investigaciones presentadas anteriormente, podemos explicar la técnica de estudio de las preguntas autogeneradas de una

forma más teórica. Sabemos que la segmentación de los contenidos de un estudio facilita su estudio, pues al reducir la cantidad de información aprendida se reduce su carga cognitiva (Gobet et al., 2001).

Este hecho ha sido eje central de muchas propuestas educativas, pues combinada esta técnica con la práctica distribuida, se puede mejorar sustancialmente el aprendizaje y la retención de los conocimientos a largo plazo.

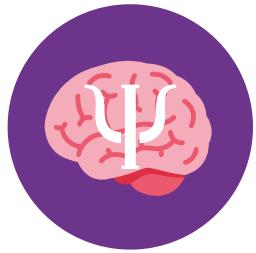
Las preguntas autogeneradas tratan de partir los contenidos académicos para su mejor aprendizaje y además elicitá la recuperación activa, fenómeno que mejora sustancialmente el aprendizaje, según los estudios citados anteriormente.

Conclusiones

En conclusión, las preguntas autogeneradas son una herramienta de estudio que se apoya en el uso de la metacognición y otras prácticas eficientes como lo son la recuperación activa que buscan una retención del conocimiento más constructiva y a largo plazo. Las técnicas de estudio, en concreto las que incorporan la metacognición y la autorregulación, forman estudiantes más autónomos en su proceso de aprendizaje y estratégicos porque durante el mismo proceso los estudiantes toman conciencia de su aprendizaje, y con ello, incrementan su rendimiento académico. Sin embargo, es importante reiterar que el estudio es una actividad sumamente personal, pues lo que funciona para un estudiante puede no ser igual de efectivo para otro. Es por ello que es esencial que los estudiantes exploren y adapten estas técnicas a sus necesidades individuales, con el fin de maximizar su potencial de aprendizaje, aumentar su propio metaconocimiento y sus propios resultados académicos.

Referencias

- Chi, M. T., Bassok, M., Lewis, M. W., Reimann, P., y Glaser, R. (1989). Self-explanations: How students study and use examples in learning to solve problems. *Cognitive science*, 13(2), 145-182. https://doi.org/10.1207/s15516709cog1302_1
- Credé, M., y Kuncel, N. R. (2008). Study habits, skills, and attitudes: The third pillar supporting collegiate academic performance. *Perspectives on psychological science*, 3(6), 425-453. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00089.x>
- Gobet, F., Lane, P. C., Croker, S., Cheng, P. C., Jones, G., Oliver, I., y Pine, J. M. (2001). Chunking mechanisms in human learning. *Trends in cognitive sciences*, 5(6), 236-243. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01662-4](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01662-4)
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
- McMillan, J. H., y Hearn, J. (2008). Student self-assessment: The key to stronger student motivation and higher achievement. *Educational horizons*, 87(1), 40-49.
- Pintrich, P. R. (2002). Metacognitive knowledge in learning, teaching, and assessing. *Theory into Practice*, 41(4), 219-229. https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104_3
- Roediger, H. L., y Butler, A. C. (2011). The critical role of retrieval practice in long-term retention. *Trends in cognitive sciences*, 15(1), 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.09.003>
- Rowland, C. A. (2014). The effect of testing versus restudy on retention: A meta-analytic review of the testing effect. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1432-1463. <https://doi.org/10.1037/a0037559>
- Smith, M. A., Blunt, J. R., Whiffen, J. W., y Karpicke, J. D. (2016). Does providing prompts during retrieval practice improve learning?. *Applied Cognitive Psychology*, 30(4), 544-553. <https://doi.org/10.1002/acp.3227>
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39). Academic press.
- Zimmerman, B. J., y Schunk, D. H. (Eds.). (2013). *Self-regulated learning and academic achievement: Theoretical perspectives*. Routledge.



Crisis no epilépticas psicógenas: el desafío invisible en el ámbito clínico

Zaira Denia Rovira¹

¹Universitat Jaume I.

INFORMACIÓN

Palabras clave

Crisis no epilépticas psicógenas
Crisis psicógenas
Intervención

RESUMEN

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) son episodios similares a las crisis epilépticas, en las que no hay activación anómala del sistema nervioso central. Su diagnóstico es complejo y requiere descartar causas neurológicas. Es crucial considerar la historia clínica y los trastornos psiquiátricos asociados. La detección temprana y la formación del personal sanitario son clave para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

Introducción

En las crisis epilépticas no psicógenas (CNEP) no hay una activación anómala en el sistema nervioso central (D'Alessio et al., 2007). Son episodios paroxísticos que tienen un origen predominantemente psicológico y pueden afectar a la conducta, la percepción sensorial y la cognición (Vásquez Rojas et al., 2006). Su diagnóstico es complicado ya que tiene una gran variedad de manifestaciones clínicas (Wolfzun et al., 2022),

Estas crisis pueden presentarse de diversas formas. Las crisis psicógenas motoras son las más frecuentes y se caracterizan por movimientos hipermetáticos, posturas tónicas de la cabeza y sacudidas en la región pélvica y cefálica. Las crisis psicógenas motoras menores o crisis de temblor, se manifiestan con temblores en las extremidades superiores e inferiores. Por otro lado, las crisis psicógenas atónicas se producen por una pérdida repentina del tono muscular, lo que puede provocar caídas bruscas (Gómez Esteban, 2022).

Al igual que en la epilepsia, en las CNEP pueden presentarse auras, que son sensaciones previas a la crisis percibidas. Estas auras suelen ser de tipo sensorial, somático o psíquico. Entre los síntomas más comunes se encuentran mareos, cefaleas, sensación de calor y alteraciones en la percepción gustativa (Gómez Esteban, 2022).

En cuanto a la prevalencia, las CNEP son más comunes en adolescentes y adultos jóvenes, pero también hay casos en mayores de 55 años. Además, es significativamente mayor en mujeres. Los antecedentes familiares de epilepsia también parecen influir en su manifestación, estudios reflejan que un 37,6% de los pacientes con historia familiar de epilepsia presentan CNEP (D'Alessio et al., 2007). El pronóstico mejora cuando los pacientes son niños o adolescentes, las tasas de remisión son superiores al 70% (Vásquez Rojas et al., 2006).

Diagnóstico

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) se diagnostican al observar alteraciones en la conducta, el pensamiento o las emociones que se asemejan a una crisis epiléptica, pero en las que no hay descargas neuronales detectables en un electroencefalograma (EEG). Así, aunque las CNEP pueden parecer crisis epilépticas a simple vista, en realidad generalmente son provocadas por factores psicológicos (Wolfzun et al., 2022).

Por este motivo, el diagnóstico es clínico y paraclínico, ya que no hay un signo específico que las identifique. La historia médica, social y psiquiátrica ayudan a diferenciarlas (Vásquez Rojas et al., 2006). Los avances tecnológicos en monitoreo electrofisiológico, como el videoelectroencefalograma (video-EEG), han mejorado el diagnóstico de las CNEP. Sin embargo, aún existen dificultades diagnósticas y terapéuticas (D'Alessio et al., 2007).

Es común que personas con CNEP presenten comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, especialmente con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, estrés postraumático y trastornos de personalidad. Por este motivo y debido a su origen predominantemente psicógeno, las intervenciones psicológicas y psiquiátricas se consideran el tratamiento de primera línea (Pico et al., 2020).

El diagnóstico definitivo se puede demorar años, ya que normalmente se enfocan en descartar la epilepsia utilizando un enfoque basado en la exclusión de esta enfermedad. Por este motivo, se dificulta la identificación de los factores que desencadenan dichas crisis. Además, el diagnóstico se complica aún más debido a que entre un 5 % y un 40 % de los pacientes con crisis psicógenas también presentan epilepsia o antecedentes de crisis epilépticas (Saiz et al., 2022).

Las CNEP se han estudiado a través de diferentes aproximaciones teóricas. Históricamente se ha vinculado a la histeria y a los trastornos neurológicos pero en la actualidad encontramos múltiples modelos explicativos (Tenreyro et al., 2025).

Uno de estos enfoques plantea que las crisis son manifestaciones de recuerdos o experiencias

traumáticas reprimidas que emergen en forma de episodios disociativos, de una forma similar a los flashbacks en el trastorno de estrés postraumático. Otra perspectiva sugiere que las CNEP funcionan como un mecanismo de defensa ante la activación autonómica. Desde este punto de vista, el organismo responde ante niveles elevados de activación fisiológica provocada por una tensión emocional acumulada (Tenreyro et al., 2025).

También se ha planteado que las crisis representan una vía de expresión somática de conflictos emocionales subyacentes, manifestando de forma física el malestar psicológico. Otro enfoque propone que las crisis podrían consolidarse como patrones de comportamiento adquiridos y reforzados por el entorno. Factores como la atención médica y el refuerzo familiar pueden actuar como mantenedores de estos episodios (Tenreyro et al., 2025).

Finalmente aparece un modelo que integra elementos de las explicaciones anteriores. Según este enfoque, las crisis surgirían de la interacción entre procesos disociativos, desregulación autonómica, aprendizaje y manifestaciones somáticas de malestar psicológico. Estos factores actuarían conjuntamente en la generación y el mantenimiento de los síntomas (Tenreyro et al., 2025).

Intervención psicológica

Dado que el origen de estas crisis generalmente es psicógeno, las intervenciones psicológicas han demostrado ser la estrategia terapéutica más efectiva (Korman et al., 2014).

La Terapia Cognitivo-Conductual es una de las más estudiadas en el tratamiento de las CNEP, con dos principales modelos (Goldstein et al., 2010).

En primer lugar, el modelo desarrollado por Goldstein et al. (2010) consiste en una intervención de 12 sesiones en las que se tratan factores cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales asociados a la crisis. Se estructura en cinco etapas: compromiso y explicación racional, control de pseudocrisis, exposición para reducir la evitación, manejo de cogniciones y emociones asociadas y prevención de recaídas (Goldstein et al., 2010).

Por otro lado, el modelo de LaFrance et al. (2013) se centra en la modificación de creencias disfuncionales y la mejora del autocontrol. También consta de 12 sesiones y tiene la finalidad de generar cambios conductuales, fortalecer la autoeficacia y reducir la sintomatología somática (LaFrance et al., 2013).

La Terapia Interpersonal propone un enfoque psicodinámico, fundamentado en que las crisis están influenciadas por patrones interpersonales disfuncionales adquiridos durante etapas tempranas de vida. El programa consiste en una entrevista inicial y 19 sesiones en las que se trata de cambiar la percepción de la enfermedad, mejorar la independencia del paciente y desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas (Howlett y Reuber, 2009).

También se han utilizado otras estrategias con menor respaldo empírico, como el caso de la hipnosis, que normalmente se combina con la terapia de resolución de problemas (Moene et al., 2003). De manera similar, la terapia de grupo parece tener beneficios en el bienestar psicológico pero no hay resultados concluyentes de su efectividad (Korman et al., 2014).

Los programas estructurados de psicoeducación tienen un impacto positivo en los pacientes. Al comprender el funcionamiento de estas crisis logran tener un mayor control de los síntomas, ya que algunos pacientes suelen resistirse a aceptar que la causa de las crisis es emocional (Martin et al., 1998).

Por lo tanto, la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Interpersonal son las más utilizadas pero se pueden combinar con estrategias complementarias como la psicoeducación, la hipnosis y la terapia de grupo, aunque estas últimas requieren más estudios para confirmar su efectividad en el tratamiento de las CNEP.

Conclusión

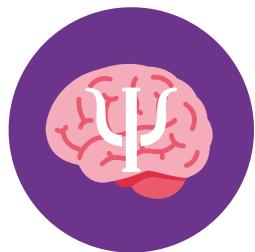
Las CNEP representan un desafío en el ámbito clínico por su naturaleza compleja, lo que puede llevar a retrasos en su diagnóstico. Esta demora, no solo dificulta establecer el abordaje adecuado, sino que también puede afectar a la calidad de vida del paciente, generando frustración, incertidumbre y malestar emocional.

Por este motivo, es fundamental que el personal sanitario tome conciencia sobre la importancia de un reconocimiento temprano y preciso de las CNEP. Esto implica una formación continua en la identificación de sus manifestaciones clínicas, así como en la diferenciación con otras patologías similares.

Además, se ha de considerar la experiencia emocional y personal del paciente. Es esencial escuchar activamente sus síntomas, validar sus preocupaciones y brindar un acompañamiento adecuado. Solo a través de un enfoque integral, basado en el conocimiento, la empatía y la detección temprana, será posible mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas que sufren CNEP.

Referencias

- Giagante, B., D'Alessio, L., Silva, W., & Kochen, S. (2007). Crisis no epilépticas psicógenas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 187-207.
- Goldstein, L. H., Deale, A., Mitchell-O'Malley, S., Toone, B., & Mellers, J. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for psychogenic non-epileptic seizures: A randomized controlled trial. *Neurology*, 74(24), 1986-1994.
- Gómez Esteban, A. (2022). *Biomarcadores en el diagnóstico diferencial entre la epilepsia y las crisis no epilépticas psicógenas. Una revisión sistemática*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. UVaDOC
- Howlett, S., & Reuber, M. (2009). Un modelo aumentado de terapia interpersonal psicoanalítica breve para pacientes con CNEP. *Seizure*, 18(5), 331-336.
- Korman, G. P., Sarudiansky, M., Lanzillotti, A., Areco Pico, M. M., & Tenreyro, C. (2014). Crisis no epilépticas de origen psicógeno: características diagnósticas y tratamientos psicológicos. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, 21, 1-10.
- LaFrance, W. C., Baird, J. K., Barry, J. J., Blum, A. S., Webb, A. F., Keitner, G. I., & Machan, J. T. (2013). Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*, 81(23), 1900-1907.
- Martin, R. C., Gilliam, F. G., Kilgore, M., Faught, E., & Kuzniecky, R. (1998). Improved health care resource utilization following video-EEG-confirmed diagnosis of nonepileptic psychogenic seizures. *Seizure*, 7(5), 385-390.
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, C. A. L., & van Dyck, R. (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 29-50.
- Pico, M. M. A., Sarudiansky, M., Lanzillotti, A. I., Tenreyro, C., Paolasini, G. V., & Korman, G. P. (2020). La experiencia de pacientes con crisis no epilépticas psicógenas: marcos interpretativos y de acción. *Psicología USP*, 3, 1678-5177.
- Saiz, E. M., de Lamo, E. J., Jiménez, A. B., Sánchez, R. G., Álvarez, R. E. M., Martín, L. S., & Jiménez, M. N. B. (2022). Diagnóstico y manejo de las convulsiones psicógenas no epilépticas: Una revisión bibliográfica. *Investigación y Práctica en Salud desde un Enfoque Integrador*, 451-457.
- Tenreyro, C., Sarudiansky, M., Areco Pico, M. M., Lanzillotti, A. I., Valdez Paolasini, M. G., & Korman, G. P. (2018). Modelos conceptuales y explicativos sobre las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP). *Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología*.
- Vásquez Rojas, R., Silvestre, J. J., y Escobar Sánchez, M. (2006). Crisis psicógenas no epilépticas en psiquiatría infantil. *MedUNAB*, 9(3).
- Wolfzun, C., Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2022). Calidad de vida en pacientes con epilepsia y crisis no epilépticas psicógenas: una revisión sistemática. *Interdisciplinaria*, 39(2), 89-104.



Trastorno negativista desafiante: estrategias de intervención

Zaira Denia Rovira¹¹Universitat Jaume I.

INFORMACIÓN

Palabras clave

Trastorno negativista
desafiante
Intervención
Conducta desafiante

RESUMEN

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) se caracteriza por un patrón persistente de desafío, irritabilidad y oposición a la autoridad. Su desarrollo está influenciado por factores ambientales y emocionales, lo que resalta la importancia de una intervención temprana. Este artículo analiza estrategias efectivas como la terapia cognitivo-conductual, la intervención familiar y el apoyo escolar, enfatizando la necesidad de un enfoque integral para mejorar la adaptación y el bienestar de los niños con TND.

Introducción

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es un trastorno de conducta caracterizado por un patrón persistente de conducta negativa, desafiante y hostil hacia figuras de autoridad (López-Villalobos et al., 2014). También destaca por actitudes de oposición, irritabilidad y desobediencia, que en muchos casos generan discusiones y tienen un impacto negativo en el desarrollo de habilidades sociales efectivas. Los síntomas suelen aparecer antes de los 8 años, pero en algunos casos se interpretan como parte del desarrollo infantil y el diagnóstico se hace más tarde (Vásquez et al., 2010).

Antes de la pubertad, este diagnóstico es más frecuente en niños que en niñas pero al llegar a la adolescencia esta diferenciación desaparece. El estado socioeconómico también influye en la prevalencia, siendo más común en contextos de bajos recursos (Vásquez et al., 2010). Otros estudios

relacionan un mayor número de casos en contextos familiares donde la crianza se caracteriza por un trato severo, inconsistente o negligente (Milozzi, 2017).

En el entorno escolar, estos niños tienden a tener conflictos con compañeros y profesores, lo que frecuentemente conduce al aislamiento social (López-Villalobos et al., 2013). El TND también tiene un impacto en el entorno familiar y educativo. Las dificultades en la crianza y el manejo de la conducta desafiante pueden generar un ciclo de interacciones negativas que mantengan y refuerzen los síntomas (Ferro-García, Ascanio-Velasco y Valero-Aguayo, 2017). Por lo tanto, la intervención temprana es un punto clave para promover comportamientos más adaptativos, evitando que el niño adquiera patrones de conducta más complejos (Alonso Hoyas, 2022). Es fundamental abordar los casos desde un enfoque multidisciplinar, que además de abordar los síntomas conductuales, fortalezca el entorno familiar y escolar.

Intervención

Para llevar a cabo una intervención en el Trastorno Negativista Desafiante, se han de tener en cuenta los factores psicológicos, familiares y educativos. De esta manera, además de conseguir mejorar los síntomas, se puede reducir el impacto de este trastorno en la vida del niño o del adolescente. Actualmente, las estrategias más utilizadas incluyen el enfoque cognitivo-conductual, la intervención familiar y la intervención escolar (García Barea, 2021).

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual permite modificar patrones de pensamiento y comportamientos disfuncionales, promoviendo respuestas más adaptativas (Genise, 2014). En este caso, parte de la premisa de que los patrones de pensamientos negativos y la dificultad ante la autorregulación emocional, impide a los niños responder de manera adecuada ante las normas o figuras de autoridad (Triana Osorio, 2017).

Mediante esta técnica se trabajan aspectos como la reestructuración de pensamientos irracionales, la regulación emocional y la resolución de problemas (Suárez et al., 2016). Para abordar estas dificultades, se trabajan estrategias de autocontrol, se fomenta la identificación y expresión de emociones y se aplican estrategias de recompensas que fomenten comportamientos asertivos. Además, en algunos casos se simulan situaciones mediante ejercicios de role-playing, que permiten practicar respuestas adecuadas y desarrollar estrategias de afrontamiento en un entorno controlado y seguro (Murillo Vera, 2020).

Implementar estrategias como el modelado, el refuerzo positivo y la práctica de habilidades sociales, para disminuir los niveles de frustración, ayudando a mejorar la capacidad de adaptación a las normas (Cedena González, 2023). Además, cuando se combinan estas estrategias con técnicas de relajación, los niños logran mejorar su capacidad para regular la ira y se favorece el desarrollo de la tolerancia a la frustración (Ferro-García et al., 2017).

Intervención familiar

Se ha demostrado que el contexto familiar es un factor importante en el desarrollo y mantenimiento del TND. Por este motivo, es importante trabajar estrategias de intervención familiar, ayudando a los padres en el manejo conductual y promoción de un estilo de crianza positivo (Serrano Abarzuza, 2016).

Una de las estrategias más utilizadas dentro de este enfoque, es el entrenamiento en habilidades parentales. El objetivo es que los cuidadores aprendan a establecer límites claros, aplicando las consecuencias correspondientes y reforzando las conductas positivas. Es muy importante evitar los extremos, no aplicar castigos desorbitados ni ser demasiado permisivos (Murillo Vera, 2020). En algunos casos, se recrean situaciones en un entorno controlado, para que los padres puedan recibir retroalimentación del profesional (Cedena González, 2023).

Por otro lado, la Terapia de Interacción Padres-Hijos se centra en mejorar la relación entre padres e hijos, promoviendo un estilo de crianza positivo (Ferro-García et al., 2017). Para ello, se refuerzan conductas prosociales y se proporcionan herramientas a los cuidadores para manejar la desobediencia y la agresividad. De esta manera, se pretende reducir los niveles de estrés parental, favoreciendo una comunicación más fluida con sus hijos (Triana Osorio, 2017).

Finalmente, otra perspectiva para abordar el contexto familiar en el TND es la terapia familiar sistémica. Mediante este enfoque, se pretende promover una mayor cohesión entre los miembros de la familia, identificando patrones disfuncionales de interacción y modificando aquellas dinámicas que perpetúan la conducta desafiante (Álava Sordo y Pedraza Lázaro, 2022).

Intervención escolar

Es importante intervenir también en el ámbito escolar, ya que los niños con TND suelen tener muchos conflictos en este entorno, especialmente a la hora de seguir las normas, relacionarse con sus compañeros y respetar a las figuras de autoridad (Cedena González, 2023).

Una de las estrategias más utilizadas dentro de este ámbito es el Apoyo Conductual Positivo (ACP), que consiste en modificar el entorno escolar para fomentar conductas apropiadas. De esta manera, en lugar de centrarse únicamente en la corrección de comportamientos problemáticos, se refuerzan las conductas positivas (Anaya-Bataller, 2017). Para conseguir este objetivo se han de establecer normas claras y expectativas conductuales bien definidas (Murillo Vera, 2020).

Para complementar estas estrategias, también se implementan diversos programas diseñados para mejorar la convivencia en el aula y fomentar un entorno de aprendizaje positivo. Los talleres sobre habilidades sociales trabajan la capacidad de comunicación, la empatía y la resolución de conflictos. También se utilizan metodologías activas como el aprendizaje basado en juegos, el trabajo en equipo y la enseñanza a través de historias (Más Lallana y Morillo Sarto, 2023). Por último, en algunos casos, se crean espacios de descompresión, a los que pueden acceder los niños temporalmente cuando se sientan sobrepasados. En estos espacios se incluye material sensorial o actividades tranquilas que les ayuden a relajarse (Triana Osorio, 2017).

Para garantizar la eficacia de las intervenciones educativas en el TND, es crucial que los docentes y el personal escolar reciban formación sobre estrategias de manejo conductual y adaptación curricular.

Conclusión

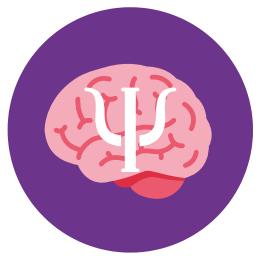
El Trastorno Negativista Desafiante requiere de un enfoque integral y personalizado. Es muy importante estudiar cada caso en profundidad, teniendo en cuenta los factores que pueden influir en la conducta del niño. Además, para llevar a cabo una intervención efectiva es fundamental contar con la implicación de las personas de su entorno. La familia, la escuela y los profesionales de la salud mental deben trabajar en conjunto para proporcionar estrategias consistentes que promuevan comportamientos más adaptativos.

Por este motivo, es fundamental adoptar un enfoque multidisciplinar que además de atender a los síntomas conductuales, fortalezca las habilidades emocionales y sociales del niño. De esta manera, es posible reducir el impacto del TND, favoreciendo un desarrollo más equilibrado y saludable.

Esta condición no consiste únicamente en un conjunto de comportamientos desafiantes, detrás de cada diagnóstico hay una historia y factores personales que influyen en su forma de interactuar con el mundo. Por lo tanto, se ha de buscar el origen de las actitudes, identificar los desencadenantes emocionales y analizar el contexto en el que se desarrollan. Cada caso es único y se ha de hacer un estudio personalizado, diseñando estrategias de intervención efectivas.

Referencias

- Alonso Hoyas, M. del M. (2022). Trastorno negativista desafiante: Una breve revisión. *Revista Clínica Contemporánea*, 13, e21.
- Anaya-Bataller, R. M. (2017). *El Trastorno Negativista Desafiante en el alumnado de Educación Secundaria: Propuesta de intervención educativa* (Tesis de máster).
- Cedena González, S. (2023). *Trastorno Negativista Desafiante: Propuesta de intervención*. Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid.
- Ferro-García, R., Ascanio-Velasco, L., y Valero-Aguayo, L. (2017). Integrando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 33-40.
- García Barea, Y. (2021). *Intervención psicológica en trastorno negativista desafiante comórbido a TDAH*. Universidad Europea de Madrid.
- Genise, G. (2014). Psicoterapia cognitivo-conductual en un paciente con trastorno negativista desafiante. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 145-152.
- López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J. M., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., Martínez-Rivera, M. T., Alberola-López, S., y Sánchez-Azón, M. I. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(2), 80-87.
- Más Lallana, J., y Morillo Sarto, H. (2023). El uso de los superhéroes en la creación de un sistema de valores en un trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Infantil y Juvenil*, 15(1), 67-82.
- Milozzi, S. (2017). *Trastorno negativista desafiante y apego: Factores específicos de la conducta parental concordantes con la presencia de patrones comportamentales congruentes con el trastorno negativista desafiante*.
- Murillo Vera, E. E. (2020). *Intervención familiar como técnica terapéutica para disminuir el trastorno negativista desafiante en niños comprendidos entre 6 y 10 años de edad*. Universidad Técnica de Babahoyo.
- Ruiz Díaz, M. V. (2010). Trastornos de conducta: El trastorno negativista desafiante. *Revista de Educación Especial*, 36, 1-10.
- Serrano Abarzuza, I. (2016). *Trastorno negativista desafiante y su relación con los estilos educativos y la empatía*.
- Suárez, E., Valencia Ortiz, L. F., y Maya Uparela, C. A. (2016). Entre la teoría y la realidad: Una revisión reflexiva sobre los procesos de intervención de niños con trastorno negativista desafiante. *Funlam Journal of Students' Research*, 2, 107-116.
- Triana Osorio, L. A. (2017). Revisión sobre los procesos de intervención de niños con Trastorno Negativista Desafiante. *Funlam Journal of Students' Research*, 2, 107-116.
- Vásquez, J. M., Feria, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno negativista desafiante*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.



¿Qué es la depresión? Principales terapias y proceso terapéutico

Miguel Galán Narváez¹

¹Universidad de Huelva.

INFORMACIÓN

Palabras clave

Depresión
Terapias psicológicas
Terapia cognitiva
Activación conductual
Regulación emocional.

RESUMEN

El artículo explora la depresión desde distintas perspectivas (biológica y psicológica) y enfatiza la importancia del diagnóstico y tratamiento adecuado para ella. Se aportan dos definiciones de la depresión y se describen cinco enfoques terapéuticos principales: Activación Conductual, Protocolo Unificado, Terapia Cognitiva de Beck, Terapia Metacognitiva de Wells, y Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis. Todas estas terapias comparten el objetivo de ayudar a los pacientes a gestionar su salud mental de manera autónoma y efectiva.

Introducción

La depresión es un trastorno mental complejo que puede abordarse desde diversas perspectivas: biológica, genética, bioquímica, conductual, ambiental y cognitiva. Estas perspectivas suelen interrelacionarse para explicar por qué una persona padece depresión. El diagnóstico generalmente se realiza mediante manuales como el DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2013) y la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), utilizados tanto por psiquiatras como por psicólogos. Mientras que los psiquiatras suelen prescribir fármacos, los psicólogos se centran en terapias psicológicas. Según el DSM-5-TR: “El rasgo común de todos los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología” (APA, 2013). Por otra parte, según la CIE-11: “Los trastornos depresivos se caracterizan

por un estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar” (OMS, 2019).

Principales terapias psicológicas

Entre las principales terapias psicológicas para tratar la depresión se encuentran la Activación Conductual (Martell et al., 2010), el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2014), la Terapia Cognitiva de Beck (Beck et al., 1979), la Terapia Metacognitiva Wells (Wells, 2009) y la Terapia Racional Emotiva de la Conductual de Ellis (Ellis y Dryden, 1997). Estas terapias buscan, a través de diferentes enfoques, que el paciente pase de un estado depresivo a uno de salud mental, desarrollando habilidades para gestionar su bienestar de manera autónoma y sostenible.

Proceso terapéutico

Activación conductual

La Activación conductual para la depresión de Martell ([Martel et al., 2010](#)) se puede resumir en los siguientes principios:

- Principio 1. La clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen.
- Principio 2. Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas.
- Principio 3. Las pistas para entender lo que será antidepresivo para un cliente concreto residen en lo que precede y lo que sigue a las conductas importantes del cliente.
- Principio 4. Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico.
- Principio 5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.
- Principio 6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.
- Principio 7. Actuar como un entrenador.
- Principio 8. Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles.
- Principio 9. ¡No lo digas, hazlo!
- Principio 10. Detectar barreras posibles y reales para la activación.

A través de estos principios paciente y terapeuta pueden crear objetivos, mantenerlos y conseguir perseverar, es decir, se consigue que el paciente pase de un estado depresivo a un estado de salud mental. Es importante señalar que el objetivo final de la activación conductual es que el paciente sea capaz de vivir saludablemente sin la ayuda del terapeuta, para lo cual se desarrollan estilos de vida más adaptativos que los que se disponían cuando se acudió a terapia.

Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales

El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales ([Barlow et al., 2014](#)) es un enfoque integrador que aborda diversos trastornos emocionales como la

ansiedad y la depresión. Se basa en la idea de que estos trastornos comparten mecanismos comunes y puede tratarse con un conjunto unificado de técnicas terapéuticas. El protocolo incluye la psicoeducación sobre las emociones, el desarrollo de la conciencia y regulación emocional, la reevaluación cognitiva para cambiar patrones de pensamiento negativos, la exposición interoceptiva y situacional para enfrentar gradualmente situaciones temidas, y estrategias conductuales para manejar la evitación emocional y el comportamiento impulsivo. Los terapeutas aplican estos módulos adaptándolos a las necesidades individuales de cada paciente, mejorando así la eficacia del tratamiento.

Terapia Cognitiva de Beck

La Terapia Cognitiva de Beck ([Beck et al., 1979](#)) es un enfoque estructurado y activo para tratar la depresión, basado en la identificación y modificación de pensamientos negativos que refuerzan el malestar emocional. Se centra en la tríada cognitiva (visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro) y en la corrección de esquemas disfuncionales mediante técnicas como la detección de pensamientos automáticos, el cuestionamiento de creencias irracionales y la realización de actividades graduales para cambiar la conducta. Con sesiones semanales de 12 a 20 encuentros, esta terapia ayuda a los pacientes a desarrollar una perspectiva más realista y adaptativa, reduciendo el riesgo de recaída y promoviendo un bienestar duradero.

Terapia Metacognitiva para la Ansiedad y Depresión

La Terapia Metacognitiva para la Ansiedad y la Depresión de Adrian Wells ([Wells, 2009](#)) propone que el sufrimiento emocional no se debe a los pensamientos negativos en sí, sino a cómo nos relacionamos con ellos. A diferencia de la terapia cognitivo-conductual, la TMC se enfoca en modificar las creencias metacognitivas que mantienen la preocupación y la rumiación, promoviendo el mindfulness desapegado para reducir su impacto. En lugar de combatir los pensamientos, enseña a gestionarlos de manera flexible, interrumpiendo el ciclo de ansiedad y depresión.

Terapia Racional-Emotiva Conductual

En la Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión, Albert Ellis expone la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) como un método eficaz para superar la ansiedad y la depresión, afirmando que la mayoría del sufrimiento emocional es innecesario y autogenerado por nuestras creencias irracionales (Ellis y Dryden, 1997). Propone tres principios fundamentales: autoaceptación incondicional, aceptación incondicional de los demás y aceptación incondicional de la vida, destacando que nuestras emociones dependen más de cómo interpretamos los eventos que de los eventos en sí. A través del método ABC: Las consecuencias emocionales (C) no son causadas directamente por los estímulos activadores (A), sino por nuestro sistema de creencias (B). Esto nos da la capacidad de cuestionar (D) y cambiar las creencias irracionales (Ib), lo que permite alcanzar nuevos efectos y una filosofía de vida (E).

Ellis enseña cómo identificar y desafiar pensamientos irracionales para generar emociones más saludables. Ellis subraya la importancia del pensamiento científico para desarrollar una actitud más racional, flexible y resiliente, promoviendo el bienestar y rechazando la infelicidad.

Conclusión

Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo triste, irritado o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales y somáticos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. La Activación Conductual, el Protocolo Unificado, la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Metacognitiva de Wells, y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis son enfoques terapéuticos que buscan mejorar la salud mental del paciente mediante la modificación de pensamientos y comportamientos disfuncionales. Todas ellas utilizan técnicas estructuradas y empíricas, enfatizan la importancia de cambios graduales y adaptativos, y tienen como objetivo final que el paciente desarrolle habilidades para gestionar su salud mental de manera autónoma y sostenible.

Referencias

American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., y Carl, J. R. (2014). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press.

Ellis, A., y Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer Publishing Company

Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. The Guilford Press.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad* (11.^a ed.). <https://icd.who.int/es/>

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. The Guilford Press.

PSICOESTUDIANTES

CEP - PIE

