LIBRO DE CAPÍTULOS

IV Congreso Nacional de Psicología

International Symposium on Psychological Prevention

Consejo General
de la Psicología
ESPAÑA

ISBN: 978-84-947385-5-5

ÍNDICE

ADICCIONES

→ JUEGOS DE AZAR, MITOS Y RIESGO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE: RELACIÓN Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN - Ana Baeza y Alfonso Salgado-Ruíz 2.

→ ESTUDIO PILOTO MANTENTE REAL EN GALICIA: UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS EN LA ADOLESCENCIA - Olalla Cutrín Mosteiro, Lorena Maneiro Boo, María Patricia, Navas Sánchez y José Antonio Gómez-Fraguela 9.

→ PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN - Josefina Patiño-Masó, Olga Hernández-Serrano, María Eugenia Gras, Montserrat Planes y Silvia Font-Mayolas 16.

→ GAMERTEST: UN INSTRUMENTO ONLINE PARA DETECTAR EL USO PROBLEMÁTICO DE JUEGOS EN INTERNET EN JÓVENES Y ADOLESCENTES - Marina Vallejo-Achón, Marta Labrador, Ignacio Fernández-Arias, Francisco J. Labrador, Francisco J. Estupiñá e Iván Sánchez-Iglesias 24.

AGRESIÓN Y CONDUCTA PROSOCIAL

→ LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROGENITORES: PREVALENCIA Y RAZONES PARA LAS AGRESIONES - Nazaret Bautista-Aranda, Mª Carmen Cano-Lozano y Lourdes Contreras-Martínez 31.

DIFERENCIAS INDIVIDUALES

→ EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS MAYORES - Beatriz López-Luengo y José Antonio Muela-Martínez 38.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

→ PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO: UTILIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS) - M. Belén Vázquez y M. Carmen Míguez 46.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

→ EL IMPACTO DE LA LÓGICA BAYESIANA EN EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA - Jorge López Puga y Ana Mª Ruíz-Ruano García 54.

NEUROPSICOLOGÍA

→ DEPRESIÓN MAYOR Y DEMENCIA: UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES - Francisco Javier Balea-Fernández 62.

→ INTELIGENCIA Y FUNCIONES EJECUTIVAS: ESTUDIO PRELIMINAR - Esperanza Bausela-Herreras 67.

PSICOBIOLOGÍA

→ ¿QUÉ APORTA EL ESTUDIO DE MICROBIOTA INTESTINAL AL MANEJO DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA? - María del Rocío González-Soltero, Vanessa Méndez-Figueroa, Ascensión Blanco-Fernández y Mar Larrosa 76.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

→ EL IMPACTO DE LA ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA DE LOS DISPARADORES DE LA RUMIA EN LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA - Bárbara Gil-Luciano, Tatiana Calderón, Daniel Tovar, Beatriz Sebastián, Francisco Ruiz 83.

→ EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO CON OTROS PARTICIPANTES DE LA RED: FAVORECIENDO EL CAMBIO DE NARRATIVAS - Patricia Guerra-Mora1, Noelia Martínez-Menéndez, Verónica Concha-González, Maria Isabel Pereira-Lestayo, María Dolores Méndez-Méndez y Cristina Ibañez-López 90.

→ CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES DE LOS PADRES Y MADRES QUE SUFREN VIOLENCIA FILIO-PARENTAL - Daniel Marañon y Gorka Vazquez 95.

ÍNDICE

→ TERAPIA DE GRUPO EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA. CÓMO SOBREVIVIR AL IMPERIO DE LA EXIGENCIA - Noelia Martínez-Menéndez, Verónica Concha González, Maria Isabel Pereira-Lestayo, María Dolores Méndez-Méndez, Cristina Ibáñez-López y Patricia Guerra-Mora 103.

→ VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA SISTÉMICA REALIZADA MEDIANTE EL ENFOQUE DE LAS CONSTELACIONES FAMILIARES DE BERT HELLINGER - Sara Rodríguez-Simón, Emerita Puig-Rebustes, Albert Martínez-Puig y Sofía Rotger-Della 108.

→ EL IMPACTO DE LA TECNOFERENCIA EN LA FELICIDAD DE LAS PAREJAS - Ana María Ruíz-Ruano García y Jorge López-Puga 118.

→ EFICACIA DEL PROTOCOLO UNIFICADO (UP) EN LOS TRASTORNOS EMOCIONALES: ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO CON RELAJACIÓN Y MINDFULNESS COMO GRUPOS CONTROL - M. Teresa Rosique, Paloma Chorot, Rosa M. Valiente, Julia García-Escalera y Bonifacio Sandín 125.

→ MODALIDADES DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO A NIVEL ESCOLAR: ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD - Alba Val-Noguerol y Mª Carmen Míguez 132.

PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

→ ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DEL ALUMNADO CON ALTAS CAPACIDADES: PROGRAMA AMENTÚRATE - Teresa Gallego-Álvarez, Alba Ibáñez-García, Juan Amodia-de la Riva, Maricel Totoricagüena-Martín, Ruth Villalón-Molina, Rocío Ruiz-Cobo y Verónica Guillén-Martín 143.

→ UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA LA MEJORA DEL AJUSTE ESCOLAR A TRAVÉS DE VARIABLES PSICOLÓGICAS - Arantzazu Rodríguez-Fernández, Inge Axpe-Saez e Iker Izar de la Fuente 150.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

→ EL CONSUMO DE CAFEÍNA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE - Montserrat Belinchón-Ortiz 158.

→ MARCO CONCEPTUAL PARA DESARROLLAR FACTORES DE PROTECCIÓN DE LOS 3 A LOS 16 AÑOS PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO: EL COMPONENTE DE GESTIÓN EMOCIONAL DEL PROGRAMA SI! - Vanesa Carral, Carla Rodríguez, Xavier Orrit, Mercedes de Miguel, DomènecHaro, Patricia Bodega, Amaya de Cos-Gandoy, Isabel Carvajal, Juan. M. Fernández-Alvira, Rodrigo Fernández-Jiménez, Gloria Santos-Beneit, Valentín Fuster 165.

→ PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA: PROPUESTA DE UNA APP PARA MEJORAR LA REGULACIÓN EMOCIONAL - Usue de la Barrera, Silvia Postigo-Zegarra, José Antonio Gil-Gómez e Inmaculada Montoya-Castilla 173.

→ SALUD Y ESTRÉS PERCIBIDO EN EL CUIDADOR PRINCIPAL: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ASMA BRONQUIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO I - Laura Lacomba-Trejo, Selene Valero-Moreno, Inmaculada Montoya-Castilla y Marián Pérez-Marín 181.

→ ESTUDIO DE CASO ÚNICO MEDIANTE EL COACHING PSICOLÓGICO MOTIVACIONAL EN UNA JOVEN QUE PRETENDE PERDER PESO Y AUMENTAR SU MASA MUSCULAR - David Peris-Delcampo y Enrique Cantón Chirivella 189.

PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

→ VALIDACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA "LISTADO DE PROBLEMAS DE MEMORIA Y CONDUCTA EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL" REVISED MEMORY AND BEHAVIOUR PROBLEMS CHECKLIST- NURSING HOMES (RMBPC-NH) - Cristina Velasco, Gema Pérez-Rojo, Cristina Noriega, Mª Isabel Carretero, Patricia López-Frutos, Leyre Galarraga y Javier López 198.

ÍNDICE

PSICOLOGÍA DEL TRAUMA

→ ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN LA DESPROTECCIÓN INFANTIL - Begoña Álvarez-Villaverde 206.

→ VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL. CLAVES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA DEL TRAUMA - Amador Cernuda-Lago 215.

→ EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA SENSORIOMOTRIZ EN UN ADULTO VÍCTIMA DE UNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA - Sandra López Gallego y Alicia Álvarez García 221.

PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

→ DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN LA ADOLESCENCIA: ESPECIFICIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA - Nuria García-Barbacil y Tamara Soto-López 229.

→ "¿Y SI NO LA CUIDAN BIEN? A PROPÓSITO DEL DUELO INFANTIL" - Tamara Soto-López y Nuria García-Barbacil 234.

PSICOLOGÍA JURÍDICA Y FORENSE

→ ONLINE GROOMING: CASOS DE MENORES INFRACTORES - Miguel Ángel Alcázar-Córcoles 241.

→ APLICACIONES DE LA NEUROPSICOLOGÍA FORENSE EN LA JURISDICCIÓN CIVIL: IMPLICACIONES PARA LOS INFORMES PERICIALES NEUROPSICOLÓGICOS - Amaya Nagore Casas 247.

→ EL ROL DE VÍCTIMAS Y AGRESORES DE VIOLENCIA ENTRE IGUALES EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL - María José Navas-Martínez y María del Carmen Cano-Lozano 254.

→ TRABAJANDO COMO PSICÓLOGA FORENSE EN LOS JUZGADOS DE INCAPACIDADES Y TUTELAS DE MADRID - Montserrat Videgaín-Llaneras 261.

PSICOLOGÍA SOCIAL

→ DESARROLLO DE UNA NUEVA MEDIDA DE BIENESTAR BASADA EN ESTÍMULOS PARCIALMENTE ESTRUCTURADOS - Miriam Bajo, Darío Díaz, y María Stavraki 267.

→ CREATIVIDAD, INNOVACIÓN Y BIENESTAR EN ORGANIZACIONES SOCIO-EDUCATIVAS: UN ESTUDIO EN CHILE, EUSKADI/PAÍS VASCO Y URUGUAY - Silvia da Costa, Gabriela Etchebehere, Daniel Hermosilla y Dario Páez 274.

→ LA INFLUENCIA DEL FATALISMO SOCIAL EN LA SALUD POSITIVA DE LAS SOCIEDADES. UN ANÁLISIS EMPLEANDO ESTÍMULOS PARCIALMENTE ESTRUCTURADOS - Darío Díaz, Miriam Bajo y Beatriz Gandarillas 283.

→ SUCESOS VITALES ESTRESANTES Y CAPACIDAD DE RESILIENCIA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL: DIFERENCIAS DE GÉNERO - Elena Rodríguez-Sánchez, Esther Rivas-Rivero y Ana Belén García-Varela 290.

PSICOLOGÍA Y MOVIMIENTOS MIGRATORIOS

→ NUEVOS RACISMOS Y NUEVAS ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES PARA AFRONTARLOS - Guillermo Fouce-Fernández, Sandra Orozco-Ortega, Manuel Fco. Martínez-García 297.

PSICOLOGÍA Y SUICIDIO

→ EL SUICIDIO EN LA REGIÓN DE MURCIA ANALIZADO CON FACTORES DE BAYES - Laura P. Moya-Montoya, Ana Mª Ruíz-Ruano y Jorge López-Puga 304.

ÍNDICE

TRABAJO Y ORGANIZACIONES

→ ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y MODALIDADES DE VIOLENCIA EN EL TRABAJO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL - Lautaro Cirami y Liliana Edith Ferrari 313.

→ LA GESTIÓN DE LOS ERRORES EN LAS ORGANIZACIONES Y SU IMPACTO EN LA CONDUCTA INNOVADORA: EL PAPEL MEDIADOR DE LA INICIATIVA GRUPAL - Abel Las Hayas-Gil, Ana Mª Lisbona-Bañuelos y Francisco José Palací-Descals 320.

→ IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PSICO-SOCIOLABORALES EN AGREMIADOS SINDICALES QUE INFLUYEN EN LA SEPARACIÓN CONYUGAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD CON BASE EN SOLVE DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO OIT - Eduardo Leal-Beltrán, Lenin Arenas-Coronado, Rosa María Sánchez-Reynoso, Mario Castellano-Valdez, Roberto Granados-Galván y Laura Ruiz-Gaytán 329.

→ PUNTO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN SOBRE RIESGOS PSICOSOCIALES DEL COP MADRID. GRUPO DE SALUD LABORAL DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID - Helena Thomas-Currás y Elisa Sánchez-Lozano 336.

VIOLENCIA DE GÉNERO

→ RESULTADOS APRECIADOS EN EL CAMBIO CLÍNICO EN AGRESORES VIOLENCIA DE GÉNERO A TRAVÉS DE PROGRAMAS DE REINSERCIÓN BASADOS EN LA EXPERIENCIA PRÁCTICA DE PROFESIONALES - Denis Gil Vega 343.

→ PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN - Josefa Patiño-Masó, Olga Hernández-Serrano, María Eugenia Gras, Montserrat Planes y Silvia Font-Mayolas 350.

ADICCIONES

JUEGOS DE AZAR, MITOS Y RIESGO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE: RELACIÓN Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Ana Baeza y Alfonso Salgado-Ruíz
Universidad Pontificia de Salamanca

Resumen: A menudo, los adolescentes experimentan una falta de información respecto a las características de la conducta de juego de azar y sus posibles consecuencias, lo que puede dar lugar a mitos o creencias erróneas. El presente estudio tiene como objetivo analizar la idoneidad de un modelo teórico que relacione la presencia de mitos con la existencia de riesgo en adolescentes (Estudio 1) e implementar y verificar la efectividad de un programa de intervención, con el objetivo de reducir los mitos (Estudio 2). En el Estudio 1 (N=135) se administró el cuestionario SCRI-PJ y un cuestionario de elaboración propia para medir la presencia o ausencia de mitos. Como conclusión, se obtuvo que el factor riesgo influye de forma significativa en la variable mito. En el Estudio 2 (N=69), los resultados mostraron que la intervención fue efectiva ya que redujo de forma significativa el número de mitos.
Palabras clave: Juego de azar, Adolescentes, Mitos, Riesgo e intervención.

GAMBLING, MYTHS AND RISK IN ADOLESCENTS: RELATIONSHIP AND INTERVENTION PROGRAM

Abstract: Often, adolescents experience a lack of information about the characteristics of gambling and their possible consequences. This lack of information may lead to myths and erroneous beliefs. The objective of this paper is to analyse the suitability of a theoretical model that relates the presence of myth to the existence of risk (Study 1) and to implement and verify the effectiveness of an intervention program with the objective of reducing myths (Study 2). In Study 1 (N=135), the students answered the SCRI-PJ questionnaire and a new questionnaire designed to measure the presence of myths. As a result of this study, it was found that the risk of gambling has significant influence over the myth variable. In Study 2 (N= 69), the results showed that the intervention was effective since it significantly reduced the number of myths.
Key words: Gambling, Adolescents, Myths, Risk and intervention.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es entendida como una etapa de transición durante el desarrollo del ser humano. Durante esta etapa, el adolescente experimenta diversos cambios y comienza la construcción de su propia identidad de cara al inicio de la vida adulta. Según Arnett (1992), este es un periodo de especial vulnerabilidad en relación con el inicio de conductas de riesgo, entre ellas los juegos de azar. Esta vulnerabilidad se ha incrementado considerablemente en los últimos años debido a dos razones principales: la legalización del juego de azar presencial en España (RD 16/1977 del 25 de febrero) y la imparable evolución de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs).

Según la última encuesta publicada sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España (ESTUDES, 2018), el 13,6% de los estudiantes ha apostado a juegos de azar en el último año fuera de

internet, mientras que el 6,4% los han hecho a través de internet. Estos resultados son sorprendentes si se tiene en cuenta que las apuestas en juegos de azar en nuestro país están prohibidas para los menores de edad.

Otro dato destacable de la encuesta ESTUDES (2018) es que solo el 26,9% de los estudiantes han recibido información en su centro educativo sobre los efectos y problemas asociados a participar en juegos de azar. Sin duda alguna esta falta de información supone un importante factor de riesgo para los adolescentes, ya que podría dar lugar a falsas creencia, distorsiones cognitivas o mitos relacionados con el juego de azar, sus efectos y problemas asociados. De hecho, Carbonell y Montiel (2013), afirman que son exactamente estas "creencias erróneas o distorsiones cognitivas respecto al juego patológico entre los jóvenes, lo que podría estar en la base de la conducta de juego" (Carbonell y Montiel, 2013, p. 138).

A partir de esta idea surgen las dos preguntas fundamentales, que serán objeto de este estudio: ¿qué relación existe entre la presencia de mitos y riesgo de padecer una adicción al juego de azar en la población adolescente? (Estudio 1) y ¿puede una intervención reducir de forma significativa el número de mitos que presentan los adolescentes? (Estudio 2).

ESTUDIO 1: RELACIÓN ENTRE MITOS Y RIESGO EN ADOLESCENTES

El objetivo de este primer estudio fue detectar si existe o no relación significativa entre la presencia de mitos y la presencia de riesgo. De este modo la hipótesis de trabajo fue: existen diferencias significativas entre los mitos presentes en la población con o sin riesgo.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En el estudio presentado participaron 135 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años ($M = 16,3$; $D.T. = 1,14$), todos ellos matriculados en cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria y en segundo curso de Bachillerato en un instituto de la provincia de Cádiz. Del total de alumnos encuestados, solo el 20,74% de ellos habían recibido anteriormente en su centro educativo información acerca de los efectos y problemas asociados al juego de azar y las apuestas.

MATERIALES

Para evaluar el riesgo se utilizó el Sistema de Cribado de Riesgo de Problemas de Juegos (SCRI-PJ), propuesto por Bernaldo-de-Quirós et al. (2017). En este estudio se define el factor RIESGO como obtener una puntuación mayor o igual a uno (≥ 1) en el cuestionario SCRI-PG. Este factor, toma los valores Sí o No, siendo Sí presencia de riesgo y No ausencia del mismo.

Por otro lado, se utilizó un cuestionario de elaboración propia para la evaluación de los mitos y falsas creencias partiendo de la evidencia científica disponible en diversas fuentes bibliográficas. Este cuestionario fue elaborado expresamente para este estudio. Para ello, en este estudio se define la variable MITOS como el número de afirmaciones falsas presentes en el cuestionario que cada participante considera como afirmaciones correctas.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se solicitó la autorización al equipo directivo del centro para el desarrollo de este proyecto. Una vez obtenida, se administró a los participantes los cuestionarios descritos en una única sesión. Los alumnos de cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria realizaron los cuestionarios durante el horario de tutoría, mientras que los alumnos de segundo curso de Bachillerato lo realizaron durante la hora de las asignaturas optativas. Finalmente, una vez recogidos todos los datos, se comenzó con el análisis estadístico, mediante el paquete estadístico R-Commander y realizando el análisis de varianza (ANOVA) correspondiente. Durante todo el análisis estadístico se adoptó un nivel de significación bilateral $p < ,05$.

DISEÑO

El diseño propuesto para el desarrollo de este primer estudio es correlacional, ya que en el tratamos de relacionar la presencia de mitos con la existencia de una conducta de riesgo entre los adolescentes encuestados.

RESULTADOS

En primer lugar, se realizó la prueba de Levene para la homogeneidad de la varianza ($f = 0,27$ y p valor$= ,60$). Con estos datos, podemos concluir que no hay diferencias significativas entre las varianzas

Tabla 1
ANOVA relación entre riesgo y mitos

Riesgo	Df	Sum Sq	Mean Sq	*F*	value Pr(<*F*)
RIESGO	1	40,7	40,68	4,739	,03*
RESIDUALS	133	1141,6	8,58		

de los dos grupos considerados (es decir, riesgo y no riesgo). Por otro lado, realizamos el test de normalidad de Shapiro-Wilk (w=0,97 y p valor = ,05). Con estos datos, se acepta la hipótesis de normalidad de la distribución. Para medir la influencia que tiene el factor RIESGO en la variable MITOS, realizamos un ANOVA.

Tras el análisis estadístico, encontramos que existen diferencias significativas entre el factor RIESGO y la variable MITO. Por lo que concluimos que el factor riesgo influye en tener o no un mayor número de mitos.

ESTUDIO 2: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LOS MITOS.

El objetivo principal plantado en este segundo estudio es medir la eficacia del programa de intervención propuesto para la reducción de los mitos detectados, con este objetivo plantemos tres hipótesis de trabajo. La primera, no existen diferencias significativas entre los dos grupos en el momento pre-test. La segunda hipótesis de trabajo, existen diferencias significativas en cuanto a número de mitos detectados tras la intervención (momento post-test) entre el grupo control y experimental. Por último, planteamos que el número de mitos disminuye de forma significativa tras la intervención (momento post-test) en el grupo experimental.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Una vez realizada la evaluación inicial de toda la muestra (estudio 1), se seleccionaron únicamente para llevar a cabo el segundo estudio a los alumnos de segundo de Bachillerato, ya que según el Sistema de Cribado de Riesgo de Problemas de Juegos (SCRI-PJ) se trata de población que presenta un mayor riesgo. A continuación, los alumnos de segundo de Bachillerato fueron divididos en dos grupos, respetando los grupos definidos por el centro. Los dos grupos definidos fueron: grupo control (N=33) y grupo experimental (N=36).

MATERIALES

Los instrumentos utilizados para este segundo estudio fueron los ya descritos para el estudio 1. Para realizar la evaluación en el momento post-test se volvió a utilizar el cuestionario de mitos tanto en el grupo control como en el grupo experimental.

PROCEDIMIENTO

Tras los resultados obtenidos en el primer estudio, se decidió crear e implementar un programa de intervención grupal de tres sesiones de duración, con el objetivo de reducir los mitos relacionados con el juego de azar que presentan los adolescentes. Con el grupo control, no se realizó ninguna intervención simplemente se recogieron los datos en el momento pre-test y post-test. Al grupo experimental se aplicó un programa de intervención de tres sesiones, cada una de ellas de aproximadamente una hora de duración y repartidas en tres semanas consecutivas.

El contenido del programa de intervención se basó principalmente en las necesidades detectadas en la fase de evaluación, es decir se trabajaron principalmente aquellos ítems en los que se había detectado un mayor número de errores. Para el desarrollo de las sesiones seguimos la misma estructura: en primer lugar, plateamos una actividad para introducir la temática a tratar durante la sesión, en segundo lugar, generamos el debate (utilizando vídeos, casos clínicos, artículos, recortes de prensa o alguna actividad experiencial) para comenzar a reflexionar sobre los mitos presentados. En último lugar, realizamos un repaso general de los contenidos de la sesión y damos la oportunidad a los participantes del grupo para expresar sus comentarios u opiniones racionados con el contenido de la sesión.

Finalmente, con todos los datos obtenidos, se comenzó el análisis estadístico, con el paquete estadístico R-Commander. Los análisis estadísticos realizados fueron el análisis de varianza (ANOVA) o Kruskal- Willis. Durante todo el análisis estadístico se adoptó un nivel de significación bilateral $p <$,05.

Tabla 2
Objetivos generales y específicos del programa de intervención propuesto

Objetivo General	Objetivos Específicos
- Desarrollar un programa de intervención para reducir los posibles mitos relacionados con el juego de azar.	- Ofrecer información acerca de la adicción al juego de azar y de sus posibles consecuencias en la población adolescente.
	- Desarrollar un pensamiento crítico basado en la evidencia científica.
	- Cuestionar falsas ideas irracionales y creencias acerca de la adicción al juego de azar.
	- Facilitar un lugar en el que los adolescentes puedan expresar libremente su opinión, debatir y preguntar todas sus dudas.

DISEÑO

Para este segundo estudio utilizamos un diseño experimental, con pre-test y post-test, con grupo experimental y control.

RESULTADOS

a) Hipótesis 1: No existen diferencias significativas entre los dos grupos en el pre-test.

Se realizó la prueba de Levene para la homogeneidad de la varianza (f = 0,03 y p= ,57). Con estos datos, se puede concluir que no hay diferencias significativas entre las varianzas de los dos grupos. Por otro lado, se realizó el test de normalidad de Shapiro-Wilk (w=0,95 y p= ,1). De este modo se dan las condiciones necesarias para la aplicación de un análisis ANOVA de un factor.

Tabla 3
ANOVA para la variable mito y el factor grupo

Pre-test	Df	Sum Sq	Mean Sq	*F*	value Pr(<*F*)
GRUPO	1	23,3	23,33	3,962	,05*
RESIDUALS	67	394,6	5,09		

En esta ocasión, obtuvimos que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en el momento pre-test. Por lo que concluimos que ambos grupos (control y experimental) en el momento pre-test son homogéneos.

b) Hipótesis 2: Existen diferencias significativas en cuanto a número de mitos detectados tras la intervención (post-test) entre el grupo control y experimental.

Se realizó la prueba de Levene para la homogeneidad de la varianza (f = 4,35 y p = ,04). Por otro lado, se realizó el test de normalidad de Shapiro-Wilk (w = 0,86 y p = ,00). Como conclusión, se rechaza la hipótesis de normalidad de la distribución de los datos y, por consiguiente, se decide aplicar la prueba Kruskal- Wallis.

Tabla 4
Kruskal- Willis mitos de los grupos control y experimental en post-test

Kruskal - Wallis		
Chi-cuadrado = 15,791	Df=1	*P* valor= ,000***

Tabla 5
Kruskal- Willis, comparación pre-test y post-test de mitos en el grupo experimental

Kruskal - Wallis		
Chi-cuadrado = 12,108	Df=1	*P* valor= ,000***

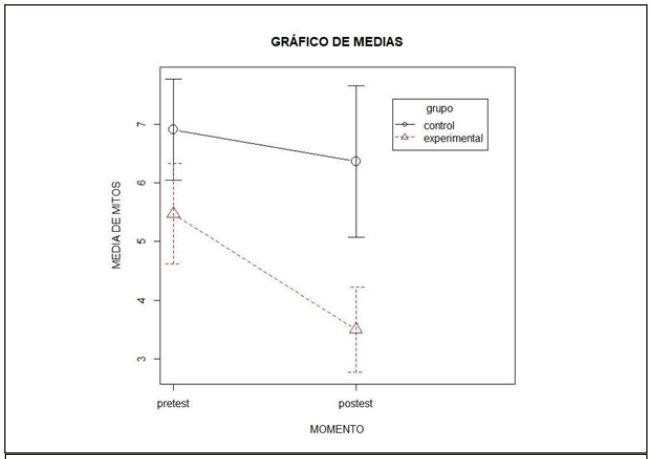


Figura 1. Resultados del segundo estudio

De este modo, concluimos que existen diferencias significativas en cuanto al número de mitos detectados tras la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.

c) Hipótesis 3: El número de mitos disminuyen de forma significativa tras la intervención en el grupo experimental.

Se realiza la prueba de Levene para la homogeneidad de la varianza (f = 2,02 y p valor= ,16). Al no verificarse la hipótesis de homogeneidad de las varianzas, realizamos el test no paramétrico de Kruskal- Wallis

Finalmente, tras el análisis estadístico de esta tercera hipótesis, llegamos a la conclusión de que el número de mitos disminuye de forma significativa tras la intervención en el grupo experimental.

En pocas palabras, podemos afirmar que la intervención propuesta mejora el número de mitos presentes en el grupo experimental de forma significativa. Siendo esta disminución debida a la intervención y no al simple paso del tiempo.

DISCUSIÓN

Durante la realización de este estudio, ponemos de manifiesto que resulta necesario proporcionar a los adolescentes una educación e información continuada desde edades tempranas sobre juegos de azar. Otro hecho significativo, es que hasta ahora los programas de prevención principalmente se han centrado en adicciones con sustancias, dejando totalmente a parte las adicciones sin sustancia. De hecho, para la mayor parte de los participantes del grupo experimental esta es la primera vez que reciben información en su centro educativo sobre el juego de azar, sus características y sus posibles consecuencias.

En el primer estudio presentado, se pretende proponer un modelo teórico de referencia, que relacione la presencia del factor riesgo con mayores puntuaciones en la variable mito. Finalmente, se concluye, que existe relación entre un mayor número de mitos y la presencia de riesgo en la población objeto de estudio, siendo el factor riesgo un posible predictor o mediador de la variable mitos. De este modo, los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con el encontrados por otros autores como por ejemplo: Donati, Chiesi, Lozzi, Manfredi, Fagni y Primi (2018), Nicholson, Graves, Ellery y Afifi (2016), Ricijas, Dodig y Huic (2016) y Ruiz-Pérez y Echeburúa (2017).

En el segundo estudio presentado, se pretende verificar y aplicar las conclusiones del primer estudio, presentado un programa de intervención. Como conclusión de este segundo estudio, podemos afirmar que la intervención aplicada al grupo experimental ha sido efectiva para reducir los mitos y que sin duda alguna los resultados obtenidos se deben a la intervención y no al simple paso del tiempo. De este modo, se puede concluir que el programa de intervención propuesto ha conseguido concienciar y mejorar significativamente los conocimientos acerca del juego de azar de los adolescentes que forman parte del grupo experimental. Esta concienciación y este mejor conocimiento han sido los responsables del descenso del número de mitos presentes en el momento post-test. Por lo tanto, la intervención propuesta podría ser considerada como una herramienta eficaz de prevención, si tenemos en cuenta lo planteado en el primer estudio. Finalmente, podemos decir que los resultados encontrados en este estudio concuerdan con los presentados por otros estudios, como por ejemplo: Donati, Chiesi, Lozzi, Manfredi, Fagni y Primi (2018) o los planteados por Huic, Kranzelic, Dodig y Ricijas (2017).

En este trabajo se han incluido dos aspectos novedosos. Por un lado, presentamos una escala de elaboración propia destinada a medir los mitos presentes en la población objeto de estudio. En segundo lugar, destacar que este es uno de los primeros estudios que utiliza la escala Sistema de Cribado de Riesgo de Problemas de Juegos (Bernaldo-de-Quirós et al., 2017).

Los estudios presentados en este trabajo, presentan varias limitaciones. En primer lugar, destacamos que la selección de la muestra no se ha realizado de forma aleatoria. En segundo lugar, podemos destacar que el grupo experimental estuvo formado por los alumnos de la asignatura optativa para de Psicología, por lo que posiblemente estuvieran más motivados para el desarrollo de la evaluación y el posterior programa de intervención. Una tercera limitación podría ser, el tamaño de la muestra, debido a las dificultades encontradas a la hora de acceder a la población objeto de estudio.

En cuanto a las posibles líneas de trabajo futura, se sugieren tres ideas. Por un lado, sería especialmente conveniente continuar el programa propuesto realizando un estudio de carácter longitudinal, lo que permitiría medir la permanencia de los conocimientos adquiridos tras el programa de intervención y sus posibles consecuencias sobre la conducta de juego a lo largo del tiempo. Por otro lado, sería recomendable incluir otras variables como el estudio del contexto familiar. Finalmente, será conveniente aumentar el tamaño de la muestra, incluyendo a alumnos de otros centros educativos, con el fin de obtener una población más amplia.

CONCLUSIÓN

Mediante el estudio que acabamos de presentar, tratamos dar respuesta a la necesidad de incluir la adicción al juego de azar en los planes y programas de prevención, objetivos ya marcados en la actualidad por Plan de Acción Sobre Adicciones 2018-2020 y la Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024 y puestos de relieve en encuestas como ESTUDES (2018).

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la importancia de tratar los mitos en los programas de prevención destinados a población adolescente sobre juegos de azar. Del mismo modo, concluimos que los dos objetivos de este estudio han sido conseguidos. En primer lugar, hemos comprobado como el factor riesgo influye de forma significativa en la variable mito, por lo que reduciendo el número de mitos contribuiremos a reducir el riesgo de una conducta de juego problemática entre los adolescentes. Para ello, en segundo lugar, proponemos los cimientos de un programa de intervención eficaz para reducir los mitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnett, J. (1992). Reckless behaviour in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review, 12,* 339-373.

Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., García-Fernández, G., y Labrador-Méndez, M. (2017). Psychometric properties of a brief on-line screening instrument to detect at-risk gamblers. *Psicothema, 29*(4), 558–562. https://doi.org/10.7334/psicothema2016.378.

Carbonell, X., y Montiel, I. (2013). *El juego de azar online en los nativos digitales Jóvenes*. Valencia: Tirant Humanidades.

Donati, M. A., Chiesi, F., Lozzi, A., Manfredi, A., Fagni, F., y Primi, C. (2018). Gambling-related distortions and problem gambling in adolescents: A model to explain mechanisms and develop interventions. *Frontiers in Psychology, 8*(JAN), 1–12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02243

Huic, A., Kranzelic, V., Dodig, D., y Ricijas, N. (2017). Who Really Wins? Efficacy of a Croatian Youth Gambling Prevention Program. *Journal of Gambling Studies, 33*(3), 1011–1033. https://doi.org/10.1007/s10899-017-9668-4

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). Estrategia Nacional Sobre Adicciones. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_20172024__aprobada_CM.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Plan de Acción sobre Adicciones 2018 - 2020*. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf

Nicholson, R., Graves, C., Ellery, M., y Afifi, T. (2016). The Temporal Relationship Between Faulty Gambling Cognitions and Gambling Severity in Young Adults. *Journal of Gambling Studies, 32*(4), 1215–1229. https://doi.org/10.1007/s10899-016-9605-y

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España* (ESTUDES). Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/

sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Estadisticas.pdf

Ricijas, N., Dodig, D., y Huic, A. (2016). Predictors of adverse gambling related consequences among adolescent boys. *Children and Youth Services Review, 67*, 168–176. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.06.008

Ruiz-Pérez, J., y Echeburúa-Odriozola, E. (2017). Cuestionario breve de juego patológico en estudiantes colombianos: Propiedades psicométricas. *Universitas Psychologica, 16*(3). https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.cbjp

ESTUDIO PILOTO MANTENTE REAL EN GALICIA: UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS EN LA ADOLESCENCIA

Olalla Cutrín Mosteiro, Lorena Maneiro Boo, María Patricia Navas Sánchez y José Antonio Gómez-Fraguela

Universidad de Santiago de Compostela

Resumen: Mantente REAL es un programa de prevención del consumo de drogas y otras conductas problemáticas en el inicio de la adolescencia. El programa se centra en la promoción de habilidades personales y sociales generales, así como de habilidades de resistencia específicas: Rechaza, Explica, Aléjate-No vayas y Levántate-Vete. La muestra del estudio piloto Mantente REAL – Galicia estaba formada por 347 adolescentes cursando 1º de ESO, entre 11 y 14 años (M = 12,22; DT = 0,54), el 45,7% mujeres. Los resultados indican que la mayoría de los jóvenes todavía no han comenzado a consumir sustancias. Además, a estas edades ya manifiestan actitudes negativas hacia el consumo y tienen integradas en su repertorio conductual estrategias de evitación de la presión grupal. En cuanto a las diferencias de género, se han encontrado diferencias en el uso de las estrategias REAL y otras estrategias no-REAL entre chicos y chicas.
Palabras clave: Prevención, Consumo de sustancias, Adolescentes, Estrategias REAL.

KEEPIN´IT REAL PILOT STUDY IN GALICIA: A PREVENTION PROGRAM OF SUBSTANCE ABUSE AND OTHER PROBLEMATIC BEHAVIORS IN ADOLESCENCE

Abstract: Keepin´it REAL is a prevention program in substance abuse and other problematic behaviors at the beginning of adolescence. The program focuses on the promotion of general personal and social skills, as well as specific resistance skills: Refuse, Explain, Avoid and Leave. The sample of the pilot study Keepin´it REAL - Galicia was composed by 347 adolescents between 11 and 14 years old (M = 12.22, SD = 0.54), 45.7% women that studying in first year of ESO. The results indicate that most of adolescents have not yet begun to consume substances. In addition, at these ages they already show negative attitudes toward consumption and have strategies of avoidance of group pressure integrated into their behavioral repertoire. Regarding gender differences, differences have been found in the use of REAL strategies and other non-REAL strategies between boys and girls.
Key words: Prevention, Substance Abuse, Adolescents, REAL Strategies.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias en jóvenes es uno de los problemas que más preocupa a la sociedad actual (Moreno et al., 2016). El programa Mantente REAL (originalmente *keepin' it REAL*; Marsiglia & Hecht, 2005), que se ha mostrado eficaz para la prevención del consumo de drogas en diversos países, ha sido adaptado al contexto español y puesto a prueba para evaluar su eficacia.

Mantente REAL es un programa de prevención del consumo de drogas y otras conductas problemáticas en la adolescencia aplicado por el propio profesorado en el aula y enfocado hacia el desarrollo de habilidades personales y sociales. Específicamente, se ha diseñado para ser implementado en el inicio de la adolescencia y, de esta forma, prevenir de forma temprana el consumo de sustancias. El programa ha sido elaborado, implementado y evaluado en Estados

Unidos por el equipo interdisciplinario Global Center for Applied Health Research (Arizona State University) forma parte de la lista de Programas Modelo del país. También se ha implementado y evaluado en otros países de habla hispana, como Uruguay, México, Guatemala y España. Las distintas adaptaciones de Mantente REAL han dado lugar a la elaboración de distintos manuales de implementación del programa (i.e., Manual del Profesor/a y Manual del Alumno/a) específicos para cada región. El programa adaptado a España cuenta con un total de 12 lecciones que deben ser implementadas por el profesorado en el aula de forma semanal.

El propósito principal del programa es enseñar a los estudiantes cómo decir NO a los ofrecimientos de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas de una forma práctica y fácil, usando estrategias representadas por el acrónimo REAL: Rechaza, Explica, Aléjate-No vayas y Levántate-Vete. La estrategia *Rechaza* hace referencia a la capacidad de decir *No* de forma clara, directa y respetuosa. La estrategia *Explica* consiste en dar una o más razones válidas y verdaderas para decir *No*. Por su parte, la estrategia *Aléjate-No Vayas* consiste en Alejarse o No Ir a lugares, situaciones o con personas para permanecer físicamente lejos de comportamientos de riesgo. Por último, la estrategia *Levántate-Vete* hace referencia a la retirada o abandono de una situación que es peligrosa, amenazante y de riesgo en la que no se quiere estar, sin molestarse y sin dar explicaciones. El programa combina la adquisición de habilidades específicas de resistencia a la influencia social para consumir drogas, basadas en las estrategias REAL, con otras habilidades personales y sociales que juegan un papel esencial en el ajuste psicológico y desarrollo psicosocial de los adolescentes (e.g., habilidades de comunicación, asertividad, resolución de problemas) (Sancassiani et al., 2015).

Aprender e integrar este tipo de habilidades adquiere una especial relevancia en la adolescencia ya que constituye un período evolutivo crítico en el desarrollo psicosocial, especialmente en lo que a susceptibilidad a la influencia social se refiere. En la adolescencia, el grupo de iguales se convierte en el agente socializador de referencia, dada la necesidad de pertenencia y aceptación por parte del grupo de iguales normativo (Collins & Laursen, 2004). La influencia del grupo facilita que en muchas ocasiones se presenten "conductas problemáticas" como una forma de aumentar su aceptación, estatus y manifestar su independencia y autonomía frente a las personas adultas (Steinberg, 2017). Por ello, el inicio de la adolescencia constituye un periodo ideal para la enseñanza de estrategias de resistencia a la presión social para el consumo de sustancias en aras de prevenir la implicación en comportamientos poco saludables y, así, favorecer un desarrollo psicosocial positivo.

El programa Mantente REAL ha sido elaborado para que sea posible incorporar el contexto cultural, la forma de comunicación y el proceso de toma de decisiones de los propios alumnos en la enseñanza de las habilidades sociales. Para ello, se apoya en el visionado de videos con el fin de reforzar el aprendizaje basado en las normas culturales de los adolescentes, el cual les enseña a utilizar sus recursos personales y los recursos y valores culturales de sus familias y comunidades. Por tanto, el programa Mantente REAL está hecho *por jóvenes, para jóvenes*. Además, el programa tiene en cuenta las diferencias de género y la diversidad sociocultural, que se reflejan principalmente en los valores que determinan las creencias y formas de actuar en cada contexto. Esta sensibilidad cultural y de género facilita que los mensajes de prevención lleguen a la diversidad de la población adolescente ya que, distintos grupos culturales así como los chicos y chicas, pueden mostrar patrones de consumo diferenciados y presentar factores de riesgo distintos (e.g., Cutrín, Gómez-Fraguela, & Sobral, 2017).

EVIDENCIA DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA: ESTUDIO PILOTO MANTENTE REAL – GALICIA

Los estudios llevados a cabo hasta el momento para evaluar la eficacia del programa Mantente REAL en distintos contextos han mostrado que el programa es efectivo para la prevención de uso de sustancias. En general, los datos indican que el programa produce efectos significativos en la reducción de las drogas de entrada (alcohol, tabaco y cannabis), aumentando las actitudes negativas de los adolescentes hacia el consumo de drogas y aumentando las estrategias de resistencia para evitar su uso (e.g., Kulis, Booth, & Becerra, 2016; Kulis et al., 2005).

El estudio piloto Mantente REAL – Galicia pretende evaluar la eficacia de los materiales previamente adaptados al contexto español

del programa Mantente REAL en población de adolescentes de la Comunidad Autónoma de Galicia. La información aportada por este estudio piloto servirá, asimismo, para basar futuros proyectos de adaptación cultural y avanzar en la adaptación del material del programa Mantente REAL al contexto gallego. En definitiva, la implementación de un programa de estas características representa un importante avance en materia de prevención en centros educativos y permite adelantar y disponer de respuestas oportunas a una demanda social patente en los contextos educativos, sociales y familiares. En este trabajo se presentan algunos de los datos preliminares que se han derivado de la puesta en marcha del estudio en el presente curso escolar 2018-2019.

MÉTODO

PARTICIPANTES

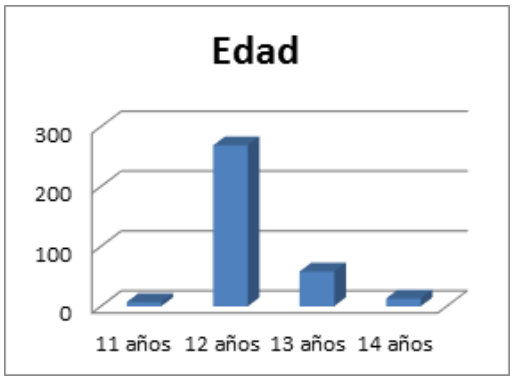
La muestra del estudio piloto Mantente REAL – Galicia está formada por 347 adolescentes que cursan el primer curso de la Educación Secundaria Obligatoria en 6 centros educativos públicos de la provincia de A Coruña (Galicia). Como se muestra en la Gráfica 1, los adolescentes tienen entre 11 y 14 años (M = 12,22; DT = 0,54) y el 45,7% son mujeres. El 87% de los adolescentes nacieron en Galicia, el 4,9% en otra parte de España y el 8,1% en otro país distinto.

VARIABLES

- *Frecuencia de consumo de sustancias*. Los adolescentes informaron de sus hábitos de consumo de drogas, indicando en un rango de 7 alternativas (*ninguna – solo una vez – 2-3 veces – 4-9 veces – 10-19 veces – 20-39 veces – 40 veces o más*) la frecuencia con la que han consumido alcohol, tabaco y cannabis a lo largo de su vida.

- *Actitudes ante el consumo de sustancias*. Los adolescentes han respondido a dos tipos de preguntas para informar acerca de sus actitudes ante el consumo de sustancias. El ítem "Si tuvieras oportunidad este fin de semana, ¿consumirías…?" se presentó de forma separada para alcohol, tabaco y cannabis para evaluar la actitud general ante el consumo a través de un rango de 4 alternativas de respuesta (*definitivamente no – probablemente no – probablemente sí – definitivamente sí*). Por otra parte, se presentaron 3 ítems de situaciones concretas (e.g., "¿Qué dirías si un miembro de la familia te ofrece alcohol?") con un rango de 4 alternativas de respuesta (*seguramente diría que no – probablemente diría que no – tendría dificultades para decir que no – no podría decir que no*).

- *Estrategias para evitar la presión grupal*. Los adolescentes han respondido a dos escalas: una escala de 8 ítems para valorar el uso de estrategias ante una situación general de presión grupal (e.g., "Cuando sientes presión para hacer algo que no quieres hacer, ¿con qué frecuencia inventas una excusa?"; α = ,78) con 5 alternativas de respuesta (*nunca – a veces – muchas veces – casi siempre – siempre*) y, por otra parte, una escala 5 ítems para valorar el uso de estrategias ante una situación hipotética concreta de presión para el consumo de alcohol (e.g., "Si un amigo te ofreciera una cerveza en una fiesta... Me iría o me alejaría sin tomar la cerveza"; α = ,61) con 4 alternativas de respuesta (*nunca – a veces – muchas veces – casi siempre*).



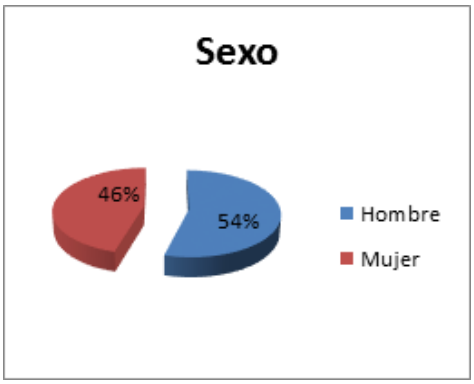


Figura 1. Edad y sexo de los participantes en el estudio piloto Mantente REAL – Galicia.

PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo el estudio piloto Mantente REAL – Galicia se contactó en primer lugar con 14 centros educativos, a los cuales se les proporcionó la información necesaria sobre el estudio. Puesto que el objetivo inicial era obtener una muestra próxima a los 400 participantes, el reclutamiento finalizó una vez confirmada la participación de seis centros de educación secundaria. Estos centros fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: tres centros fueron asignados al grupo experimental (i.e., se aplica el programa Mantente REAL) y los otros tres fueron asignados al grupo control (i.e., no se aplica el programa Mantente REAL). Para garantizar la validez del estudio la asignación a los grupos control y experimental se realizó al azar entre los centros educativos que accedieron a participar en el proyecto. En los centros asignados al grupo experimental el programa se aplicó en la totalidad de las aulas correspondientes al primer curso de ESO. El programa fue implementado por los propios tutores, para lo cual contaron con una formación práctica previa y un Manual del Profesor/a, en el que se detallan todas las actividades y procedimientos a seguir. Con el fin de evaluar la eficacia del programa se llevó a cabo una recogida de datos en todos los centros, previa a la implementación de las sesiones en los centros pertenecientes al grupo experimental (i.e., recogida pre-test). Durante la implementación del programa, se realizaron 3 sesiones de observación para valorar las dificultades reales de la aplicación del programa y el grado de satisfacción con el mismo. Al finalizar la implementación de las sesiones, se realizará de nuevo una recogida de datos en todos los centros (i.e., recogida post-test). Los datos pre-test y post-test de grupo experimental y grupo control se compararán al final del proyecto para evaluar las diferencias entre las dos condiciones. De este modo, la evaluación de la eficacia seguirá las recomendaciones de algunos autores (Fernández, Nebot, & Jané, 2002) que proponen utilizar una metodología cuantitativa y cualitativa.

RESULTADOS

HÁBITOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

La mayoría de los adolescentes afirmaron no haber probado el alcohol (74,6%), el tabaco (93,3%) o el cannabis (99,1%) (ver Gráfica 2). De los 87 adolescentes que dicen haber probado el alcohol, el 50,6% lo han probado solo una vez. En cuanto a las diferencias de género en los hábitos de consumo, los chicos han informado en mayor medida que las chicas de haber probado o de consumir bebidas alcohólicas (t = 2,704, p = ,007). Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre chicos y chicas en la frecuencia de consumo de tabaco (t = 0,677, p = ,499) o de cannabis (t = 1,237, p = ,217).

ACTITUDES ANTE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Como se muestra en la Gráfica 3, casi la totalidad de los adolescentes afirmaron que definitivamente no probarían el alcohol (92,8%), el tabaco (97,1%) o el cannabis (98,8%) aunque tuviesen oportunidad para hacerlo. No se han encontrado diferencias de género en la actitud general hacia el consumo de bebidas alcohólicas (t = 1,264, p = ,207), tabaco (t = -0,417, p = ,677) o cannabis (t = 1,761, p = ,079). De forma similar, cuando se presentan situaciones concretas de ofrecimiento de sustancias (ver Gráfica 4), la mayoría de los adolescentes informaron de que con seguridad dirían que no si un familiar les ofreciese alcohol (83,3%), si otro estudiante les ofreciese un cigarrillo (94,5%) o si un amigo cercano les ofreciese marihuana o hachís (98,8%).

Figura 2. Frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

Figura 3. Actitud general ante el consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

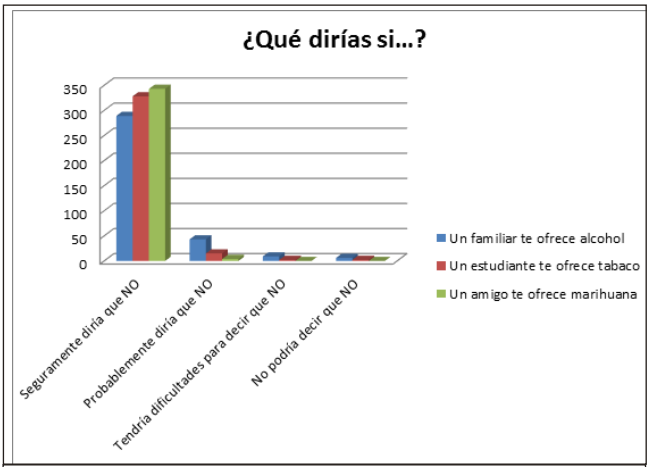


Figura 4. Actitudes ante situaciones concretas de ofrecimiento de sustancias.

En la situación concreta de ofrecimiento de alcohol en el contexto familiar, se han encontrado diferencias de género en el grado de seguridad para rechazar la oferta (t = 2,271, p = ,024). Así, un 6,4% de los chicos, frente a un 1,9% de las chicas, informaron de que tendrían dificultades para negarse o no podrían decir que no ante esta situación. No se han encontrado diferencias de género en las situaciones concretas de rechazar la oferta de tabaco de otro estudiante (t = -0,827, p = ,409) y rechazar la oferta de marihuana de un amigo (t = -1,184, p = ,237).

ESTRATEGIAS PARA EVITAR LA PRESIÓN GRUPAL

En cuanto a las estrategias para enfrentarse a situaciones de presión grupal (ver Gráfica 5), se ha encontrado que las estrategias más utilizadas por los adolescentes son irse de la situación o del lugar (87,6%) o rechazar sin dar explicaciones (80,8%), seguidas por ignorar a la persona o la situación (76,1%), contárselo a un adulto (73,3%) e intentar desviar la atención cambiando de tema (68%). Las estrategias de rechazar explicando los motivos (55,4%) e inventar una excusa (53,8%) son utilizadas solo por la mitad de los sujetos. Por último, la estrategia basada en enfadarse o reaccionar con empujones o violencia (14,3%) es utilizada de forma limitada. Únicamente se han encontrado diferencias de género en el uso de las estrategias de ignorar a la persona o la situación (t = 2,034, p = ,043) y de enfadarse y usar violencia (t = 3,800, p < ,001), siendo en ambos casos los chicos los que informaron de utilizar estas estrategias para evitar la presión grupal con mayor frecuencia que las chicas.

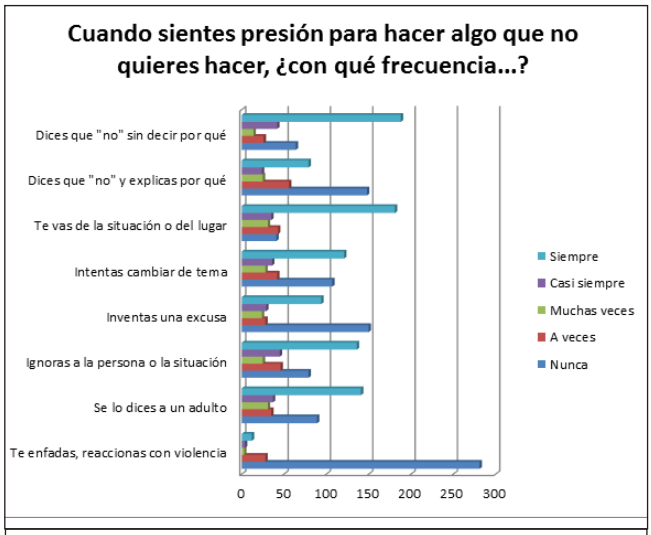


Figura 5. Estrategias de rechazo ante una situación general de presión grupal.

Los resultados indican que el patrón de uso de las estrategias se adapta al tipo de situación. Tal y como se muestra en la Gráfica 6, cuando a los adolescentes se les presenta la situación hipotética concreta de una fiesta en la que un amigo les ofrece una cerveza, las estrategias más utilizadas por los adolescentes son decir "no" sin dar explicaciones (84,6%), irse o alejarse sin tomar la cerveza (75,3%) y decir "no" añadiendo una explicación o una excusa (62,6%). La estrategia que supone anticipar la situación y, por tanto, evitar ir a la fiesta es utilizada solo en la mitad de los casos (53,5%) y la estrategia de fingir que beben la cerveza solo sería utilizada por el 27% de los adolescentes. Únicamente se han encontrado diferencias de género en el uso de la estrategia de fingir tomarse la bebida (t = 2,575, p = ,010), siendo los chicos los que informaron de llegar a utilizarla con mayor frecuencia que las chicas.

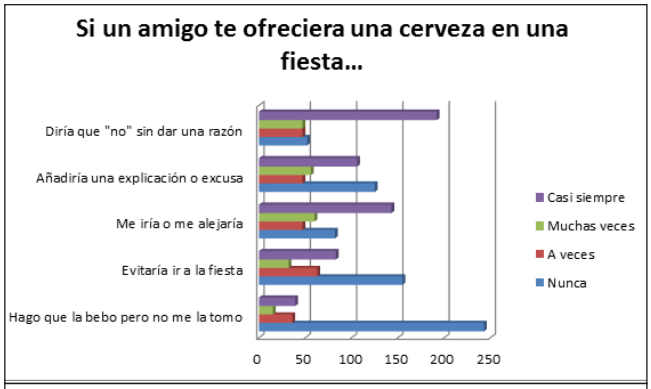


Figura 6. Estrategias de rechazo al ofrecimiento de alcohol en una situación concreta.

DISCUSIÓN

Mantente REAL es un programa de prevención del consumo de drogas y otras conductas problemáticas desarrollado para ser implementado en el inicio de la adolescencia. Este programa está diseñado para que sean los propios profesores los encargados de la aplicación del programa en el aula, con el propósito principal de enseñar a los estudiantes cómo decir NO a los ofrecimientos de sustancias de una forma práctica. Así, se enseñan habilidades personales y sociales generales (e.g., habilidades de comunicación, asertividad, resolución de problemas) y habilidades de resistencia específicas basadas en las estrategias representadas por el acrónimo REAL: Rechaza, Explica, Aléjate-No vayas y Levántate-Vete. Este programa, que se ha mostrado eficaz en diversos países, ha sido adaptado a contexto español y puesto a prueba para evaluar su eficacia. El estudio piloto Mantente REAL – Galicia pretende, por tanto, evaluar la eficacia de los materiales previamente adaptados al contexto español en población de adolescentes de la Comunidad Autónoma de Galicia. En este trabajo se han presentado algunos de los datos preliminares que se han derivado de la puesta en marcha del estudio en el presente curso escolar 2018-2019.

Los resultados han mostrado que la práctica totalidad de los adolescentes de 11 a 14 años no han consumido hasta el momento ninguna sustancia, ya sea alcohol, tabaco o cannabis. Otros estudios han demostrado que la edad de inicio media de consumo de sustancias en los jóvenes españoles se encuentra entre los 14 y los 15 años (Colell, Sánchez-Niubò, & Domingo-Salvany, 2013). Por tanto, el inicio de la adolescencia supone un momento óptimo para implementar este tipo de programa ya que, siguiendo las indicaciones de diversos autores (e.g., Gázquez, García del Castillo, & Espada, 2009; Gottfredson & Wilson, 2003), la mejor propuesta preventiva es la que se lleva a cabo antes de que aparezca el fenómeno del consumo de sustancias. De forma similar a los resultados de otros estudios (e.g., Luengo et al., 2008), los resultados encontrados en este estudio indican que los chicos informaron de haber probado bebidas alcohólicas en mayor medida que las chicas. No obstante, estudios recientes han indicado una tendencia hacia la igualdad en la frecuencia de consumo de alcohol en chicos y chicas (e.g., Colell et al., 2013; Cutrín et al., 2017). Por otra parte, no se encontraron diferencias en la medida en la que los adolescentes informaron de haber probado tabaco o cannabis, siendo menos del 10% los que probaron el tabaco y menos del 1% los que probaron el cannabis.

Por otra parte, los resultados han indicado que las actitudes negativas ante el consumo están presentes en la mayoría de los adolescentes de estas edades. Tal y como otros estudios han indicado, las actitudes positivas hacia el consumo aumentan según avanza la adolescencia (Moral & Ovejero, 2005). No obstante, en los datos se refleja que los adolescentes se muestran más propicios a aceptar una oferta de consumo de alcohol cuando ésta se realiza en el contexto familiar. Este resultado va en la línea de otros estudios que han planteado el posible papel de la familia como facilitador (y no como agente preventivo) del consumo de alcohol en los jóvenes debido a la exposición a esta sustancia en el ambiente familiar (Kulis, Marsiglia, Ayers, Calderón-Tena, & Nuño-Gutiérrez, 2011). De nuevo, son los chicos los que informan de tener más dificultades para rechazar este tipo de ofrecimientos en el ámbito familiar. Este resultado refuerza la influencia que ejercen las creencias de género y los valores culturales sobre el consumo de sustancias legales, como el alcohol o el tabaco (e.g., Kulis, Booth, & Becerra, 2016).

Por último, los adolescentes gallegos han informado del uso generalizado de dos de las estrategias REAL (i.e., Rechaza y Levántate-Vete) y de otro tipo de estrategias para evitar la presión de los iguales (e.g., inventar una excusa, contárselo a un adulto). Cuando se trata de un amigo cercano, la estrategia de Explica también es ampliamente utilizada. Al igual que en otros estudios derivados de la aplicación del Mantente REAL (Kulis et al., 2011), en el presente estudio la estrategia más utilizada por los adolescentes ha sido la estrategia de rechazar diciendo "no". Por tanto, los adolescentes ya poseen en su repertorio conductual diversas estrategias que utilizan o utilizarían para evitar situaciones de riesgo. En este sentido, el programa Mantente REAL pretende fomentar el uso de este tipo de habilidades, ya existentes y utilizadas en la cultura de los jóvenes. El análisis de las diferencias de género en cuanto a las estrategias utilizadas ha indicado que los chicos utilizan más frecuentemente las estrategias de ignorar, fingir que beben y enfadarse o reaccionar de forma violenta. Otros estudios han mostrado la mayor tendencia de los hombres a utilizar otras estrategias no-REAL para evitar el consumo de alcohol (Kulis et al., 2011).

CONCLUSIONES

El inicio de la adolescencia supone un periodo idóneo para el refuerzo y la práctica de estrategias de evitación a la presión grupal, puesto que a estas

edades la mayoría de los jóvenes todavía no han comenzado a consumir sustancias. Los resultados preliminares del estudio piloto Mantente REAL – Galicia han mostrado que los adolescentes mantienen a estas edades actitudes negativas hacia el consumo y ya tienen integradas en su repertorio conductual algunas estrategias de evitación y rechazo. Partiendo de esta situación el programa Mantente REAL dirige sus esfuerzos preventivos al fortalecimiento de las habilidades que los jóvenes ya poseen, así como a la práctica de nuevas estrategias que pueden ampliar dicho repertorio y aplicarse a una diversidad de situaciones. Por otra parte, los resultados preliminares han mostrado que el propio contexto familiar parece presentarse como un contexto de riesgo para el consumo de sustancias, por lo que debería ser foco intensivo de los programas de prevención.

- **Agradecimientos**

Este estudio de investigación fue posible gracias a un premio internacional de investigación otorgado por el Global Center for Applied Health Research (GCAHR) de la Universidad Estatal de Arizona (ASU). El contenido de este trabajo es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de GCAHR o ASU

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colell, E., Sánchez-Niubò, A., & Domingo-Salvany, A. (2013). Sex differences in the cumulative incidence of substance use by birth cohort. *International Journal of Drug Policy, 24,* 319–325. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.09.006

Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. En R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 331–361). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9780471726746.ch11

Cutrín, O., Gómez-Fraguela, J. A., & Sobral, J. (2017). Gender differences in youth substance use: The effects of parenting through a deviant peer group. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 26,* 472–781. doi: 10.1080/1067828X.2017.1369203

Gázquez, M., García del Castillo, J. A., & Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas, 9,* 285–208.

Gottfredson, D. C., & Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Preventive Science, 4,* 27–38.

Fernández, S., Nebot, M., & Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis:¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública, 76,* 175–187.

Kulis, S., Booth, J. M., & Becerra, D. (2016). Drug-resistance strategies of early adolescents in Mexico: Gender differences in the influence of drug offers and relationship to the offeror. *Substance Use & Misuse, 51,* 370–382. doi: 10.3109/10826084.2015.1110171

Kulis, S., Marsiglia, F. F., Ayers, S. L., Calderón-Tena, C. O., & Nuño-Gutiérrez, B. L. (2011). Gender differences in drug resistance skills of youth in Guanajuato, Mexico. *The Journal of Primary Prevention, 32,* 113–127. doi: 10.1007/s10935-011-0239-7

Kulis, S., Marsiglia, F. F., Elek, E., Dustman, P. A., Wagstaff, D. A., & Hecht, M. L. (2005). Mexican/Mexican American adolescents and Keepin´it Real: An evidence-based substance use prevention program. *Children and Schools, 27,* 133–145. doi: 10.1093/cs/27.3.133

Luengo, M. A., Kulis, S., Marsiglia, F. F., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A., Villar, P., & Nieri, T. (2008). A cross-national study of preadolescent substance use: exploring differences between youth in Spain and Arizona. *Substance Use & Misuse, 43,* 1571–1593. doi: 10.1080/10826080802241078

Marsiglia, F. F., & Hecht, M. L. (2005). *Keepin' it REAL: An evidence-based program*. Santa Cruz, CA: ETR Associates.

Moral, M. V., & Ovejero, A. (2005). Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Interamerican Journal of Psychology, 39,* 325–338. Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28439302

Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Sánchez-Queija, I., … Morgan, A. (2016). *Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo*. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Sancassiani, F., Pintus, E., Holte, A., Paulus, P., Moro, M. F., Cossu, G., ... Lindert, J. (2015). Enhancing the emotional and social skills of the youth to promote their wellbeing and positive development: a systematic review of universal school-based randomized controlled trials. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 11* (Suppl 1: M2), 21–40. doi: 10.2174/1745017901511010021

Steinberg, L. (2017). *Adolescence* (11th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.

PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN

Josefina Patiño-Masó[1], Olga Hernández-Serrano[2], María Eugenia Gras[1], Montserrat Planes[1] y Silvia Font-Mayolas[1]

[1]Universitat de Girona. Institut de Recerca i Qualitat de Vida,
[2]Escola Universitària de la Salut i l'Esport adscrita a la Universitat de Girona

Resumen: Existe poca evidencia científica sobre la eficacia de los programas de prevención selectiva del consumo de drogas en jóvenes. Este trabajo propone realizar un análisis comprensivo de la literatura sobre la evolución y eficacia de los programas de prevención secundaria dirigidos a promover cambios en la conducta de consumo de drogas en los jóvenes/adolescentes. Identificar marcos teóricos, metodológicos y prácticos y suguerir enfoques para una prevención eficaz. Se revisan las bases de datos: PubMed, Medline, Cochrane, PsycInfo, Tripdatabase, Dialnet y Scopus. Términos de búsqueda: adolescente, consumo/abuso de drogas, programas de prevención escolar y selectiva. Se hallan 102 artículos publicados en los últimos 5 años. Se analizan once estudios (cuatro meta-análisis y siete de diseño experimental analítico). Se halla mayor efectividad en los programas que combinan prevención universal y selectiva con implicación de padres y maestros.
Palabras clave: Adolescente, Consumo de drogas, Abuso de drogas, Prevención selectiva, Prevención escolar.

SELECTIVE DRUG PREVENTION PROGRAMS FOR YOUNG AND ADOLESCENTS: A REVIEW

Abstract: There is a lack of scientific evidence based on the effectiveness of selective drug prevention programs among adolescents. The present study conducts a comprehensive review of the literature about the evolution of secondary prevention programs aimed to promote changes in young/adolescent drug use behavior. Identify theoretical, methodological and practical frameworks and suggest effective's approaches for a selective prevention. We searched: PubMed, Medline, Cochrane, PsycInfo, Tripdatabase, Dialnet and Scopus databases for studies published in the last 5 years. The following categories of search terms were used: adolescent, substance use/abuse, school based prevention and selective prevention. In total, 102 papers were found. Eleven research studies (four meta-analyses and seven controlled trial studies) were analyzed. Is showed greater effectiveness in programs that combine universal and selective prevention with parental and teacher involvement.
Key words: Adolescent, Substance use, Substance abuse, Selective prevention, School-based prevention.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y otras drogas es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial entre los jóvenes y adolescentes. El uso y/o abuso de drogas en la juventud se asocia, entre otros, a un mayor riesgo de daños a corto y largo plazo y a una elevada comorbilidad con trastornos de salud mental por lo que requiere de una prevención efectiva. La prevención universal focalizada en el uso de las drogas se aplica a todas las personas por igual en un entorno determinado (escuela, comunidad, etc.). La prevención selectiva comprende todos los programas dirigidos a grupos específicos y/o vulnerables que viven en contextos de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y la prevención indicada incluye todos los programas dirigidos a quienes consumen drogas y experimentan signos/síntomas tempranos de problemas relacionados con su uso y/o abuso (Newton et al., 2017). Los objetivos del presente trabajo son: 1) Realizar un análisis comprensivo de la literatura sobre la evolución y eficacia de los programas de prevención secundaria dirigidos a promover cambios en la conducta de consumo de drogas en los jóvenes/adolescentes. 2) Identificar marcos teóricos, metodológicos y prácticos. 3) Sugerir enfoques para una prevención eficaz en este grupo de población.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes de los estudios seleccionados son adolescentes escolarizados con alto riesgo para el uso y/o consumidores de drogas legales/ ilegales.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron las bases de datos: P*ubMed, Medline, Cochrane, PsycINFO, Tripdatabase, Dialnet y Scopus* para llevar a cabo la revisión de la literatura científica. Los términos de búsqueda fueron: *adolescent, substance use, substance abuse, programmes, selective prevention, school based prevention, intervention programmes y los operadores boleanos: "AND" / "OR"*.

DISEÑO

Criterios de inclusión: artículos en inglés o español a texto completo, publicados entre 2015 y 2019. Que analizaran programas de prevención selectiva aplicada en el entorno escolar de cualquier país, dirigida a jóvenes de entre 10 y 21 años de edad, consumidores de drogas (legales y/o ilegales) y/o con alto riesgo para consumirlas. Estudios de meta-análisis que reflejaran estadísticos de magnitud y dirección del efecto o estudios de diseño experimental analítico que incluyeran grupo intervención y grupo control. Se tuvo en cuenta, que las investigaciones proporcionaran la evaluación de los resultados conductuales derivados del consumo de drogas en los jóvenes y/o el análisis de la eficacia de los programas de prevención aplicados. Respecto a los criterios de exclusión: se desestimaron aquellos artículos que contenían información incompleta y/o con resultados confusos o desviados del objeto de estudio. Se desestimaron también los estudios descriptivos, las revisiones bibliográficas, sistemáticas, comprensivas y otras. Asimismo, no se tuvieron en cuenta los artículos basados: en programas de prevención universal o indicada, en programas de aplicación individual, comunitaria, educación primaria y/o educación universitaria (menores de 10 años y mayores de 21 años). Tampoco se revisaron aquellos artículos que incluían estudios que no aportaban evaluación de resultados conductuales derivados del consumo de drogas. De los 102 artículos hallados en total, se seleccionaron once para revisión.

PROCEDIMIENTO

Entre abril y mayo de 2019 se realizó la estrategia de búsqueda y el proceso de selección de los estudios (Figura 1).

RESULTADOS

De los 11 artículos seleccionados, cuatro son estudios meta-análisis que focalizaban su investigación en programas de prevención selectiva dirigidos a jóvenes y/o adolescentes consumidores de drogas y que estaban centrados en etapas de desarrollo, realización de actividades interactivas o intervención familiar, respectivamente. También se incluyeron siete estudios de diseño experimental analítico. Cuatro analizaban la eficacia del programa de prevención selectiva Preventure basado en rasgos de personalidad y consumo de alcohol (tres estudios) o cánnabis (un estudio). Otro centrado en la combinación simultánea del programa de prevención universal Climate y el programa de prevención selectiva Preventure respecto al consumo de alcohol en adolescentes. Se analizó también una investigación sobre el programa de prevención selectiva basado en intervención familiar y consumo de alcohol en jóvenes y finalmente se examinó otro estudio sobre un programa de prevención selectiva basado en el fomento del clima escolar positivo y en adolescentes consumidores de drogas ilícitas.

Las Tablas 1 a 4 muestran las características principales de los cuatro estudios meta-análisis y las Tablas 5 a 11 muestran las correspondientes a los estudios de diseño experimental.

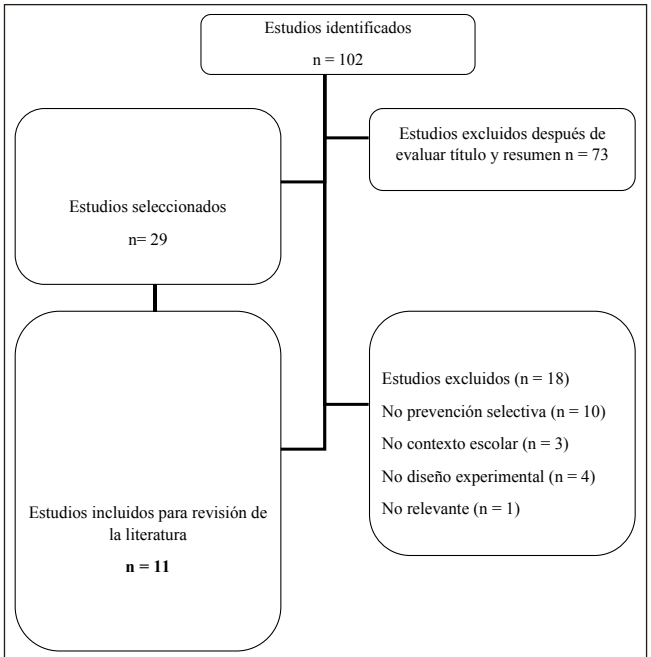


Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda y selección de estudios

Tabla 1
Eficacia de programas de prevención selectiva del consumo de drogas en jóvenes según etapa de desarrollo.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio Programas (n) País	Objetivo	Características	Conclusiones
Tabaco. Alcohol. Otras drogas 10-21 años	Onrust, Otten, Lammers y Smit (2016) Meta-análisis *n* = 54 programas Holanda	Analizar la eficacia de los programas prevención selectiva según la etapa de desarrollo de los adolescentes	Programa basado en: modelo cognitivo-conductual y modelo transteórico de cambio Se trabajan actividades centradas en: habilidades sociales, gestión del autocontrol, autoestima, resolución de conflictos, gestión del estrés, educación para la salud, habilidad para gestionar la negación, norma social e influencia social Intervención con estudiantes Intervención con padres	El trabajo en la gestión de habilidades sociales, norma social e influencia social en etapas de adolescencia temprana, así como el uso de la terapia cognitiva conductual en adolescentes de etapa media, resultan eficaces para reducir y/o evitar el consumo de tabaco No se hallan predictores que reduzcan y/o eviten el consumo de alcohol en adolescentes de etapa temprana y/o media El manejo del autocontrol y la gestión del estrés y la ansiedad en adolescentes de etapa tardía ayudan a evitar y/o reducir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Tabla 2
Eficacia de programas interactivos de prevención selectiva en jóvenes consumidores de cánnabis.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio Programas (n) País	Objetivo	Características	Conclusiones
Cánnabis 12-14 años	Lize et al. 2017 Meta-análisis *n* =23 programas Norte América	Examinar la eficacia de programas interactivos de prevención selectiva en adolescentes de etapa media escolarizados, consumidores de cánnabis	Los programas analizados incluyen intervenciones interactivas en la adquisición de distintas habilidades Los adolescentes interactúan junto a otros y tienen un rol más participativo comparado con otros programas de corte más didáctico y/o expositivo Instructores del programa: clínicos (*n*= 9), maestros (*n*= 10), iguales (*n*= 1), policías (*n*=3)	La aplicación de programas interactivos de prevención selectiva resulta eficaz en adolescentes de etapa media consumidores de cánnabis El tipo de instructor del programa modera la eficacia en la reducción del uso de cánnabis Los maestros resultan más efectivos como instructores frente a los iguales y a otros profesionales/adultos

Tabla 3
Eficacia de programas de prevención selectiva basados en intervención familiar, en jóvenes consumidores de drogas.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio Programas (n) País	Objetivo	Características	Conclusiones
Drogas legales e ilegales 10-18 años	Valero de Vicente, Ballester, Orte y Amer (2017) Meta-análisis *n* = 12 programas España	Analizar las evidencias sobre programas de prevención selectiva basados en la familia en relación al consumo de drogas en adolescentes	Se agrupan 102 medidas en 3 dimensiones: Relaciones Familiares: comunicación, calidez, cohesión, conflicto, agresión, confianza, etc. Parentalidad positiva: supervisión parental, eficacia, implicación, sentimientos positivos, establecimiento de límites, etc. Consumo de drogas en adolescentes escolarizados	La inclusión de estrategias para fortalecer las relaciones familiares y la parentalidad positiva aumentan la efectividad de los programas de prevención selectiva, principalmente en la etapa media de la adolescencia Necesidad de aumentar la homogeneidad de los diseños de intervención Importante especificar medidas utilizadas en cada programa y unificar variables dependientes

Tabla 4
Eficacia de programas de prevención selectiva basados en intervención familiar, en jóvenes consumidores de cánnabis y otras drogas ilegales.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio Programas (n) País	Objetivo	Características	Conclusiones
Cannabis y otras drogas ilegales 10-21 años	Vermeulen-Smit, Verdurmen y Engels (2015) Meta-análisis *n*= 8 programas de prevención selectiva (individual) *n*= 2 programas de prevención selectiva (ámbito escolar) Holanda	Cuantificar el efecto de la intervención familiar en la prevención selectiva en adolescentes con alto riesgo de consumo de cannabis y otras drogas ilícitas	Programa Family Check-Up dirigido a escolares con riesgo para el consumo de drogas ilegales. Forma parte de un programa de intervención multinivel. Combina prevención universal y selectiva Programa Lift dirigido a adolescentes que viven en barrios de alto riesgo para el consumo de drogas ilegales En ambos programas se trabajan habilidades sociales y entrenamiento de los padres respecto a la educación de sus hijos Se fomenta la comunicación padres-maestros	No se evidencia que los programas de prevención selectiva basados en familias y aplicados de forma única tengan efecto en la prevención y/o reducción del consumo de cannabis y /o drogas ilícitas en adolescentes de alto riesgo Se señala la necesidad de realizar más estudios de diseño experimental analítico con grupo intervención y control aplicando estos programas en adolescentes con alto riesgo para el uso de drogas

Tabla 5
Eficacia de un programa de prevención selectiva aplicado en jóvenes y adolescentes canadienses, basado en rasgos de personalidad y consumo de alcohol.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio (n)	Objetivo	Características	Conclusiones
Alcohol 12-13 años	O'Leary-Barrett et al. 2017 Ensayo controlado aleatorizado (longitudinal) Grupo Intervención (*n*= 1 5 escuelas) Grupo Control (*n*= 16 escuelas)	Evaluar los efectos protectores de la aplicación de un programa de prevención del consumo de alcohol en adolescentes escolarizados, así como los resultados cognitivos, de salud mental y de adicciones durante un periodo de 5 años	Se aplica programa Preventure Evalúa 4 dimensiones de personalidad en adolescentes de alto riesgo para el consumo de drogas: pensamiento negativo; sensibilidad a la ansiedad; impulsividad y búsqueda de sensaciones Los estudiantes de riesgo seleccionados reciben 2 sesiones de 90 minutos. 1 sesión por semana (durante dos semanas) + una entrevista psicoemocional Los escolares del grupo control reciben prevención universal Se trabajan técnicas cognitivo-conductuales para afrontar problemas emocionales y de comportamiento Los maestros (previa formación/capacitación) son los encargados de llevar a cabo las sesiones con los estudiantes	La capacitación de los maestros aumenta la empatía con los estudiantes El incremento de la conexión-integración escolar reduce el consumo de drogas en adolescentes y los síntomas de depresión, ataques de pánico e impulsividad. Aunque el estudio no está finalizado, se espera reducción en el uso y/o abuso de alcohol y escalada consumo de otras drogas en adolescentes de riesgo

Tabla 6
Eficacia de un programa de prevención selectiva aplicado en jóvenes y adolescentes holandeses, basado en rasgos de personalidad y consumo de alcohol.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio (n)	Objetivo	Características	Conclusiones
Alcohol 13-15 años	Lammers et al. 2017 Ensayo controlado aleatorizado (longitudinal) Grupo de intervención (*n*= 343 escolares) Grupo control (*n*= 356 escolares)	Evaluar si grupos específicos de adolescentes (puntuaciones altas en riesgo de personalidad, nivel de educación más bajo o que sean chicos) se benefician más de las intervenciones del programa Preventure, con respecto a frenar su consumo de alcohol	Aplicación del programa Preventure Seguimiento de los escolares post intervención: a los 6,12, 18 y 24 meses	Mayor reducción en el uso y/o abuso de alcohol en los escolares buscadores de sensaciones No se hallan diferencias por género

Tabla 7
Eficacia de un programa de prevención selectiva aplicado en jóvenes y adolescentes australianos, basado en rasgos de personalidad y consumo de alcohol.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio (n)	Objetivo	Características	Conclusiones
Alcohol 13-14 años	Newton et al. 2016 Ensayo controlado aleatorizado (longitudinal) Grupo intervención (*n*= 7 escuelas) Grupo control (*n*= 7 escuelas)	Investigar la eficacia a largo plazo de un programa de prevención selectiva dirigido a la personalidad, para reducir el consumo, el uso nocivo y los daños relacionados con el alcohol en adolescentes	Aplicación Programa Preventure Seguimiento de los escolares post intervención a los 6,12,18,24 y 36 meses	Se observa menor aceptación del consumo de alcohol, así como una reducción de daños en los estudiantes del grupo de intervención, comparado con los del grupo control Los programas de prevención selectiva aplicados en edades más tempranas pueden ayudar a los jóvenes a reducir la frecuencia de consumo y el uso nocivo del alcohol

Tabla 8
Eficacia de un programa de prevención selectiva aplicado en jóvenes y adolescentes ingleses, basado en rasgos de personalidad y consumo de cánnabis.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio (n)	Objetivo	Características	Conclusiones
Cánnabis 12-14 años	Mahu, Doucet, O'Leary-Barrett y Conrod (2015) Ensayo aleatorio controlado (longitudinal) Grupo intervención (*n*=12 institutos) Grupo control (*n*=9 institutos)	Evaluar la efectividad de un programa de prevención selectiva basado en la personalidad, en estudiantes con alto riesgo para el consumo de cánnabis	Aplicación Programa Preventure Los maestros encargados de impartir el programa Seguimiento de los escolares post intervención a los 6,12, 18 y 24 meses	Los adolescentes buscadores de sensaciones presentan mayor vulnerabilidad para consumir cánnabis (motivos: diversión y experimentación) Las intervenciones del programa reducen el uso de cánnabis en los buscadores de sensaciones Se halla elevada impulsividad en los escolares que son consumidores frecuentes de cánnabis Las intervenciones no muestran eficacia en la reducción de la frecuencia de consumo de cannabis en los escolares con rasgos de impulsividad

Tabla 9
Eficacia de la aplicación simultánea de programas de prevención universal y selectiva en adolescentes australianos y consumo de alcohol.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio (n)	Objetivo	Características	Conclusiones
Alcohol 11-12 años	Teesson et al. 2017 Ensayo aleatorio controlado Grupo intervención (combinado) (*n*= 26 escuelas) Grupo control (Educación Para la Salud) (*n*= 26 escuelas)	Evaluar la efectividad de la combinación de programas de prevención universal y selectiva en adolescentes de alto riesgo para el consumo de alcohol	Aplicación combinada de programas: Climate y Preventure Climate = prevención universal. Focalizado en actividades que trabajan la influencia social y la norma social. Consta de 12 sesiones de 40 minutos, destinadas a reducir el consumo de alcohol y daños relacionados Preventure = prevención focalizada en el aumento de habilidades de afrontamiento de los adolescentes de riesgo, según características de personalidad	Efectividad en la reducción de atracones de alcohol en los escolares que combinaron ambos programas comparado con los que no Porcentajes de consumo de alcohol inferiores en los adolescentes que recibieron combinación de ambos programas La prevención selectiva basada en la personalidad redujo daños comparada con el grupo control La prevención universal, puede neutralizar la influencia de la norma social en adolescentes (etapa temprana) con riesgo para el consumo de alcohol, que reciben programas de prevención selectiva

Tabla 10
Eficacia de un programa de prevención selectiva basado en intervención familiar en jóvenes españoles y consumo de alcohol.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio (n)	Objetivo	Características	Conclusiones
Alcohol 12-16 años	Ballester, Valero, Orte y Amer (2018) Diseño casi experimental con evaluación pre y post test en grupo experimental y control *n* = 68 adolescentes consumidores de drogas *n*= 69 famílias	Analizar las dinámicas de diversas familias vulnerables que completaron un programa de capacitación familiar y evaluar cambios en adolescentes y/o sus familias	Programa basado en Teoría aprendizaje social y Modelo sistémico Se trabajan: habilidades sociales; organización y; comunicación deficiente y comunicación competente Sesiones familiares conjuntas padres-hijos. Se trabaja: fomento de la interacción positiva durante las experiencias de aprendizaje, vínculos de comunicación, formas efectivas de disciplina, fortalecimiento lazos afectivos y comportamientos prosociales	Proporciona herramientas y habilidades a los padres para que puedan gestionar relaciones con sus hijos adolescentes Las diferencias observadas en las familias de riesgo respecto a sus dinámicas familiares no dependen de su nivel de vulnerabilidad sino de las habilidades adquiridas

Tabla 11
Eficacia de un programa de prevención selectiva basado en el fomento del clima escolar positivo en jóvenes chinos y consumo de drogas ilegales.

Droga Edad	Autor Tipo de estudio (n)	Objetivo	Características	Conclusiones
Drogas ilegales 14-21 años	Chang et al. 2018 Ensayo longitudinal controlado aleatorizado Grupo intervención (n= 43 escolares) Grupo control (n= 41 escolares)	Examinar la eficacia de un programa de abstinencia de drogas guiado por un entrenador, en estudiantes de ciclos formativos que experimentan con drogas ilegales	Se trabaja el clima escolar positivo, el sentido de pertinencia y la confianza de los adolescentes de modo que repercuta en su motivación para generar conductas esperadas Realización de un e-curso de 12 sesiones. Mas dos de refuerzo que incluyen: gestión del estrés, habilidades para decir no, pros y contras del consumo de drogas y autoeficacia El rol del entrenador basado en facilitar el aprendizaje, resolver dudas y retroalimentación Se utiliza test orina más uso de incentivos para el reconocimiento de la abstinencia	Eficacia de las intervenciones precoces en los adolescentes que experimentan con drogas Efectividad del uso de incentivos que es de fácil aplicación en los alumnos Eficacia del refuerzo en las habilidades deseadas y necesidad de mensajes que lo fomenten durante periodos vacacionales El clima de aprendizaje positivo, como parte importante de la puesta en escena de las intervenciones preventivas

DISCUSIÓN

Aunque pocos estudios los detallan, los principales enfoques teóricos que guían las intervenciones de los programas de prevención secundaria del consumo de drogas en adolescentes escolarizados son los modelos cognitivo-conductual, transteórico de cambio, sistémico y la teoría del aprendizaje social (Ballester et al. 2018; Onrust et al. 2016).

Es importante contemplar la perspectiva del desarrollo en los programas de prevención selectiva. Cada periodo ofrece diferentes posibilidades para prevenir y/o reducir el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes. Cabe tener en cuenta además las características de cada sustancia en particular (Lammers et al. 2017; Onrust et al. 2016).

Los programas de prevención selectiva suelen iniciarse a partir de los 15–16 años. Para algunos adolescentes con riesgo elevado para el consumo de drogas, puede ser demasiado tarde. Es preferible iniciarlos cuanto antes (adolescencia temprana). Frenar el uso de drogas en consumidores iniciales, ayuda a retrasar la aparición de problemas derivados del consumo a largo plazo (Chang et al. 2018).

Los programas de prevención universal o selectiva aplicados por separado, suelen ser poco efectivos en adolescentes con riesgo para el consumo de drogas, especialmente en etapas media y tardía. La combinación de programas de prevención selectiva junto con programas de prevención universal puede resultar más efectiva en adolescentes con alto riesgo (Newton et al. 2017; Teesson et al. 2017)

La prevención selectiva con intervenciones basadas en la gestión de habilidades sociales y la norma social, es más eficaz si se aplica en la adolescencia temprana comparado con etapas posteriores (Chang et al. 2018)

Existe una elevada heterogeneidad en los programas de prevención selectiva basados en familias y dirigidos a los adolescentes con alto riesgo para el consumo de drogas, por lo que cabe incrementar la homogeneidad de los diseños de intervención, así como aumentar la evidencia científica de los mismos (Valero et al.2017)

Se observa una mayor eficacia en aquellos programas de prevención selectiva que incluyen estrategias que fortalecen las relaciones familiares y la parentalidad positiva. Ambas son especialmente efectivas en los programas dirigidos en adolescentes de etapa media.

Asimismo, la implicación de los padres y los maestros en las estrategias de prevención del uso de drogas es muy efectiva en la adolescencia temprana (Lize et al. 2017).

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, señalar que, al planificar los programas de prevención selectiva respecto al consumo de drogas en los adolescentes, cabe contemplar la perspectiva de género. Es importante, impulsar estrategias de prevención centradas en la persona. Fomentar un clima escolar positivo ya que éste resulta fundamental para la puesta en escena de las intervenciones preventivas en el ámbito escolar. Contar con los docentes (previamente formados) como tutores/entrenadores/instructores, de los alumnos, en los programas preventivos y recordar que el uso de incentivos puede ser un recurso eficaz y de fácil aplicación en programas prevención secundaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballester, Ll., Valero, M., Orte, C., y Amer, J. (2018). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work*. doi: 10.1080/13691457.2018.1473842

Chang, C.C., Liao, J.Y., Huang, C.M., Hsu, H.P., Chen, C.C., y Guo, J.L. (2018). Evaluation of the effects of a designated program on illegal drug cessation among adolescents who experiment with drugs. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 13*(2), 1-13. doi: 10.1080/13691457.2018.1473842

Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R., Wiers, R.W., y Kleinjan, M. (2017). Effectiveness of a selective alcohol prevention program targeting personality risk factors: Results of interaction analyses. *Addictive Behaviors, 71,* 82-88. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.02.030

Lize, S.E., Iachini, A.L., Tang, W., Tucker, J., Seay, K., Clone, S.,… y Browne, T. (2017). A Meta-analysis of the effectiveness of interactive middle school cannabis prevention programs. *Prevention Science, 18,* 50-60. doi: 10.1007/s11121-016-0723-7

Mahu, I.T., Doucet, C., O'Leary-Barrett, M., y Conrod, P.J. (2015). ¿Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? Twenty-four month outcome of the adventure trial on cannabis use: a cluster randomized controlled trial. *Addiction, 110* (10). doi: 10.1111/add.12991

Newton, N.C., Conrod, P., Slade, T., Carragher, N., Champion, K.E., Barrett, E.L,…Teesson, M. (2016). The long-term effectivess of a selective personality-targeted prevention programe in reducing alcohol use and related harms: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(9), 1056-1065. doi: 10.1111/jcpp.12558

Newton, N.C., Champion, K.E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., …Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drugs use among adolescents. *Drug and Alcohol Review, 36,* 337-351. doi: 10.1111/dar.12497

O'Leary-Barrett, M., Mâsse, B., O.Pihl, R., Stewart, S.H., Séguin, J., y Conrod, P.J. (2017) Addiction, 112, 1871- 1881. doi: 10.1111/add.13876

Onrust, S.A., Otten, R., Lammers, J., y Smit, F. (2016). School based-programmes to reduce and prevent substance abuse in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review, 44,* 45-59.

Teesson, M., Newton, N.C., Slade, T., Carragher, N., Barrett, E.L., Champion, K.E.,… Conrod, P.J. (2017). Combined universal and selective prevention for adolescent alcohol use: a cluster randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 47,* 1761-1770. doi: 10.1017/S0033291717000198

Valero de Vicente, M., Ballester, Ll., Orte, M.C., y Amer, J.A. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema, 29*(3), 299-305. doi: 10.7334/psicothema2016.275

Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J.E.E., Engels, R.C.M.E. (2015). The effectiveness of family interventions in preventing adolescent illicit drug use: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18,* 218-239. doi: 10.1007/s10567-015-0185-7

GAMERTEST: UN INSTRUMENTO ONLINE PARA DETECTAR EL USO PROBLEMÁTICO DE JUEGOS EN INTERNET EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

Marina Vallejo-Achón, Marta Labrador, Ignacio Fernández-Arias, Francisco J. Labrador, Francisco J. Estupiñá e Iván Sánchez-Iglesias

Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El uso de videojuegos (VJ) por niños, adolescentes y jóvenes genera una preocupación creciente en padres y tutores, tanto por su frecuencia como por la absorción de la atención. Sin embargo, apenas hay datos de referencia para poder contrastar cuándo su uso es normal y cuándo puede ser problemático, en parte debido a su reciente aparición y su rápida evolución, y en parte a las controversias sobre su caracterización y diagnóstico. Nuestro grupo de investigación ha desarrollado el *Gamertest*, un instrumento online para identificar las conductas de juego a VJ y sus determinantes, también la presencia o riesgo de problemas en el uso de VJ. El *Gamertest* consta de dos protocolos de evaluación desarrollados en un proceso interactivo individual. El instrumento se ha validado una muestra representativa de Madrid de 2800 sujetos de entre 11 y 22 años obtenidos de 38 centros públicos, concertados y privados.
Palabras clave: Adicciones, Videojuegos, Jóvenes, Adolescentes.

GAMERTEST: AN ONLINE INSTRUMENT TO DETECT THE PROBLEMATIC USE OF INTERNET GAMES IN YOUTH PEOPLE AND TEENAGERS

Abstract: The use of video games (VG) by children, adolescents and young people generates a growing concern on their parents, both for their frequency and for the absorption of attention. However, there is hardly any reference data to verify when its use is normal and when it can be problematic, partly due to its recent appearance and rapid evolution, and partly due to controversies over its characterization and diagnosis. Our research group has developed the *Gamertest, an online instrument to identify the game* behaviors to VG and its determinants, and also the presence or risk of problems in the use of VG. Gamertest consists of two evaluation protocols developed in an individual interactive process. The instrument has been validated in a representative sample of Madrid of 2800 subjects between 11 and 22 years obtained from 38 public, concerted and private centers.
Key words: Addictions, Video games, Youth, Teenagers.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha aparecido una alarma importante relacionada con el uso de Nuevas Tecnologías por parte de jóvenes, en especial por las conductas relacionadas con el uso de Videojuegos (VJ), *online* y *offline*. A pesar de que el juego a videojuegos (JVJ) es una conducta habitual y una de las formas de diversión por excelencia en la actualidad, para un reducido porcentaje de jugadores esta actividad se convierte en problema de salud y requiere ayuda profesional. Diversos aspectos destacan a la hora de generar esta alarma con el uso de VJ, entre otros: elevada frecuencia de uso, periodos de tiempo prolongados, confinamiento en casa y reducción de contactos sociales y afectivos, alteraciones en actividades cotidianas, grado de absorción y concentración, alteración en la percepción del tiempo y síntomas parecidos a los de otras adicciones (dependencia, pérdida de control, relevancia, tolerancia, abstinencia, etc.).

Un primer paso para trabajar en esta área debe ser delimitar y caracterizar qué debe considerarse

conducta problema en el JVJ. No obstante, las propuestas para denominar y caracterizar los problemas asociados al JVJ problema han sido numerosas y variadas, lo que ha facilitado que los estudios epidemiológicos dirigidos a establecer su magnitud señalen cifras muy dispares.

Hasta la inclusión en el DSM-5 (APA, 2013) del Trastorno de Juego en Internet (TJI) como condición en estudio, los criterios utilizados para diagnosticar un problema con denominaciones variadas (adicción al JVJ o TJI) se solían basar en los criterios para diagnosticar el juego patológico, o la dependencia a sustancias.

Esta disparidad de opiniones y resultados ha generado confusión a la hora de intentar establecer una frontera clara y precisa entre la conducta de JVJ adecuada y la problemática. Esta distinción es especialmente difícil en los jóvenes, entre los que, con frecuencia, se observa una dedicación monotemática al juego en Internet (Carbonell, Torres-Rodríguez y Fuster, 2016). De ahí la importancia de que la comunidad científica convenga criterios o puntos de corte que permitan distinguir cuándo las conductas de JVJ por parte una persona son problemáticas y cuándo no. También, una vez establecidos estos criterios, disponer de instrumentos adecuados para identificar estas conductas y establecer su diagnóstico.

La falta tanto de criterios como de instrumentos, sin duda, limita precisar el campo de trabajo y un preciso abordaje. Por eso, la inclusión del TJI en el DSM-5 (APA, 2013) como condición en estudio supone una aportación muy relevante, al caracterizarlo y establecer criterios normativos sobre este trastorno (Ver Tabla 1).

Pero no basta con establecer los criterios, es importante disponer de instrumentos para evaluar con precisión si se cumplen o no esos criterios. A este respecto, parece conveniente citar el trabajo de King, Haagsma, Delfabbro, Gradisar y Griffiths (2013), en el que se realizó una revisión sistemática de 18 instrumentos psicométricos utilizados para evaluar el JVJ problemático entre los años 2000 y 2012 (antes de la aparición del DSM-5). Las mayores fortalezas de esos instrumentos eran: (a) facilidad de aplicación; (b) relativa brevedad; (c) facilidad de puntuar y administrar; (d) alta consistencia interna (entre .70 y .96); y (e) buena validez convergente con medidas relacionadas, tales como competencia social, competencia académica, impulsividad, búsqueda de sensaciones, agresividad, depresión, ansiedad, problemas de atención, dificultades de sueño, satisfacción con la vida, etc. Sin embargo, los autores señalan que, de estos 18 instrumentos, solo la *Problem Videogame Playing Scale* (PVP) (Salguero y Morán, 2002) sería capaz de evaluar el TJI abarcando los 9 criterios del DSM-5. De forma complementaria, la revisión de King et al., (2013) señaló, como principales problemas al analizar los instrumentos de evaluación previos al DSM-5,

Tabla 1
Criterios DSM-5 para el Trastorno de Juego en Internet

A. - Uso de Internet persistente o recurrente para implicarse en juegos, con frecuencia con otros jugadores, que lleva a una alteración o malestar clínicamente significativo, como se pone de relieve por la presencia de cinco (o más) de los siguientes elementos en un período de 12 meses:
1. Preocupación por jugar en internet (La persona piensa en la actividad de juego anterior, o anticipa la conducta de juego en el próximo episodio; Jugar en Internet se convierte en la actividad predominante en la vida diaria). *Nota:* el trastorno es diferente al juego patológico en Internet, que se incluye en trastorno de juego.
2. Síntomas de abstinencia cuando concluye la navegación por Internet (Los síntomas son descritos habitualmente como irritabilidad, ansiedad, o tristeza, pero no hay síntomas físicos de una retirada farmacológica).
3. Tolerancia – la necesidad de implicarse en juegos en internet por períodos de tiempo cada vez mayores.
4. Fracasos en los intentos de controlar la participación en juegos en Internet.
5. Pérdida de interés por hobbies previos y conducta de entretenimiento como resultado de, y con la excepción de, juegos en Internet.
6. Uso excesivo y continuado de juegos en Internet a pesar de conocer los problemas psicosociales que acarrea.
7. Ha engañado a familiares, terapeutas, u otras personas acerca de la cantidad de juego en Internet.
8. Uso de los juegos de internet para escapar o aliviar de estados de ánimo negativo (sentimientos de indefensión, culpa, ansiedad).
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido a la participación en juego en Internet.
Especificar la severidad: El trastorno de juego en Internet puede ser ligero, moderado o severo, dependiendo de la alteración de las actividades habituales.

las características de las muestras utilizadas para su validación (muestras pequeñas, específicas y de conveniencia, reclutadas fundamentalmente a través de Internet sin utilizar procedimientos aleatorios de selección) y la falta de sensibilidad de las medidas.

Parece pues importante el desarrollo de instrumentos que permitan evaluar con precisión la presencia del TJI, y también de posibles factores de riesgo que contribuyan a facilitar o provocar la presencia de problemas en el uso de los VJ.

Nuestro equipo de investigación, en una revisión de los instrumentos desarrollados para la evaluación del TJI en adolescentes y jóvenes desde la publicación de los criterios DSM-5 (Bernaldo-de-Quirós, Labrador-Méndez, Sánchez-Iglesias y Labrador, 2019) ha constatado que, a partir del establecimiento del TJI (APA, 2013), hay una menor diversidad de instrumentos, observándose también un cambio en el contenido de la evaluación. En especial porque anteriormente, en muchos casos, se evaluaba la "adicción a Internet" en general, mientras que en la actualidad se centran específicamente en la evaluación del TJI. Además, los instrumentos suelen ser más breves, entre 9 y 27 ítems, con un formato de respuesta basado en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo el *Internet Gaming Disorder Scale – Short Form (IGDS9-SF)* (Pontes y Griffiths, 2015) el instrumento que tiene más traducciones y validaciones a distintos idiomas, aunque ninguna de ellas al español.

El *IGDS9-SF* consta de nueve ítems que cubren los nueve criterios diagnósticos del TJI del DSM-5. Su objetivo es valorar la severidad del TJI y sus efectos nocivos considerando las actividades de juego realizadas en Internet y fuera de Internet durante los últimos 12 meses. Si bien este es el instrumento más validado, es importante destacar que falta un estudio más completo de sus cualidades psicométricas y puntos de corte empíricos, en especial en España. Además, no identifica distintos tipos de jugadores.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de problemas con el uso de VJ, quizá la asociación entre el tiempo de JVJ y problemas de juego ha sido la más señalada, pero también se han señalado otras variables que parecen relevantes para caracterizar y predecir el uso problemático de VJ, entre ellas:

Factores sociodemográficos: En torno al género, los resultados son claros y persistentes, los hombres juegan mucho más y tienen muchos más problemas de JVJ que las mujeres (Király et al., 2014; Lewis 2016; Mérelle et al., 2017). Sin embargo, variables como la edad o el nivel educativo o socioeconómico no parecen establecer diferencias.

Factores motivacionales: Se destaca el trabajo de Lewis (2016), que señala 5 factores motivacionales: (1) ser el mejor jugador (logro); (2) relacionarse con otros jugadores (social); (3) explorar el mundo virtual (inmersión); (4) pasión armoniosa (juego controlado que no interfiere con las responsabilidades de la vida); y (5) pasión obsesiva (juego no controlado que a menudo produce consecuencias negativas). Siendo esta última dimensión la que más se relaciona con el TJI. En el caso específico de los *Massively Multiplayer Role-Playing Games* (MMORPG's), se ha señalado como un factor predictor importante la presencia de motivaciones de socialización. También se han estudiado otros factores como la impulsividad o la capacidad de regulación emocional, con resultados poco concluyentes.

Factores cognitivos: Algunos autores han sugerido, como factores predictores del JVJ, aspectos cognitivos como la presencia de pensamientos irracionales, creencias y expectativas o sesgos cognitivos hacia los estímulos relacionados con los VJ que pudieran facilitar una actitud positiva hacia este, la preocupación y la rumiación mantenida respecto al juego y la planificación del mismo (Haagsma, Caplan, Peters y Pieterse 2013; Li & Wang, 2013). King y Delfabbro (2014) hacen referencia a 4 factores que se relacionan con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 para el TJI: (1) creencias relacionadas con las recompensas; (2) creencias inflexibles y desadaptativas sobre las reglas del juego; (3) autoestima basada en el juego; y (4) jugar como mecanismo de socialización.

Factores propios del juego: Los videojuegos muestran cada vez más potencial adictivo con recompensas diversas, contingentes y contiguas temporalmente, especialmente atractivas para la población a la que se dirigen. Otros aspectos como la necesidad de desarrollar el avatar, de estar constantemente activo, la importancia de no desconectarse del juego, o de adquirir nueva equipación parecen relevantes para predecir la

implicación y problemas con los VJ.

Factores familiares: Se han mostrado como factores de riesgo las malas relaciones paternofiliales, en especial las familias con pocas normas o límites difusos y en las que se mantiene una actitud tolerante hacia el uso de los VJ (Schneider, King y Delfabbro, 2017).

El objetivo general del presente proyecto es desarrollar un instrumento online (*Gamertest*) para evaluar el uso problemático de videojuegos en jóvenes (18-29 años). Este instrumento permitirá identificar si el uso de VJ es adecuado o problemático, así como detectar la presencia de problemas asociados al JVJ, en especial el TJI. El instrumento será interactivo y estará ubicado en una página web de forma que pueda ser accesible en todo momento para quien desee utilizarlo.

La hipótesis de partida el fácil acceso a una herramienta de evaluación, válida, fiable, dinámica y adaptada al fenómeno (tanto en presentación como en el medio), va a facilitar su utilización por parte de los jóvenes. El instrumento online desarrollado permitirá en primer lugar detectar a aquellos jóvenes que tienen riesgo de desarrollar un problema relacionado con los VJ o a aquellos que ya tienen un uso problemático de los VJ. Además, identificar los factores de riesgo que pueden facilitar o provocar el desarrollo de este uso problemático de VJ, en especial el TJI.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Con el objetivo de validar este instrumento el *Gamertest* se aplicó a una muestra de 2887 estudiantes de entre 12 y 22 años que se encontraban cursando la ESO, Bachiller o FP. Esta muestra se obtuvo mediante selección aleatorizada de los Centros escolares (públicos, concertados o privados) de los 21 distritos de la Comunidad de Madrid.

DISEÑO

El *Gamertest* se trata de un sistema experto *online* cuyo objetivo es la detección del uso problemático de Juegos en Internet. Este sistema ha sido desarrollado por nuestro grupo de investigación a partir de una revisión sistemática de la literatura sobre juego en Internet. Para ello se han recopilado y en algunos casos traducido o desarrollado distintos instrumentos para la evaluación de las áreas implicadas. Consta de: una página de entrada, un primer protocolo de evaluación común, y un segundo protocolo de evaluación específico en caso de problemas o riesgo de problemas de juego.

El primer protocolo de evaluación, al que acceden todos los usuarios, es un sistema de cribado de problemas o riesgo de problemas de juego. Consta de 4 pasos: (1) recogida de datos demográficos (sexo, situación escolar/laboral, curso actual y estado civil); (2) evaluación de hábitos de videojuego (tipo de videojuegos a los que juega y orden de preferencia, promedio de días juego a la semana, promedio de horas de juego a la semana, adquisiciones realizadas en el último año, dispositivos desde los que juega por orden de preferencia, lugares desde los que juega por orden de preferencia, con quién juega por orden de preferencia, juego online u offline, finalidad del juego); (3) evaluación del nivel de riesgo a través de la adaptación española del *IGDS9-SF*; (4) implicación en el juego.

Una segunda parte, a la que contestarían aquellas personas que muestran algún nivel de riesgo, que en esta primera fase experimental es contestada por todos los participantes, y que está compuesta por las siguientes secciones: (1) evaluación del grado de autocontrol/impulsividad; (2) valoración del funcionamiento personal, social, escolar y familiar; (3) actitudes y cogniciones sobre los videojuegos; (12) valoración de la motivación para el cambio, con una adaptación de ; (13) y evaluación del estado de salud, a través de la adaptación española del *GHQ-12* (Lobo y Muñoz, 1996).

MATERIALES

Para la realización del Gamertest no era necesario tener ningún material específico. Se requiere únicamente de poseer un aparato que tenga acceso a wifi para acceder al instrumento: http://www.famgi14.es/gamertest/index.html

PROCEDIMIENTO

El primer paso fue ponerse en contacto con los centros que seleccionados tras el proceso de aleatorización. Los pasos a seguir fueron: primero realizar un contacto por teléfono para

obtener el email del equipo directivo. Tras esto, se enviaba a los centros un correo electrónico informativo sobre el *Gamertest* y del interés en contar con su centro. Tras el primer contacto, se llamó a los centros para concertar un día y hora e informar de las condiciones necesarias para responder al instrumento. Finalmente, se envió el consentimiento informado que los padres de los menores tenían que firmar para poder participar.

La aplicación de *Gamertest* se realizó con los alumnos que presentaron consentimiento informado firmado por los padres, de forma anónima y grupal, en los ordenadores de la sala de informática de cada colegio, estimándose la duración promedio para completarlo en 30-40 minutos. Las respuestas de los participantes se recogieron y codificaron directamente en la base de datos informatizada.

RESULTADOS

Los análisis de fiabilidad y validez del instrumento para detectar los problemas de JV y TJI han sido remitidos para su publicación, por lo que ahora no serán considerados, señalando solamente que son adecuados al respecto.

Se consideran algunos de los resultados obtenidos tras esta aplicación. Se calcularon estadísticos descriptivos para la muestra, usando tablas de frecuencias para las variables categóricas y calculando mínimos y máximos, y media y desviación típica para variables cuantitativas. Del total de la muestra, 1516 participantes (75,3%) reconocieron jugar a VJ, en mayor proporción los varones (96.6% jugadores) que las mujeres (51.2%). No se encontraron diferencias en promedio de edad entre participantes jugadores y no jugadores. Los tipos de juegos a los que reconocen jugar habitualmente son: Acción y aventura (64.3%), Deportes (47.8%), Multijugador masivo online (MMO) (40.4%), y Disparos (Shooters) (38.2%). El dispositivo con el que juegan preferentemente es la videoconsola (36%) seguido por el móvil (29.7%). El lugar preferido para jugar es la propia casa (87.6%) y el 44.1% señala que prefiere jugar solo. En cuanto a si juegan *online* u *offline*, la gran mayoría, 87.2%, juega *online*, aunque los que juegan *offline* (55,6%) también son mayoría. Destaca que un 44.4% sólo juega *online*, frente a un 12.8% exclusivamente *offline*. Según los criterios de Griffith y Pontes (2015), un 0.6% de los sujetos de la muestra superó la puntuación de corte propuesta para el IGDS9-SF, y un 0.9% puntuaron "siempre" en al menos cinco ítems.

DISCUSIÓN

El objetivo de este proyecto es desarrollar un instrumento online (*Gamertest*) para evaluar e identificar hasta qué punto el uso de VJ entre jóvenes y adolescentes es adecuado o problemático, así como detectar la presencia de problemas asociados al JVJ, en especial el TJI. Los datos obtenidos muestran que existe una alta participación de estos, pues más del 75% (n = 1516) reconocieron jugar a VJ. Sin embargo, estas elevadas cifras describen mejor la situación cuando se consideran las diferencias en función del sexo, de los que han jugado el 96.6% son hombres frente al el 51.2% mujeres. Estos datos son muy similares a los presentados por Király et al., (2014), Lewis (2016) y Mérelle et al., (2017). Con respecto a la plataforma utilizada para jugar, lo más habitual es jugar la mayor parte del tiempo de manera *online* (87.2%) aunque también hay un alto porcentaje que en ocasiones juegue *offline* (55.6%). Menor es el porcentaje de los que juegan únicamente *online* (44.4%) o únicamente *offline* (12.8%).

Llama la atención que, a pesar del elevado porcentaje de jóvenes que juega a VJ (75.3%) de una muestra de 2778 sujetos, al aplicar los criterios de corrección del IGDS9-SF se detectase como TJI menos del 1% de la muestra (0.6%), menos en comparación con otros estudios sobre TJI o abuso de VJ (Pontes, et al., 2014, y Pontes y Griffiths, 2015).

CONCLUSIONES

Entre los principales resultados obtenidos tras la aplicación de Gamertest está que un porcentaje importante (75%) de niños y adolescentes españoles están en contacto frecuente con los videojuegos, sobre todo los varones (96.6%), con preferencia por los juegos de acción y aventuras, deportes y MMORPG y en formato *online*. Este último dato apoya la necesidad de utilizar procedimientos de evaluación *online* que no solo permiten una actualización permanente, sino que conectan con las preferencias de los sujetos a evaluar.

Tras aplicar los criterios de corrección o interpretación del IGDS9-SF propuestos en

validaciones de otros países e idiomas, únicamente se detectó menos de un 1% de TJI en una muestra representativa de una gran ciudad de nuestro país (2887 sujetos). Esto sugiere que es necesario realizar una revisión de dichos criterios y una nueva validación del instrumento, al menos en nuestro país e idioma. Hasta entonces se recomienda interpretar las puntuaciones del IGDS9-SF como un índice continuo de juego problemático (a más puntuación, más problemas) sin que por ahora podamos contar con puntos de corte que diferencie TJI del juego normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th ed.). *American Psychiatric Publishing*. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador-Méndez, M., Sánchez-Iglesias, I., y Labrador, F.J. (2019). Instrumentos de medida del trastorno de juego en internet en adolescentes y jóvenes según los criterios DSM-5: una revisión sistemática. *Adicciones, Avance online*. Recuperado de http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/1277/1063

Carbonell, X., Torres-Rodríguez, A. y Fuster, H. (2016). El potencial adictivo de los videojuegos. En E. Echerburua (Ed.), *Abuso de Internet: ¿antesala para la adicción al juego de azar on-line?* (pp. 83-103). Madrid: Pirámide.

Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. NFER Nelson.

Haagsma, M. C., Caplan, S. E., Peters, O., y Pieterse, M. E. (2013). A cognitive-behavioral model of problematic online gaming in adolescents aged 12–22 years. *Computers in human behavior, 29*(1), 202-209. doi: 10.1016/j.chb.2012.08.006

King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., ... y Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review, 54,* 123-133. doi: 10.1016/j.cpr.2017.04.002

King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M. y Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review, 33*, 331–342. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.002

Király, O., Griffiths, M. D., Urbán, R., Farkas, J., Kökönyei, G., Elekes, Z., ... y Demetrovics, Z. (2014). Problematic Internet use and problematic online gaming are not the same: Findings from a large nationally representative adolescent sample. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17*(12), 749-754. doi:10.1089/cyber.2014.0475

Kuss, D. J. y Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: a systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health Addiction 10*(2), 278–296. doi:10.1007/s11469-011-9318-5

Lewis, M. S. (2016). Massively multiplayer online roleplaying gaming: Motivation to play, player typologies, and addiction. Doctoral dissertation, *The Ohio State University.*

Li, H., y Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and youth services review, 35*(9), 1468-1475. doi:10.1016/j.childyouth.2013.05.021

Mérelle, S.Y.M, Kleiboer, A., Schotanus, M., Cluitmans, T. L. M, Waardenburg, C. M., Kramer, D., van de Mheen, H., y van Rooij, A. J. (2017). Which health-related problems are associated with problematic video-gaming or social media use in adolescents? *Clinical Neuropsychiatry: journal of treatments evaluation, 14*(1), 11-19. doi:10.1007/. s11469-015-9592-8.

Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z. y Griffitths, M. D. (2014). The conceptualization and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The development of the IGD-20 Test. *PloS ONE, 9*(10), e110137. doi:10.1371/journal.pone.0110137

Pontes, H. M. y Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior, 45,* 137–143. doi:10.1016/j.chb.2014.12.006

Salguero, R. A. T. y Moran, R. M. B. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. Addiction, 97(12), 1601–1606. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00218.x

Schneider, L. A., King, D. L., y Delfabbro, P. H. (2017). Family factors in adolescent problematic Internet gaming: a systematic review. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 321-333. doi: 10.1556/2006.6.2017.035

AGRESIÓN Y CONDUCTA PROSOCIAL

LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROGENITORES: PREVALENCIA Y RAZONES PARA LAS AGRESIONES

Nazaret Bautista-Aranda, Mª Carmen Cano-Lozano y Lourdes Contreras-Martínez

Universidad de Jaén

Resumen: Las investigaciones sobre prevalencia de la violencia filio-parental ha analizado este fenómeno con muestras de adolescentes de población general en la que los propios participantes informan de sus conductas de violencia hacia los padres. El propósito de este trabajo es evaluar la violencia filio-parental en un grupo de padres y madres de adolescentes mediante un instrumento de evaluación específico. La muestra estuvo compuesta por un total de 500 padres de adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años procedentes de la provincia de Jaén (España). Se administró el Cuestionario de Violencia Filio-parental (C-VIFIP) versión para padres. Los resultados indican que el tipo de violencia más habitual es de tipo psicológica, siendo las razones de tipo instrumental para las agresiones hacia los padres las más frecuentes. Se destaca la importancia de la detección precoz para la intervención en estos casos de violencia familiar.
Palabras clave: Violencia filio-parental, Violencia familiar, Prevalencia, Adolescencia.

CHILD-TO-PARENT VIOLENCE FROM THE PARENTS' PERSPECTIVE: PREVALENCE AND REASONS FOR THE AGGRESSIONS

Abstract: Research on prevalence of child-to-parent violence has analyzed this phenomenon with samples of adolescents from community samples in which participants report their violent behaviors towards their parents. The aim of this study is to assess child-to-parent violence in a group of fathers and mothers of adolescents aged between 12 and 17 years old from the province of Jaén (Spain). The Child-to-parent Violence Questionnaire (CPV-Q), parents' version, was used. Results indicate that the control and domain behaviors is the more frequent type of violence, being the instrumental type the more frequent reasons for the aggression towards parents. It is highlighted the importance of the early detection to intervene in these family violence cases.
Key words: Child-to-parent violence, Family violence, Prevalence, Adolescence.

INTRODUCCIÓN

La violencia filio-parental (VFP) es un tipo de conducta violenta juvenil que ha experimentado un crecimiento espectacular en la última década, convirtiéndose en un problema social. Este tipo de violencia familiar no es un fenómeno nuevo, ya que fue definida en 1979 por Harbin y Madden como "Síndrome de los padres maltratados" (que incluía exclusivamente agresión física y amenazas verbales/no-verbales de daño físico), pero sí que ha ido evolucionando desde esta definición inicial con las aportaciones de diferentes autores. Concretamente, dos décadas después el concepto se extiende y se añaden otras formas de violencia, como la psicológica y la económica, así como la intención de herir a los padres para obtener control y dominio sobre ellos (Cottrell, 2001; Molla-Esparza y Aroca-Montolío, 2018). Más recientemente, se añade al concepto la conciencia del agresor del acto violento y la reiteración de la violencia en el tiempo, excluyendo así actos aislados de violencia (Molla-Esparza y Aroca-Montolío, 2018; Pereira et al., 2017).

Respecto a la magnitud de este fenómeno en España, la Fiscalía General del Estado, en su memoria anual más reciente destaca que, tras el notable incremento de la última década, las cifras de casos de VFP siguen siendo muy preocupantes en los últimos años, con un total de 4.871 procedimientos iniciados en 2018. Sin embargo, igual que ocurre con otras formas de violencia en el ámbito familiar, las víctimas, en este caso los progenitores, tienden a ocultar las agresiones, de forma que la denuncia tiene lugar en casos extremos, tras una larga historia de conflictos en la familia, lo que además supone una dificultad añadida a la hora de plantear la intervención en estos casos. Por tanto, se entiende que estos datos oficiales son sólo la punta del iceberg y la gran mayoría de casos quedan sin denunciarse.

Los estudios sobre este tema se han llevado a cabo con diferentes tipos de muestras, como, por ejemplo, menores infractores que han cometido delitos de maltrato familiar (e.g., Contreras y Cano-Lozano, 2015, 2016; Nowakowski-Sims y Rowe, 2017; Routt y Anderson, 2011) o muestras de población clínica (e.g., Boxer, Lakin-Gullan, Mahoney y Stokes, 2009; Nock y Kazdin, 2002). En este sentido, una fuente importante de información sobre la extensión de la VFP la proporcionan los estudios con muestras de población general. No obstante, la gran mayoría de este tipo de estudios se han realizado con adolescentes, que informan de sus conductas violentas hacia sus progenitores, siendo muy escasos los estudios desde la perspectiva de los progenitores. Entre las escasas investigaciones que incluyen la evaluación a padres víctimas de VFP, la mayoría ha realizado análisis de tipo cualitativo (e.g., Calvete et al., 2014; Stewart, Burns y Leonard, 2007) o ha empleado algún cuestionario *ad hoc* (e.g., Rechea y Cuervo, 2010). Calvete, Orue y González-Cabrera (2017) evaluaron la VFP en una muestra de progenitores de adolescentes de población general, utilizando el Cuestionario de Violencia Filio-Parental-Informe de Progenitores, evaluando la VFP utilizando un criterio laxo (incluyendo actos aislados de violencia) y un criterio estricto (considerando la presencia de VFP si existen conductas violentas repetidas en un periodo de tiempo concreto). Respecto a los resultados, utilizando un criterio laxo, se encontró un 82% de violencia psicológica hacia el padre y un 88% hacia la madre, así como un 6,9% de violencia física hacia el padre y un 10,9% hacia la madre. Cuando se utilizó un criterio estricto, se encontró un 4,8% de violencia psicológica hacia el padre y un 6,4% hacia la madre, así como un 1,2% de violencia física hacia el padre y un 2,8% de violencia psicológica hacia la madre.

Como ha quedado reflejado, son muy escasos los estudios que evalúan la VFP desde la perspectiva de los padres. Recientemente, Contreras, Bustos-Navarrete y Cano-Lozano (2019) validaron el Cuestionario de Violencia Filio-Parental (C-VIFIP) en versión adolescentes, un instrumento de evaluación específico de la VFP, con una versión también para progenitores (Contreras, 2019). De esta manera, el objetivo del presente trabajo es examinar la prevalencia de la VFP en una muestra de madres y padres en la provincia de Jaén, con el instrumento C-VIFIP, versión padres, analizando tanto los tipos de violencia y las conductas concretas de violencia, como las razones para las agresiones, explorando, además, las diferencias según el sexo de la víctima.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo formada por 500 padres y madres de adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, procedentes de la provincia de Jaén (45,8% padres y 54,2% madres; M_{edad} = 46,31).

INSTRUMENTOS

Se utilizó el Cuestionario de Violencia Filio-parental (C-VIFP, Contreras, 2019) en su versión para padres. Este instrumento evalúa comportamientos constitutivos de VFP, tanto violencia psicológica (α = ,84) (p.e., "Me ha insultado", "Me ha robado dinero") y física (α = ,76) (p.e., "Me ha lanzado cosas"), como conductas de control y dominio hacia los padres (α = ,70) (p.e., "Me ha exigido que deje lo que estoy haciendo para que le atienda"), con un total de 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert: 0 = *nunca*, 1 = *raramente* (ha ocurrido alguna vez), 2 = *algunas veces* (2-3 veces), 3 = *bastantes veces* (4-5 veces) y 4 = *muy a menudo* (6 veces o más). La segunda parte del instrumento evalúa las razones para las agresiones a través de 8 ítems con formato de respuesta tipo Likert (0 = *nunca*, 1 = *alguna vez*, 2 = *casi siempre* y 3 = *siempre*), de tipo instrumental (p.e., "Para evitar hacer alguna tarea", "Para que le dé más dinero") y reactivas (p.e., "En respuesta a una agresión verbal mía).

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se obtuvo el informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Jaén. El acceso a la muestra se obtuvo a través de la técnica de muestreo en cadena. Los participantes cumplimentaron el cuestionario tras firmar el consentimiento informado. La participación fue voluntaria y anónima.

En cuanto a los análisis estadísticos, se obtuvieron los porcentajes de los distintos tipos de VFP, examinando las diferencias según el sexo de la víctima a través del estadístico Chi-Cuadrado. Siguiendo las principales definiciones de VFP, que excluyen actos aislados de violencia (Molla-Esparza y Aroca-Montolío, 2018; Pereira et al., 2017), se utilizó un criterio estricto para considerar la presencia de VFP (puntuaciones de 2 o más: ha ocurrido 2 o más veces en el último año). También se analizaron los porcentajes de las conductas concretas de VFP y de las razones para las agresiones, examinando las diferencias según el sexo de la víctima a través del estadístico Chi-Cuadrado.

DISEÑO

Siguiendo la clasificación de Montero y León (2007), se trata de un estudio descriptivo mediante encuestas y de naturaleza transversal.

RESULTADOS

PREVALENCIA DE TIPOS DE VIOLENCIA. DIFERENCIAS SEGÚN SEXO DE LA VÍCTIMA

Como queda reflejado en la Tabla 1, las conductas de control y dominio sobre los progenitores son el tipo de violencia más habitual (56%), seguida de la psicológica (19,4%) y la física (2,2%). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ningún tipo de VFP entre padres y madres.

PREVALENCIA DE CONDUCTAS CONCRETAS DE VIOLENCIA FILIO-PARENTAL. DIFERENCIAS SEGÚN SEXO DE LA VÍCTIMA

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre padres y madres en ninguna conducta concreta de VFP. Tal y como se refleja en la Tabla 2, las conductas más frecuentes fueron "En casa se ve en la televisión lo que él quiere" (ítem 5), "Me ha exigido que deje lo que estoy haciendo para que le atienda" (ítem 14), "Al discutir conmigo, él/ ella tiene la última palabra" (ítem 9), "Me ha exigido que le compre cosas incluso sabiendo que no nos lo podemos permitir" (ítem 6) y "Me ha hecho comentarios ofensivos, negativos y/o degradantes" (ítem 3).

PREVALENCIA DE MOTIVOS PARA EJERCER LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL. DIFERENCIAS SEGÚN SEXO DE LA VÍCTIMA

Los motivos más habituales para ejercer la VFP son "Para evitar hacer alguna tarea" (ítem 4), "Por su propio carácter" (ítem 6) y "Para que le compre algo que quiere" (ítem 3). Sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el ítem 3, en él, los padres informan de un porcentaje superior respecto a las madres χ^2 (500,1) = 6,90, $p < ,05$ (ver Tabla 3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue examinar la prevalencia de la VFP en una muestra de madres y padres en la provincia de Jaén, analizando tanto los tipos de violencia y las conductas concretas de violencia, como las razones para las agresiones, explorando, además, las diferencias según el sexo de la víctima.

Los resultados indicaron que las conductas de control y dominio sobre los progenitores son el tipo

Tabla 1
Porcentajes de tipos de violencia. Diferencias según sexo de la víctima

Tipos de VFP	Padre %	Madre %	Total %	χ^2
Psicológica	8,4	11	19,4	0,30
Física	0,8	1,4	2,2	0,34
Control/Dominio	25	31	56	0,40

Tabla 2
Porcentajes de conductas concretas de violencia filio-parental. Diferencias según sexo de la víctima

	Padre %	Madre %	Total %	χ^2
1. Me ha llegado a decir cosas como "te odio", "ojalá te mueras".	2,8	3,2	6	0,01
2. Me ha insultado.	4,4	6,6	11	0,83
3. Me ha hecho comentarios ofensivos, negativos y/o degradantes.	4	7,8	11,8	3,81
4. Me ha amenazado (con hacerme daño, con hacerse daño a sí mismo/a, con irse de casa).	2,6	3,4	6	0,07
5. En casa se ve en la televisión lo que él/ella quiere.	15,8	21,6	37,4	1,52
6. Me ha exigido que le compre cosas incluso sabiendo que no nos lo podemos permitir.	6,2	7,2	13,4	0,01
7. Ha adquirido deudas que yo he tenido que pagar.	0,8	1,2	2	0,13
8. Me ha lanzado cosas.	0,6	1	1,6	0,22
9. Al discutir conmigo, él/ ella tiene la última palabra.	11,4	10,4	21,8	2,36
10. Me ha golpeado con algo que puede hacerme daño.	0,2	0,6	0,8	0,70
11. Me ha dado una patada, bofetada y/o puñetazo.	0,4	0,4	0,8	0,02
12. Me ha robado dinero.	1,4	1,6	3	0,00
13. Me ha exigido que en casa se haga lo que él/ella quiera.	3,2	3	6,2	0,45
14. Me ha exigido que deje lo que estoy haciendo para que le atienda.	11,6	11	22,6	1,79

Tabla 3
Porcentajes los motivos para la violencia filio-parental. Diferencias según sexo de la víctima

	Padre %	Madre %	Total %	χ^2
1. Por querer llegar más tarde a casa cuando sale por la noche.	16,6	16,4	33	2,01
2. Para que le dé más dinero.	10,6	8,8	19,4	3,78
3. Para que le compre algo que quiere.	21	18,6	39,6	6,90*
4. Para evitar hacer alguna tarea (recoger su habitación, ayudar en las tareas de casa…).	27,4	28,2	55,6	3,05
5. Para evitar ir a clase, estudiar.	10,4	12	22,4	0,02
6. Por su propio carácter.	25,2	27,8	53	0,69
7. En respuesta a una agresión física mía (bofetada, puñetazo, empujón…).	4,4	6,4	10,8	0,62
8. En respuesta a una agresión verbal mía (por ejemplo, insulto).	10,2	14,4	24,6	1,23
*Nota: * $p < ,05$*				

de violencia más habitual (25% hacia el padre y 31% hacia la madre). Este dato es congruente con la propia definición de la VFP, en la que el deseo de controlar y dominar a los padres es un elemento fundamental de este tipo de violencia (Cottrell, 2001; Mollá-Esparza y Aroca-Montolío, 2018). Esta una de las principales aportaciones de este estudio, ya que este tipo de violencia no ha sido evaluada en estudios previos, si bien precisamente por este motivo no es posible comparar este dato con otras investigaciones. Los porcentajes de violencia psicológica (8,4% y 11% hacia padre y madre, respectivamente) son ligeramente superiores a los encontrados por Calvete et al. (2017) (4,8% y

6,4% hacia padre y madre, respectivamente), pero algo inferiores en violencia física (0,8% y 1,4% hacia padre y madre en nuestro estudio frente al 1,2% y 2,8% hacia padre y madre en el estudio de Calvete et al., 2017), si bien van en la misma línea, ya que las madres informan de porcentajes ligeramente superiores respecto a los porcentajes informados por los padres. Respecto a las conductas concretas de VFP, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre padre y madre, siendo las conductas más frecuentes relativas al control y al dominio sobre los padres, tales como "En casa se ve en la televisión lo que él quiere", "Me ha exigido que deje lo que estoy haciendo para que le atienda", "Al discutir conmigo, él/ ella tiene la última palabra" y "Me ha exigido que le compre cosas incluso sabiendo que no nos lo podemos permitir".

En este estudio también se analizaron las razones más habituales para ejercer la VFP según la perspectiva de los padres. Entre las razones más frecuentes se encuentran "Para evitar hacer alguna tarea" y "Para que le compre algo que quiere". Estas razones son de tipo de instrumental, que implican el uso de la agresión para obtener un beneficio, lo que coincide con estudios previos (Calvete et al., 2013; Calvete y Orue, 2016; Contreras et al., 2019). Respecto las razones de naturaleza reactiva, la más frecuente es "Por su propio carácter". Sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el ítem 3 "Para que le compre algo que quiere", en el los padres informan de un porcentaje superior respecto a las madres. Por tanto, ambos tipos de razones, instrumentales y reactivas, pueden estar presentes en casos de VFP (Calvete et al., 2013; Contreras et al., 2019).

En este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. En primer lugar, está basado exclusivamente en los informes de los padres, por lo que en futuros estudios sería necesario incorporar los informes de los hijos. Además, los datos se refieren a una muestra de participantes procedentes de una región concreta, aspecto que hay que considerar a la hora de generalizar los resultados. No obstante, se trata de un estudio, de los muy escasamente publicados, sobre prevalencia de VFP desde la perspectiva de los progenitores, que proporciona datos sobre violencia psicológica y física, así como conductas de control y dominio hacia los padres. Finalmente, los datos de este trabajo reflejan la magnitud de este fenómeno en la sociedad, indicando la necesidad de diseñar planes de prevención y detección precoz de este tipo de violencia en el seno familiar.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte del Proyecto "Padres maltratados por sus hijos: Un estudio desde la perspectiva de la víctima", concedido por el Instituto de Estudios Giennenses de la Diputación de Jaén (Convocatoria 2018).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boxer, P., Lakin-Gullan, R., Mahoney, A. y Stokes, J. (2009). Adolescents' physical aggression toward parents in a clinic-referred sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38,* 106-116. doi: 10.1080/15374410802575396.

Calvete, E., Orue, I., Bertino, L., González, Z., Montes, Y., Padilla, P. y Pereira R. (2014). Child-to-parent violence in adolescents: The perspectives of the parents, children, and professionals in a sample of Spanish focus group participants. *Journal of Family Violence, 29,* 343-352. doi: 10.1007/s10896-014-9578-5.

Calvete, E., Orue, I. y González-Cabrera, J. (2017). Violencia filio-parental: Comparando lo que informan los adolescents y sus progenitores. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 4*, 9-15.

Contreras, L. (2019, julio). El cuestionario de Violencia Filio-parental (C-VIFIP) en version para padres: Análisis preliminares de sus propiedades psicométricas. *Póster presentado en el IV Congreso Nacional de Psicología, Vitoria-Gasteiz* (España).

Contreras, L. y Cano-Lozano, M. C. (2015). Exploring psychological features in adolescents who assault their parents: A different profile of young offenders? *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 26,* 224-241. doi: 10.1080/14789949.2015.1004634.

Contreras L. y Cano-Lozano, M. C. (2016). Child-to-parent violence: The role of exposure to violence and its relationship to social-cognitive processing. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 8,* 43-50. doi: 10.1016/j.ejpal.2016.03.003.

Contreras, L., Bustos-Navarrete, C. y Cano-Lozano, M. C. (2019). Child-to-parent Violence Questionnaire (CPV-Q): Validation among Spanish Adolescents. *International Journal of Clinical and*

Health Psychology, 19, 69-74. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.09.001.

Cottrell, B. (2001). Parent abuse: The abuse of parent by their teenage children. *Ottawa, Canada: Health Canada, Family Violence Prevention Unit*.

Fiscalía General del Estado (2019). *Memoria Anual*. Recuperado de www.fiscal.es

Harbin, H. T. y Madden, D. J. (1979). Battered Parents: A New Syndrome. *American Journal of Psychiatry, 136,* 1288-1291. doi: 10.1176/ajp.136.10.1288.

Molla-Esparza, C. y Aroca-Montolío, C. (2018). Menores que maltratan a sus progenitores: Definición integral y su ciclo de violencia. *Anuario de Psicología Jurídica, 28,* 15-21. doi: 10.1016/j.apj.2017.01.001.

Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7,* 847-862.

Nock, M. K. y Kazdin, A. E. (2002). Parent-directed physical aggression by clinic-referred youths. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 31,* 193-205. doi:10.1207/S15374424JCCP3102_05.

Nowakowski-Sims, E. y Rowe, A. (2017). The relationship between childhood adversity, attachment, and internalizing behaviors in a diversion program for child-to-mother violence. *Child Abuse & Neglect, 72,* 266-275. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.08.015.

Pereira, R., Loinaz, I., Del Hoyo-Bilbao, J., Arrospide, J., Bertino, L., Calvo, A., Montes, Y. y Gutiérrez, M. M. (2017). Propuesta de definición de violencia filio-parental: Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio-parental (SEVIFIP). *Papeles del Psicólogo, 38,* 216-213.

Rechea, C. y Cuervo, A. L. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar. Centro de Investigación en Criminología. *Informe nº 18,* 1-89.

Routt, G. y Anderson, L. (2011). Adolescent violence towards parents. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma, 20,* 1-19. doi: 10.1080/10926771.2011.537595.

Stewart, M., Burns, A. y Leonard, L. (2007). Dark side of the mothering role: Abuse of mothers by adolescennt and adult children. *Sex Roles, 56,* 183-191. doi: 10.1007/s11199-006-9148-2

DIFERENCIAS INDIVIDUALES

EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS MAYORES

Beatriz López-Luengo y José Antonio Muela-Martínez

Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén

Resumen: El envejecimiento conlleva cambios biológicos, sociales y psicológicos a los que las personas deben adaptarse. Investigaciones previas sobre este tema indican que las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas mayores son principalmente pasivas. No obstante, además de la edad, también influyen otras variables en el uso de estas estrategias (sexo o nivel educativo). El objetivo de este trabajo es evaluar cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas mayores y averiguar si existen diferencias en función de variables sociodemográficas, así como conocer si el estilo de afrontamiento está relacionado con variables psicológicas. Participaron 61 personas, con una edad media de 66,56 años, procedentes de Centros de Día y polideportivos de las provincias de Jaén y Granada. Los resultados muestran que las estrategias más pasivas son utilizadas por mujeres, personas no casadas, sin estudios y con un mal estado de salud.
Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, Evaluación, Personas mayores.

ASSESSMENT OF COPING STRATEGIES IN ELDER PEOPLE

Abstract: The aging involves some biological, social and psychological changes to those that the elder people should adapt. Previous researches on this topic indicate that the coping strategies used by the elder people are mainly passive. Nevertheless, besides the age, other variables influence in the use of these strategies (sex or educational level). The aim of this work is to assess which are the coping strategies used by elder people and to analyse if there are differences in relation with socio-demographic variables, as well as to know if the coping style is related with psychological variables. Sixty-one people, with a 66.56 year-old average, proceeding in their majority from several centres of Jaén and Granada, participated in the study. The results show that women, non-married people, without studies and with a not well state of health, carry out the most passive strategies.
Key words: Coping strategies, Assessment, Elderly people.

INTRODUCCIÓN

La vejez está relacionada con toda una serie de estereotipos negativos tales como que es inevitable una pérdida del nivel previo de actividad o que las facultades cognitivas disminuyen. Estos estereotipos, que se encuentran arraigados tanto en jóvenes como en personas mayores, tienen como consecuencia una percepción negativa de la vejez. Esto puede producir en las personas mayores una pérdida de autoestima y del apoyo social, un mayor descenso en la actividad y un mayor índice de síntomas depresivos (Blazer, Hughes y George, 1987).

En la sociedad occidental el envejecimiento normal lleva asociado una serie de cambios biológicos, sociales y psicológicos. Todos estos cambios ponen de manifiesto la necesidad de que las personas mayores dispongan de una serie de habilidades para afrontar y adaptarse eficazmente a las nuevas situaciones que se presentan. En este sentido, las estrategias de afrontamiento hacen referencia a la capacidad del individuo para enfrentarse a situaciones estresantes tanto a

nivel interpersonal como intrapersonal (Pelechano y de Miguel, 1994). Existe la creencia de que la capacidad para afrontar las adversidades mejora a lo largo de la vida, sin embargo, los resultados de las investigaciones sobre este tema indican que las estrategias utilizadas por las personas mayores son más pasivas. No obstante, hay una serie de variables que parecen modular estos datos más allá de la edad. Por ejemplo, las personas con un nivel educativo más alto tienen una mayor capacidad para generar soluciones alternativas al problema y centrarse en él. Además, sustituyen las estrategias afectivas por otro tipo de estrategias más cognitivas y conductuales (Gunzelmam, Hessel, Geyer y Brahier, 1999).

Por otro lado, las personas mayores suelen enfrentarse de una forma más eficaz que los más jóvenes a la pérdida de su cónyuge. Posiblemente esto sea debido a que conforme aumenta la edad, aunque el círculo de amigos tiende a hacerse más pequeño, las relaciones mejoran, forjándose lazos más íntimos entre ellos. De este modo, tras la muerte de la pareja, los viudos, y especialmente las viudas, empiezan a incrementar las relaciones que mantenían con los demás, compensando así la pérdida del vínculo que tenían con su pareja (Vega y Bueno, 1996).

Este estudio tiene dos objetivos: 1) evaluar cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas mayores y averiguar si existen diferencias en cuanto al género, edad, estado civil, nivel de estudios, estado de salud subjetivo y si padece o no alguna enfermedad; y 2) conocer si el estilo de afrontamiento está relacionado con variables psicológicas tales como la autoeficacia, depresión, ansiedad, optimismo y apoyo social percibido.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Aunque la muestra inicial estuvo formada por 150 personas asistentes a diversos Centros de Día y polideportivos de las provincias de Jaén y Granada, sólo se pudieron analizar los datos de 61 personas (en la tabla 1 se muestran las características socio-demográficas de los participantes).

MEDIDAS

Las pruebas utilizadas en el estudio fueron las siguientes:

- Encuesta sociodemográfica: Se elaboró una encuesta en la que se recogía información sociodemográfica de la persona como sexo, edad, estado civil o nivel de estudios. Además, se obtenía información general sobre el padecimiento de alguna enfermedad, la percepción de salud y hábitos de alimentación y sueño.

- Versión española de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento (COPE) (Crespo y Cruzado, 1997): Esta escala consta de 60 ítems con un rango

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

	Media		D.T.	Mínimo		Máximo
Edad	66,56		4,55	57		76
		n			%	
Sexo, mujeres		41			67,2	
Estado civil						
Soltero		3			4,9	
Casado		42			68,9	
Divorciado		2			3,2	
Viudo		14			23	
Educación*						
Sin estudios		24			39,3	
Graduado escolar		11			18	
Medios/superiores		22			36,1	

(*) Cuatro casos carecen de este dato

de respuesta que oscila entre 1 y 4 puntos. Está dividida en 15 factores: búsqueda de apoyo social, religión, humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, aceptación, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solucionar la situación, crecimiento personal, reinterpretación positiva, actividades distractoras de la situación y evadirse.

- Escala de Autoeficacia EAG (Jerusalem y Schwarzer, 1992): Es una escala formada por 10 ítems en la que se califica la autoeficacia percibida al enfrentarse con situaciones problemáticas. Se obtiene una puntuación final resultado de la suma de todos los ítems. Una alta puntuación indica alta autoeficacia.

- Escala de Depresión Geriátrica GDS (Yesavage, 1983): Es una de las escalas de depresión más utilizadas en España con población mayor porque es un instrumento adaptado y validado para la población española con altos índices de sensibilidad y especificidad. Consta de 30 ítems con respuesta dicotómica (SI/NO). Una puntuación total igual o mayor a 18 puntos indica probable depresión.

- Escala de apoyo social SS-A-R (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983): Esta escala consta por 30 ítems con un rango de puntuaciones que oscila entre 1 y 4. Sirve para conocer el apoyo social que percibe la persona. La puntuación total se obtiene de la suma de los ítems.

- Escala de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970): Tiene dos partes: la primera está formada por 20 ítems que miden el nivel de ansiedad que la persona siente en el momento de ser evaluado (ansiedad estado) mientras que la segunda consta de 20 ítems que evalúan el nivel de ansiedad que siente el individuo en general (ansiedad rasgo). Las respuestas se registran en una escala de 4 puntos.

- Test de Orientación Vital LOT (Scheier, Carver y Bridges, 1994): Consta de 10 ítems que evalúan el nivel de optimismo de la persona.

PROCEDIMIENTO

Tras explicar el objetivo del estudio a los participantes, aquellas personas interesadas en participar firmaron un consentimiento informado y se les entregó un cuadernillo que contenía la encuesta sociodemográfica así como las demás pruebas de evaluación. Podían llevarse el cuadernillo a su casa, disponiendo de una semana para devolverlo una vez completado. De los 150 cuadernillos entregados sólo fueron devueltos 100, de los cuales 39 fueron eliminados al tener incompletos algunas o todas las pruebas de evaluación.

Con el objetivo de evaluar cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas mayores y averiguar si existían diferencias en cuanto al género, edad, estado civil, nivel de estudios, estado de salud subjetivo y padecimiento de alguna enfermedad, se realizó un análisis de varianza con cada una de las pruebas de evaluación en función de dichas variables de agrupación. En aquellos casos en los que fue necesario realizar un análisis post-hoc se utilizó la prueba de Tukey para cada nivel de las agrupaciones evaluadas. En los casos en los que no fue posible realizar estos tipos de análisis se emplearon los no paramétricos de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney. Con el objetivo de conocer si el estilo de afrontamiento estaría relacionado con variables psicológicas tales como la autoeficacia, depresión, ansiedad, optimismo y apoyo social percibido, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre cada una de las quince estrategias de afrontamiento evaluadas con el resto de variables psicológicas.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 19.0.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestran los datos obtenidos por la muestra analizada en cada una de las pruebas de evaluación.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en los análisis de varianza con cada variable (entre paréntesis se especifica el número de participantes con los que se realizó el análisis):

- *Sexo* (38 mujeres y 19 varones): Los resultados obtenidos indican que las mujeres obtuvieron una puntuación significativamente mayor que los varones en la medida de *depresión* (GDS) ($F_{1,53}$= 3,88; p= ,05), siendo la puntuación media de las mujeres de 10,92 (D.T.= 7,33) frente al 6,84 de los varones (D.T.= 7,22). Estas diferencias también aparecen en la medida de *ansiedad rasgo* (STAI-R) ($F_{1,50}$= 4,54; p= ,004). En este caso, la puntuación media de los varones fue de 16,11 (D.T.= 10,256) frente al 22,33 (D.T.= 10,1) de las mujeres.

Tabla 2
Datos en cada una de las pruebas psicológicas empleadas en la evaluación

PRUEBA	MEDIA	D.T.
COPE		
Búsqueda de apoyo social	1,59	0,68
Religión	2,27	0,77
Humor	0,56	0,67
Alcohol o drogas	1,75	0,13
Planificación	1,68	0,68
Abandono de afrontamiento	0,93	0,78
Centrarse en emociones	1,45	0,71
Aceptación	1,98	0,73
Negación	0,76	0,62
Refrenar el afrontamiento	1,7	0,6
Esfuerzos solucionar problema	1,65	0,73
Crecimiento personal	2,19	0,64
Reinterpretación positiva	1,9	0,63
Actividades distractoras	1,36	0,74
Evadirse	,71	0,5
EAG	30,02	6,11
GDS	9,66	7,51
SS-A-R	93,71	9,65
STAI-E	16,1	9,95
STAI-R	20,4	10,68
LOT	11,21	2,43

Tabla 3
Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis), diferenciadas por género, de las estrategias de afrontamiento estadísticamente significativas

ESTRATEGIA	MUJERES	VARONES
Religión	2,48 (0,6)	1,82 (0,09)
Abandono del afrontamiento	1,05 (0,08)	0,65 (0,058)
Centrarse en emociones	1,58 (0,58)	1,17 (0,85)
Aceptación	2,15 (0,69)	1,65 (0,73)
Actividades distractoras	1,49 (0,75)	1,02 (0,58)

Con respecto a las distintas estrategias de afrontamiento evaluadas por el COPE, se encontraron diferencias significativas entre los sexos en las siguientes variables: *Religión* ($U= 179,5$; $p= ,003$), *Abandono del afrontamiento* ($F_{1,54}= 3,523$; $p= ,05$), Centrarse en las emociones ($F_{1,53}= 4,31$; $p= ,041$), Aceptación ($F_{1,55}= 6,18$; $p= ,016$) y Actividades distractoras ($F_{1,55}= 5,85$; $p= ,019$). Como puede observarse en las medias que se muestran en la tabla 3, en todas estas estrategias la puntuación de las mujeres fue significativamente más alta que la de los varones.

- *Edad* (17 participantes entre 57-64 años, 24 entre 65-69 y 16 entre 70-76): Los resultados obtenidos indican que no existen diferencias significativas entre ninguna de las variables analizadas en los distintos grupos de edad.

- *Estado civil* (40 casados y 17 no casados, solteros o viudos): Los datos obtenidos indican la

existencia de diferencias significativas en la medida de *Apoyo social percibido* (SS-A-R) ($F_{1,49}$= 4,103; *p*= ,048). Las personas casadas presentan una puntuación significativamente mayor ($\bar{x}$= 95,18; D.T.= 9,692) que las no casadas ($\bar{x}$ = 88,92; D.T.= 8,14) en esta variable.

En relación con las estrategias de afrontamiento, la única en la que se encontraron diferencias significativas fue en *Reinterpretación positiva* ($F_{1,56}$= 5,36; *p*= ,024). Los datos indican que los casados utilizan esta estrategia con mayor frecuencia ($\bar{x}$ = 6,05; D.T.= 1,7) que los no casados ($\bar{x}$= 4,82; D.T.= 2,13).

- *Nivel de estudios* (22 sin estudios, 10 con estudios básicos y 22 con estudios medios o superiores): Los resultados obtenidos señalan la existencia de diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento del COPE *Negación* ($F_{2,49}$= 8,38; *p*= ,001) y *Abandono del afrontamiento* (K-W= 8,396; *p*= ,015).

Los análisis post-hoc muestran que en la estrategia Negación los participantes sin estudios ($\bar{x}$= 4,43; D.T.= 2,66) obtuvieron una puntuación significativamente mayor que los que tienen estudios básicos ($\bar{x}$= 1,67; D.T.= 1,23) (*p*= ,007) y estudios medios o superiores ($\bar{x}$ = 2,05; D.T.= 1,91) (p= ,002). Sin embargo, en *Abandono del afrontamiento* los participantes con estudios medios o superiores ($\bar{x}$ = 1,71; D.T.= 1,38) obtuvieron una puntuación significativamente menor que aquellos sin estudios ($\bar{x}$= 3,77; D.T.= 2,65) (U= 122; *p*= ,007) y con estudios básicos ($\bar{x}$= 3,4; D.T.= 2,5) (U= 57,5; *p*= ,04).

- *Estado de salud subjetivo* (30 buena/muy buena y 27 regular/mala): Los datos encontrados indican que existen diferencias significativas en *Ansiedad estado* (STAI-R) ($F_{1,46}$= 4,95; *p*= 0,03) en el sentido de que los que declaran tener mejor salud puntúan por debajo de quienes dicen tenerla regular o mala (puntuaciones medias de 13,62; D.T.= 9,06 y 19,89; D.T.= 10,28, respectivamente). También se encontraron diferencias en la medida de *depresión* (GDS) ($F_{1,53}$= 5'238; *p*= 0'026). En este caso las personas que manifestaron tener una salud regular o mala obtuvieron una puntuación menor ($\bar{x}$= 11,96; D.T.= 7,35) que los que dicen gozar de una salud buena ($\bar{x}$= 7,52; D.T.= 6,97).

- *Existencia de enfermedad* (43 sí la padecían y 12 no): Los resultados señalan que existen diferencias significativas en la medida de *Ansiedad estado* (STAI-E) (U= 107,5; *p*= ,028). Las personas que tienen alguna enfermedad tienen una puntuación mayor ($\bar{x}$= 17,97; D.T.= 10,56) que las que no padecen ninguna enfermedad ($\bar{x}$= 10,64; D.T.= 6,2).

Además, las personas enfermas también tuvieron puntuaciones significativamente mayores ($\bar{x}$ = 6,26; D.T.= 2,8) en la estrategia de afrontamiento de *Centrarse en las emociones* ($F_{1,52}$= 4; *p*= ,05) que los que no padecen ninguna enfermedad ($\bar{x}$= 4,5; D.T.= 2,24).

Finalmente, los coeficientes de correlación de Pearson entre cada una de las quince estrategias de afrontamiento evaluadas con el resto de las variables psicológicas se presentan en la tabla 4.

Tabla 4
Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y el resto de variables psicológicas

	EAG	GDS	MFE	SSAR	STAI_E	STAI_R	LOT
Apoyo Social	,15	,11	,3*	,3*	-,14	,03	-,01
Religión	,045	,19	,34*	-,01	,18	,25	-,18
Humor	,32*	,01	,13	-,08	-,11	-,11	-,12
Consumo sustancias	-,05	,16	,34*	-,03	-,04	,25	-,07
Planificación	,4**	-,11	,03	,17	-,39**	-,28*	,22
Aband. afrontamiento	-,01	,06	,22	-,06	,17	,19	,01
Centrarse emociones	-,01	,5**	,4**	-,16	,35*	,51**	-,14
Aceptación	,115	,14	,05	,07	-,03	,01	,16
Negación	,239	,23	,5**	-,1	,15	,05	,19
Refr. Afrontamiento	,172	-,03	,11	,05	-,19	-,16	,14
Esfuer. solucionar	,4**	,046	,15	,2	-,11	-,09	,12
Crecim. personal	,32*	-,17	-,08	,16	-,43**	-,36**	,01
Reinterp. positiva	,4**	-,13	0,47	,01	-,33*	-,3*	,28*
Activ. distractoras	-,12	,3*	0,61	-,02	,14	,31*	-,21
Evadirse	,1	,4**	,21	-,16	,28	,37**	-,14

*p< ,05; **p< ,01

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos del estudio era evaluar cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas mayores y averiguar si existen diferencias en cuanto al sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, el estado de salud subjetivo y si padece o no alguna enfermedad.

Los datos revelan que, en general, las estrategias más utilizadas por las personas mayores son la religión y el crecimiento personal, y las menos empleadas son el humor, el abandono del afrontamiento y la evasión.

Cuando la muestra se divide en función del sexo, además de las estrategias empleadas por ambos grupos, las mujeres, en comparación con los varones, se caracterizan por la utilización de estrategias pasivas tales como la religión, abandono del afrontamiento, centrarse en emociones, aceptación y realización de actividades distractoras. Estos resultados son contradictorios con los encontrados por Helson y Wink (1992) quienes manifiestan que las diferencias en estrategias de afrontamiento entre varones y mujeres tienden a disminuir con la edad, de tal forma que hombres y mujeres tienden a parecerse en la forma de afrontar los acontecimientos. Los autores consideran que esto puede ser debido a un cambio en las mujeres hacia rasgos considerados típicamente masculinos.

En el presente estudio, ambos grupos no sólo no son iguales en las estrategias que emplean, sino que se diferencian en un alto número de ellas; sin embargo, esta diferencia podría explicarse, en parte, por el menor nivel educativo de las mujeres de esta muestra comparado con el de los varones. Así, se comprueba que el 74,36% de las mujeres tienen estudios inferiores o iguales al graduado escolar, frente al 70,59% de los varones, que presentan un nivel igual o superior a los estudios medios. Teniendo en cuenta que, según los datos de este mismo estudio y de otros que lo confirman (Gunzelman et al., 1999), el menor nivel educativo se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento más pasivas, podría pensarse que la utilización, por parte de las mujeres de estrategias pasivas se debe a su bajo nivel de estudios más que a la pertenencia a un determinado sexo. Sin embargo, si se anulan las diferencias educativas en cada sexo (seleccionando a los 10 varones y a las 12 mujeres con estudios iguales o superiores al nivel medio), se comprueba que, si bien desaparecen la mayoría de las diferencias entre hombres y mujeres en el uso de las distintas estrategias de afrontamiento, se mantiene el mayor uso de la estrategia "aceptación" por parte de las mujeres.

No parece que esta diferencia se haya desarrollado en esta etapa de la vida, dado que no se han encontrado diferencias significativas en relación con la edad. Posiblemente sea algo adquirido desde una edad temprana en la medida en que el sistema socio-educativo propio de la época en la que los participantes del estudio eran adolescentes, en las mujeres se fomentaba más que en los varones un afrontamiento más pasivo de los problemas.

Por otro lado, como ya se ha indicado anteriormente, las personas sin estudios tienen una mayor tendencia a negar la existencia de problemas mientras que quienes tienen estudios medios y superiores son reacios a abandonar el afrontamiento. Estos resultados son congruentes con los encontrados por Gunzelman y colaboradores (1999), en los que las personas con un nivel educativo más alto tienen mayor capacidad para generar soluciones alternativas al problema y centrarse en él.

En relación con el estado civil, las personas casadas parecen percibir un mayor apoyo social que quienes permanecen solteras o se han quedado viudas. Además, presentan una mayor tendencia a reinterpretar de forma positiva los problemas que se les presentan. Posiblemente esto se vea favorecido por esa mayor percepción de apoyo social, donde parece que la pareja juega un papel importante. Esta idea tiene especial relevancia si se tienen en cuenta los datos encontrados por Vega y Bueno (1996), quienes afirman que las personas mayores afrontan de una forma más eficaz la viudez que personas jóvenes porque intentan crear una red social para compensar la pérdida del cónyuge.

En relación con la salud, tanto las personas enfermas (salud objetiva) como quienes perciben que su salud es mala (salud subjetiva) presentan índices altos en el estado de ansiedad. Sin embargo, mientras que las personas que perciben su salud como mala puntúan alto en depresión, pero no adoptan ninguna estrategia específica para afrontar los problemas comparados con quienes perciben que su salud es buena, las personas que padecen una enfermedad se centran en las emociones para afrontar los problemas,

comparados con quienes no tienen enfermedades, pero no tienen síntomas depresivos.

Resulta llamativo que el grupo de personas con un estado de ánimo de carácter más depresivo, como son las personas que perciben su salud como mala, no utilicen como estrategia de afrontamiento el centrarse en emociones; sin embargo, las personas que padecen una enfermedad sí emplean dicha estrategia sin que presenten síntomas depresivos (aunque puntúan alto en ansiedad estado esto también ocurre en el otro grupo). No obstante, no se debe olvidar que los valores medios obtenidos en la prueba sobre depresión rondan la normalidad.

En cuanto a la percepción subjetiva de salud los datos difieren a lo relatado por Waxman, Creary, Weinrit y Carner (1985). Según estos autores hay un hecho que se produce en todas las edades y es que las personas que más se lamentan o que son más obsesivas en comprobar continuamente su estado de salud suelen ser personas con una mayor probabilidad de padecer algún tipo de enfermedad. En esta edad, este argumento, si cabe, se acrecienta encontrándose peor aquella persona que se centra más en sus emociones.

Sería interesante, para investigaciones futuras, utilizar algún instrumento de evaluación sobre estrategias de afrontamiento que permita diferenciar, en esta población, entre estrategias adecuadas e inadecuadas en función de la situación en la que se emplean. Muela, Torres y Peláez (2002) encontraron que esa clasificación de las estrategias de afrontamiento (adecuadas/inadecuadas) se relacionaba mejor con la carga de los cuidadores de enfermos de Alzheimer que si se empleaba la clásica taxonomía de estrategias centradas en el problema/centradas en la emoción.

CONCLUSIONES

A partir de los datos encontrados se puede concluir que las estrategias de afrontamiento más pasivas son empleadas por mujeres, personas no casadas, sin estudios y con un mal estado de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blazer, D., Hughes, D.C. y George, L.K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist, 27,* 281-287.

Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta, 23*, 797-830.

Gunzelmann, T., Hessel, A., Geyer, M. y Brahler, E. (1999). Coping with disease in the elderly. The effect of perceived contorl, subjective morbidity, social suppor and socio-demographic variables. *Zeitschrift fur gerontologie und geriatrie, 32,* 238-245.

Helson, R. y Wink, P. (1992). Personality change in women from the early 40´s to the early 50´s. *Psychology and aging, 7,* 46-55.

Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp: 195-213). Washington, D.C: Hemisphere.

Muela, J.A., Torres, C.J. y Peláez, E.M. (2002). Comparación entre distintas clasiicaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema, 14,* 558-563.

Pelechano, V. y de Miguel, A. (1994). Habilidades interpersonales en la vejez y la salud. En J. Buendía (comp.). *Envejecimiento y Salud*. Madrid: Pirámide.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.K. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44,* 127-139.

Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, sefl-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.L.(1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press.

Vega, J.L. y Bueno, B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

Waxman, H.M., Mc Creary, G., Weinrit, R.M. y Carner, E.A. (1985). A comparasion of somatic complaints among depressed and non-depressed older persons. *Gerontologist, 25,* 501-507.

Yesavage, J. (1983). Development and validation of a GDS. *Journal of Psychiatry Research, 17,* 37-49.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO: UTILIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

M. Belén Vázquez y M. Carmen Míguez

Universidade de Santiago de Compostela

Resumen: El instrumento de evaluación específico más utilizado internacionalmente para la detección de la depresión perinatal es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Por ello, el objetivo de este trabajo es dar a conocer los datos de la validación de la EPDS en España para su uso durante el embarazo y la prevalencia hallada con dicho instrumento. Se llevó a cabo un estudio longitudinal con 569 mujeres que fueron evaluadas en los tres trimestres de embarazo (T1, T2 y T3) con la EPDS y la SCID. Se analizaron las propiedades psicométricas de la EPDS y se calcularon sus puntos de corte. La prevalencia de depresión hallada en los tres trimestres, según los puntos de corte obtenidos en la validación española, fue de 31,8% (T1), 17,2% (T2), y 21,4% (T3), respectivamente. La escala EPDS permite de forma rápida estimar la presencia de sintomatología depresiva en el embarazo.
Palabras clave: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), Depresión antenatal, Prevalencia.

PREVALENCE OF DEPRESSION IN PREGNANCY: UTILITY OF THE EDINBURGH POSTPARTUM DEPRESSION SCALE (EPDS)

Abstract: The most internationally used specific tool for the detection of perinatal depression is the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). Therefore, the aim of this work is to make know the data from the validation of EPDS in Spain for its use during pregnancy and the prevalence found with this instrument. Longitudinal study in which 569 women were evaluated in the three trimesters of pregnancy (T1, T2 and T3) with EPDS and SCID. The psychometric properties of EPDS were analyzed and cut-off points calculated. The prevalence of depression in the three trimesters was calculated according to the cut-off points obtained in the Spanish validation. The prevalence found was 31,8% (T1), 17,2% (T2), and 21,4% (T3), respectively. The EPDS scale allows, in a quick way, to estimate the presence of depressive symptomatology in pregnancy.
Key words: Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), Antenatal depression, Prevalence.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes y uno de los más incapacitantes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010), siendo la principal causa mundial de discapacidad (OMS, 2017), que afecta a las mujeres en doble proporción que a los hombres (Patten, 2009). Concretamente, dos momentos de la vida de la mujer en los que aumenta la vulnerabilidad para el desarrollo y/o recaída en ciertos trastornos mentales son el embarazo y el período postparto (Kamysheva, Skouteris, Wertheim, Paxton, y Milgrom, 2010; Smith, Shao, Howell, Lin y Yonkers, 2011), pues implican importantes cambios biológicos, psicológicos, familiares y sociales a los que las mujeres deben hacer frente (van Bussel, Spitz y Demyttenaere, 2009). Se estima que una de cada cinco mujeres desarrolla un trastorno mental durante el embarazo y/o hasta un año después del parto (National Childbirth Trust, 2017), siendo la depresión el trastorno psicológico más prevalente. La depresión postparto es la más

conocida y la que tradicionalmente ha recibido mayor atención. Sin embargo, hoy se sabe que la depresión en el embarazo es tan (o más) frecuente que la depresión postparto (Bowen, Bowen, Butt, Rahman, y Muhajarine, 2012), pero a menudo es infradiagnosticada y, por tanto, no tratada (Vesga-López et al., 2008). Además, la presencia de depresión durante el embarazo es uno de los principales factores de riesgo de la depresión postparto. En este sentido, Míguez Fernández y Pereira (2017) encontraron que más de la mitad de las mujeres que presentaban depresión postparto (63,6%) no eran casos nuevos, sino estados depresivos que se arrastraban desde el embarazo que no habían sido detectados y, en consecuencia, no habían recibido el tratamiento que precisaban.

En los últimos años, organismos como el American College of Obstetrician and Gynecologist (2018), el U.S. Preventive Services Task Force (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom, y Burda, 2016) y las directrices NICE en el Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence., 2018), han recomendado el cribado de la depresión perinatal en los servicios de atención primaria utilizando herramientas estandarizadas y validadas, como la Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS; Cox, Holden y Sagovsky, 1987) y el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001).

La EPDS se desarrolló en los años 80 como un instrumento específico para la evaluación de la sintomatología depresiva en el postparto y viene siendo desde entonces la herramienta más utilizada internacionalmente con esta finalidad. La EPDS es un cuestionario de autoinforme breve de 10 items, que no incluye síntomas somáticos y que ha sido traducida a más de 60 idiomas (Cox, 2019). Aunque fue diseñada para detectar sintomatología depresiva en el postparto, su validación en el embarazo ya está disponible en al menos catorce países (e.j., Alvarado et al., 2015; Bergink et al., 2011; Husain et al., 2014; Rubertsson et al., 2011; Stewart et al., 2013; Toreki et al., 2013). En España, la validación de la EPDS en el postparto fue llevada a cabo por Garcia-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro (2003) y, recientemente, ha sido publicada su validación en el embarazo (Vázquez y Míguez, 2019).

Son escasos los estudios que han aportado datos de prevalencia de sintomatología depresiva antenatal en España. Además, para ello se han utilizado instrumentos no validados previamente, hallando una prevalencia que oscila entre el 6,8% y el 31,3% (Carrascón, García, Ceña, Fornés, y Fuentelsaz, 2006; Escribà-Agüir, Gonzalez-Galarzo, Barona-Vilar, y Artazcoz, 2008; Míguez et al. 2017), y no existen datos de prevalencia de depresión por trimestres ni con entrevistas clínicas.

Dos de las escalas más utilizadas para la evaluación de la sintomatología depresiva en la práctica clínica son la Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) y la Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961). Ambas, con 20 y 21 items, respectivamente, fueron diseñadas para su uso en población general. No obstante, han sido utilizadas para la evaluación de sintomatología depresiva tanto en el embarazo como en el postparto (ej., Atashi, Kohan, Salehi, y Salehi, 2018; Cunningham et al., 2018), si bien no han pasado por un proceso de validación previo en este tipo de población. Cabe destacar a este respecto, una escala general, la Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001) que sí ha sido validada en España con mujeres en su primer trimestre de embarazo (Marcos-Nájera, Le, Rodríguez-Muñoz, Olivares Crespo y Izquierdo. 2018), incluso en su versión más breve de 2 ítems (PHQ-2; Rodríguez-Muñoz et al., 2017), si bien no hay datos por el momento de su validación en la totalidad del embarazo ni en el postparto. Por otro lado, los cuestionarios mencionados contienen ítems que hacen referencia a síntomas somáticos que, en el caso concreto de la depresión perinatal, se superponen con los síntomas físicos habituales del embarazo y/o postparto. Por tanto, la utilización de estas escalas para la valoración de sintomatología depresiva en el periodo perinatal podría no ser la opción más adecuada en la práctica clínica, máxime cuando existe un instrumento como la EPDS que ha sido validado en España.

Por tanto, en el presente estudio se pretende dar a conocer la EPDS como instrumento de cribado para detectar sintomatología depresiva en el embarazo en mujeres españolas e informar de los datos de prevalencia hallados con dicho instrumento.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se invitó a participar en un estudio longitudinal a una muestra de 635 mujeres embarazadas españolas en su primer trimestre de embarazo, atendidas en las consultas de obstetricia de su hospital de referencia (Complexo Hospitalario Universitario de Ourense) para el seguimiento rutinario de su gestación. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, participar voluntariamente en el estudio y tener una perfecta comprensión del español hablado y escrito. De estas mujeres, 26 rechazaron participar en el estudio, 33 tuvieron un aborto y 7 un parto prematuro. La muestra del estudio quedó formada por 569 mujeres que completaron los cuestionarios en los tres trimestres de embarazo.

La edad de las participantes osciló entre los 18 y 45 años (M = 32,80, $D.T.$ = 4,75). La mayoría estaban casadas o vivían en pareja (94,9%), eran primíparas (59,4%), el 46,4% tenían estudios universitarios y el embarazo fue planeado en el 85,9% de los casos. Con respecto a la situación laboral, el 75,0% de la muestra estaba trabajando.

MATERIALES

Cuestionario sociodemográfico y obstétrico-ginecológico. Se elaboró un cuestionario específico para este estudio que recogía información sobre variables sociodemográficas, la historia obstétrica previa y el embarazo actual.

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). La EPDS (Cox et al., 1987) es una escala autoadministrada diseñada para detectar estados depresivos en el postparto y pregunta acerca de cómo la mujer se ha sentido en los últimos 7 días. Está formada por 10 ítems con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3). Como resultado, el rango de puntuaciones de la escala va de 0 a 30, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor severidad. En este estudio se utilizó la versión española de la EPDS (Garcia-Esteve et al., 2003). La fiabilidad de la escala fue del ,81, ,82, y ,85, en el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente.

Entrevista clínica estructurada (SCID). La SCID (First et al., 1999) es una entrevista semiestructurada para la identificación de trastornos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Para diagnosticar depresión, cinco o más síntomas (depresión mayor) o de dos a cuatro (depresión menor) necesitan estar presentes durante el mismo período de dos semanas. Al menos uno de los síntomas es (a) estado de ánimo deprimido o (b) perder interés o placer por todas o casi todas las actividades.

PROCEDIMIENTO

La muestra fue reclutada en el primer trimestre de embarazo en las consultas de obstetricia del hospital de referencia entre septiembre de 2015 y diciembre de 2016. Se informó verbalmente y por escrito a las participantes sobre el objetivo y la metodología del estudio, y se solicitó su cooperación. Una vez firmado el consentimiento informado, se llevó a cabo la administración individual de los diferentes cuestionarios. Las entrevistas se realizaron en el primer trimestre de embarazo (T1), entre las 8-14 semanas (M = 10,87, $D.T.$ = 2,36); en el segundo trimestre de embarazo (T2), entre las 20-24 semanas (M = 20,70, $D.T.$ = 1,22); y en el tercer trimestre de embarazo (T3), entre las 32-36 semanas (M = 34,64, $D.T.$ = 1,26). La duración media de las entrevistas fue de 40 minutos en cada trimestre.

La validación de la escala se ha llevado a cabo siguiendo las recomendaciones del autor de la misma (Cox, 2019). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de Galicia y autorizado por el gerente del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

DISEÑO

Estudio longitudinal prospectivo.

RESULTADOS

La prevalencia de depresión combinada (depresión mayor y menor) según la SCID (Fig. 1) fue de 7,0% (n = 40) en T1, 4,7% (n = 27) en T2, y 5,6% (n = 32) en T3. La prevalencia de la depresión combinada para todo el embarazo fue del 5,6% (n = 32).

Las puntuaciones medias de la EPDS para cada trimestre del embarazo fueron 6,63 ($D.T.$ = 4,22), 5,66 ($D.T.$ = 3,95) y 5,73 ($D.T.$ = 4,29), respectivamente. Para todo el embarazo, la puntuación promedio de la EPDS fue de 6,30 ($D.T.$ = 4,34).

Con respecto a la fiabilidad test-retest, las correlaciones entre las puntuaciones de la EPDS fueron las siguientes: entre T1 y T2, r = ,68 ($p <$,001); entre T1 y T3, r = ,65 ($p <$,001); y entre T2 y T3, r = ,75 ($p <$,001).

Como se puede ver en los resultados de las curvas ROC en la Tabla 1, el área bajo la curva varía de 0,76 a 0,89. Del mismo modo, se muestra el rendimiento de la EPDS para cada trimestre y para la totalidad del embarazo, con puntos de corte de 8 o más, 9 o más, 10 o más y 11 o más. El punto de corte de la EPDS específico por trimestre que obtuvo la mejor combinación de los valores de sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y precisión general para la depresión combinada fue de 9 o más en el primer trimestre del embarazo y de 10 o más en el segundo y tercer trimestre. El punto de corte de la EPDS para todo el embarazo fue de 10 o más para depresión combinada (Tabla 1). Si se optara por evaluar solo depresión mayor, el punto de corte de la EPDS que mejor combinación de valores obtuvo fue de 11 o más.

Con estos puntos de corte para la EPDS, la prevalencia de depresión en el embarazo fue de 31,8% (n = 181), 17,2% (n = 98) y 21,4% (n = 122) para cada trimestre, respectivamente; y 23,4% (n = 133) para el embarazo en general (Fig. 1).

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la EPDS como instrumento de cribado para detectar sintomatología depresiva en el embarazo en mujeres españolas, y justificar así su uso más adecuado con esta población frente a otras escalas generales, además de proporcionar datos de la prevalencia hallada con dicho instrumento.

Aunque la EPDS ya había sido utilizada durante el embarazo en mujeres españolas (e.j., Carrascón et al. 2006; Escribà-Agüir et al. 2008; Míguez et al., 2017), la validación de la escala en España para su uso durante la gestación no existía, pues fue creada en su día pensando en el postparto. Los resultados hallados indican que la EPDS es una escala adecuada para detectar sintomatología depresiva durante el embarazo. Los puntos de corte específicos de la EPDS propuestos para la depresión combinada fueron 9 o más para el primer trimestre del embarazo y 10 o más para el segundo y tercero, respectivamente. Asimismo, se estableció un punto de corte de 10 o más para el embarazo en general. La ventaja de proporcionar un punto de corte general para todo el embarazo y un punto de corte específico para cada trimestre reside en que permite que cada estudio utilice el más apropiado según el momento del embarazo

Tabla 1
Sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos y precisión general para puntos de corte de la EPDS para la depresión combinada.

	AUC (95% CI)	EPDS	Sens. (%)	Espec. (%)	VPP (%)	VPN (%)	OA (%)
Primer trimestre (8-14 semanas)	0,76 (0,72-0,79)	≥ 8	75,0	61,1	12,7	97,0	62,0
		≥ 9	67,5	70,9	14,9	96,7	70,7
		≥ 10	52,5	78,8	15,7	95,7	77,0
		≥ 11	45,0	84,7	18,1	95,3	81,9
Segundo trimestre (20-24 semanas)	0,89 (0,86-0,92)	≥ 8	92,6	72,1	14,9	99,5	73,1
		≥ 9	85,2	79,5	18,0	99,0	79,8
		≥ 10	81,5	86,0	23,4	98,9	85,8
		≥ 11	66,7	89,5	25,0	98,1	88,4
Tercer trimestre (32-36 semanas)	0,89 (0,87-0,92)	≥ 8	90,6	74,3	18,4	99,2	75,2
		≥ 9	81,3	77,7	18,8	98,5	77,9
		≥ 10	78,1	81,9	21,6	98,3	81,7
		≥ 11	68,8	87,3	25,7	97,8	86,3
Embarazo	0,76 (0,72-0,79)	≥ 8	86,2	65,7	13,8	98,7	66,8
		≥ 9	75,9	72,2	14,8	97,9	72,4
		≥ 10	72,4	79,3	18,2	97,8	78,9
			69,0	85,6	23,4	97,7	84,7

AUC: Area Bajo la Curva; IC: Intervalo de Confianza; EPDS: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; Sens: Sensibilidad; Spec: Especificidad; VPP: Valor Predictivo Positivo; VPN: Valor Predictivo Negativo; OA: Precisión General.

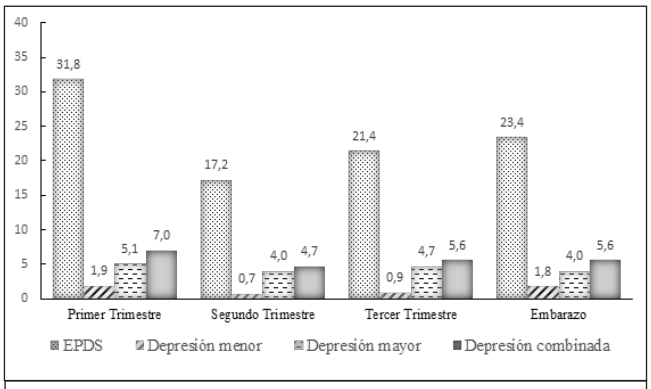


Figura 1. Prevalencia de la depresión con la EPDS y con la SCID (menor, mayor y combinada).

en el que se evalúa a las mujeres. No obstante, cabe señalar que, en la práctica clínica, resulta más práctico utilizar el mismo punto de corte general durante todo el período de embarazo. Si bien el punto de corte de 11 o más sería el adecuado para identificar depresión mayor, nosotros hemos optado por incluir solamente el punto de corte de la depresión combinada, para reducir el número de mujeres con posible depresión que pudieran no ser diagnosticadas con un punto de corte mayor.

Hasta la fecha, este es el primer estudio que proporciona datos sobre la prevalencia de la depresión durante el embarazo en España utilizando la SCID. Estudios previos aportaron datos de prevalencia basados en la EPDS, como el realizado por Carrascón et al. (2006) con una muestra de mujeres en su tercer trimestre de embarazo, que encontraron una prevalencia del 6,8% usando un punto de corte para la EPDS mayor que 11. En otro estudio, Escribá-Agüir et al. (2008) encontraron una prevalencia del 10,3% al usar la EPDS con un punto de corte igual o superior a 13. Más recientemente, Míguez et al. (2017) hallaron en una muestra con cierto riesgo una prevalencia del 31,3% utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 10, 21,2% con el punto de corte ≥ 12 y 19,2% con ≥13. Con otras escalas como la CES-D, la prevalencia estimada osciló entre el 12.2% y el 24,4% (Perales et al., 2015), mientras que con el PHQ-9 la prevalencia hallada en el primer trimestre fue del 14,8% (Rodríguez-Muñoz et al., 2017).

En nuestro estudio, la prevalencia de depresión obtenida con la EPDS fue de 31,8% para un punto de corte ≥ 9 en el primer trimestre de embarazo, y del 17,2% y 21,4% para un punto de corte ≥ 10 en el segundo y tercer trimestre, respectivamente. A nivel global fue del 23,4%. Es importante que se tengan en cuenta a la hora de comparar datos de prevalencia factores tales como los diferentes instrumentos, puntos de corte y momentos de evaluación utilizados.

Por tanto, la EPDS ha demostrado ser una escala adecuada para detectar sintomatología depresiva en mujeres embarazadas. Se trata de la única escala específica disponible en España que ha sido validada para su uso tanto en el embarazo como en el postparto. La utilización de escalas generales en el periodo perinatal, que no han sido diseñadas específicamente para esta etapa de la vida y que tampoco se ha llevado a cabo una validación de las mismas en dicho momento, no parece ser la metodología más adecuada a utilizar. Hay que tener en cuenta que el uso de puntos de corte no validados podría afectar al número de mujeres clasificadas con probable depresión. Además, la presencia de ítems que evalúan sintomatología somática dificulta el poder distinguir los cambios fisiológicos propios del embarazo y postparto, tales como aumento/pérdida de peso, aumento/pérdida de apetito, cambio de la imagen corporal y/o cansancio, de los asociados con la presencia de depresión. Este tipo de ítems no están presentes en la EPDS. Finalmente, la brevedad de la EPDS con solo 10 ítems, facilita el uso rutinario e interpretación de esta escala por parte de los profesionales de la salud, así como su aceptación por parte de las mujeres, pues supone menos de cinco minutos el cumplimentarla.

CONCLUSIONES

En países como EE.UU., Suecia, Malta, Australia y Escocia, la EPDS es la herramienta central de los programas nacionales de cribado de la depresión perinatal (Cox, 2019). En España, todavía tenemos pendiente el alcanzar esta situación.

La utilización de la EPDS durante el embarazo permite la detección temprana de la presencia de sintomatología depresiva y, de tratarse, se podría evitar que se prolongara al postparto, lo cual contribuiría a mejorar el cuidado de la etapa perinatal. Por lo tanto, se recomienda que todas las mujeres embarazadas sean evaluadas con la EPDS como parte de la atención rutinaria durante el embarazo. Aquellas que obtengan una puntuación superior al punto de corte establecido, en dos evaluaciones consecutivas separadas por 15 días, debieran ser remitidas a los servicios de salud mental para una evaluación diagnóstica y tratamiento si fuera necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adewuya, A. O., Ola, B. A., Dada, A. O., y Fasoto, O. O. (2006). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27*(4), 267-272. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/01674820600915478

Alvarado, R., Jadresic, E., Guajardo, V. y Rojas, G. (2015). First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for use in pregnant women. *A Chilean study. Archives of Women's Mental Health, 18*(4), 607-612. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0466-z

American College of Obstetrician and Gynecologist (2018). Screening for perinatal depression. *Obstetrics and Gynecology, 132*(5), 208–211. Recuperado de https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co757.pdf?dmc=1&ts=20190326T2353511975

Atashi, V., Kohan, S., Salehi, Z. y Salehi, K. (2018). Maternal-fetal emotional relationship during pregnancy, its related factors and outcomes in Iranian pregnant women: a panel study protocol. *Reproductive Health, 15*(1), 176. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0620-6

Beck, A. . T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561-571.

Beck, A. T. (1996). A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research, 45,* 225-230.

Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M. P., Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A. y Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research, 70*(4), 385-389. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.07.008

Bowen A, Bowen R, Butt P, Rahman K, Muhajarine N. (2012). Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *Canadian Journal of Psychiatry, 57,* 161-167.

Carrascón, A., García, S., Ceña, B., Fornés, M. y Fuentelsaz, C. (2006). Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Profesión, 7*(4), 5-11.

Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry, 150,* 782-786.

Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry, 214,* 127–129. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245

Cunningham, S. D., Mokshagundam, S., Chai, H., Lewis, J. B., Levine, J., Tobin, J. N. y Ickovics, J. R. (2018). Postpartum Depressive Symptoms: gestational weight gain as a risk factor for adolescents who are overweight or obese. *Journal of Midwifery & Women's Health, 63*(2), 178-184. https://doi.org/10.1111/jmwh.12686

Escribà-Agüir, V., Gonzalez-Galarzo, M. C., Barona-Vilar, C. y Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: Are there gender differences? *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*(5), 410-414. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.063016

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., 1999. *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- versión clínica* (SCID-CV) [Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)]. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).

Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders, 75*(1), 71-76. https://doi.org/S0165032702000204

Husain, N., Rahman, A., Husain, M., Khan, S. M., Vyas, A., Tomenson, B. y Cruickshank, K. J. (2014). Detecting depression in pregnancy: validation of EPDS in British Pakistani mothers. *Journal of Immigrant And Minority Health, 16*(6), 1085-1092. https://doi.org/10.1007/s10903-014-9981-2

Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. y Milgrom, J. (2010). A prospective investigation of the relationships among sleep quality, physical symptoms, and depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Affective Disorders, 123*(1-3), 317-320. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.015

Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606–13. https://dx.doi.org/10.1046%2Fj.1525-1497.2001.016009606.x

Marcos-Nájera, R., Le, H. N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Olivares-Crespo, M. E., y Izquierdo, N. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery, 62*, 36–41. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011

Míguez, M. C., Fernández, V. y Pereira, B. (2017). Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual, 25*(1), 47-64.

National Childbirth Trust (2017). The Hidden Half. Bringing postnatal mental illness out of hiding. London: National Childbirth Trust.

National Institute for Health and Care excellence (2018). Antenatal and postnatal mental health. *Clinical management and service guidance*. Recuprado de http://www.nice.org.uk/guidance/CG192.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/index.html

Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión. *Datos y cifras*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., y Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women. *JAMA, 315*(4), 388. https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948

Patten, S. B. (2009). Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence estimates are too low. *BMC Psychiatry, 9* http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-9-19

Perales, M., Refoyo, I., Coteron, J., Bacchi, M., y Barakat, R. (2015). Exercise during pregnancy attenuates prenatal depression: A Randomized Controlled Trial. *Evaluation and the Health Professions, 38*(1), 59–72. https://doi.org/10.1177/0163278714533566

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1,* 385-401. https://doi.org/10.1177/014662167700100306

Rodriguez-Muñoz, M. F., Castelao-Legazpi, P. C., Olivares-Crespo, M. E., Soto-Balbuena, C., Izquierdo-Mendez, N., Ferrer-Barrientos, F. J., y Le, H. N. (2017). PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Revista Española de Salud Publica, 91,* 1-8.

Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A. y Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic Journal of Psychiatry, 65*(6), 414-418. https://doi.org/http/10.3109/08039488.2011.590606

Smith, M. V, Shao, L., Howell, H., Lin, H. y Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Maternal and Child Health Journal, 15*(3), 401-409. https://doi.org/10.1007/s10995-010-0595-6

Stewart, R. C., Umar, E., Tomenson, B. y Creed, F. (2013). Validation of screening tools for antenatal depression in Malawi. A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Self Reporting Questionnaire. *Journal of Affective Disorders, 150*(3), 1041-1047. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.036

Toreki, A., Ando, B., Kereszturi, A., Sikovanyecz, J., Dudas, R. B., Janka, Z., … Pal, A. (2013). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery, 29*(4), 308-315. https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.011

Van Bussel C.H., J., Spitz, B. y Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders, 114*(1-3), 232-242. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.018

Vázquez, M. B. y Míguez, M. C. (2019). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *Journal of Affective Disorders, 246,* 515-521. https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.12.075

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. y Hasin, D. S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry, 65*(7), 805. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

EL IMPACTO DE LA LÓGICA BAYESIANA EN EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA

Jorge López Puga y Ana Mª Ruíz-Ruano García

Universidad Católica de Murcia (UCAM)

Resumen: En este trabajo presentamos, de manera muy breve, algunos de los hitos históricos de la psicología que se asocian con la idea que subyace en el teorema de Bayes. En primer lugar, abordaremos la psicofísica clásica y cómo ésta se aprovechó de la idea de magnitud subjetiva propuesta por Daniel Bernoulli. El aprendizaje, tanto desde un punto de vista psicológico como neural, será interpretado como el reflejo del razonamiento inductivo que proporciona el teorema de Bayes. También dedicaremos un espacio a comentar la simbiosis que se produjo el siglo pasado entre estadística bayesiana y psicología en el área de la metodología de las ciencias del comportamiento. Para terminar, señalamos los posibles peligros que amenazan a la evolución de la ciencia psicológica si se utiliza la lógica bayesiana evitando el pensamiento crítico.
Palabras clave: Teorema de Bayes, Aprendizaje, Psicología, Neurociencia, Estadística.

THE IMPACT OF BAYESIAN LOGIC IN PSYCHOLOGY DEVELOPMENT

Abstract: We briefly present some of the most relevant historical events in which psychology and Bayes' theorem are associated. Firstly, we back to psychophysics to stress how classical psychophysicists took advantage from the idea of subjective magnitude introduced by Daniel Bernoulli. Both, learning from a neural and psychological point of view will be interpreted as form of inductive reasoning under the logic of Bayes' Theorem. We spend some time describing the link between Bayesian statistics and psychology and how it produced progresses in the methodological area of behavioural sciences. Finally, we suggest some risks of using Bayesian logic avoiding critical thinking.
Key words: Bayes' Theorem, Learning, Psychology, Neuroscience, Statistics.

INTRODUCCIÓN

La historia de la humanidad, al igual que la de las matemáticas, ha ido tomando forma gracias a pequeños "pasitos". En algunas ocasiones estos pasitos (o la suma de algunos de ellos) han provocado cambios radicales en la cosmovisión de las sociedades imperantes de una época. Habría que consultar con personas dedicadas a la historiología, pero, al menos fenomenológicamente, parece ser que la historia de la humanidad y las matemáticas evolucionan análogamente a como Thomas Kuhn (1970) propuso que evolucionaba la ciencia: a base de saltos y cambios de paradigma que alternan periodos de ciencia normal con periodos revolucionarios.

Aludir conjuntamente a la historia de las matemáticas y de la humanidad no ha sido accidental en el inicio de este trabajo porque, en cierto modo, el desarrollo histórico de la humanidad y el de las matemáticas ha sido paralelo. Ese paralelismo evolutivo quedaría patente al observar la naturaleza científica y tecnológica que caracteriza a la humanidad. Así, podríamos decir que tanto la evolución de la ciencia (entendida como empresa orientada a la comprensión del universo y la naturaleza) como de la tecnología (cuyo propósito es controlar el universo y la naturaleza) ha estado condicionada por los avances acaecidos en las matemáticas. Más específicamente, podríamos destacar el papel que hitos matemáticos concretos han tenido sobre la

evolución social humana. Por ejemplo, podríamos centrarnos en los teoremas matemáticos.

En términos matemáticos, un teorema es la consecuencia directa de un axioma; mientras que un axioma es una afirmación cuya veracidad es tan evidente que no existe duda sobre su certeza (Lahoz-Beltra, 2019). En la historia de las matemáticas podemos identificar teoremas que podrían ser como puntos arquimédicos que han desencadenado, de un modo u otro, revoluciones o cambios de paradigma científicos. Así, por ejemplo, podríamos considerar al teorema de Pitágoras como el "responsable" del descubrimiento de los números irracionales (Luque y Calero, 2019), del perfeccionamiento de la idea de infinito (Rossell, 2019) y, como consecuencia, del cálculo infinitesimal (Navarrete, 2019). O, por proporcionar otro ejemplo, también podríamos aludir al teorema de Tales que permitió a la humanidad estimar distancias entre cuerpos celestes, aproximarnos al tamaño de nuestro planeta o navegar por los océanos haciendo uso de técnicas de paralaje estelar, así como, hoy en día, usar el GPS (Ballesteros, 2019).

El teorema de Bayes (1763) en su versión contemporánea alude al concepto de probabilidad condicionada. Puede ser considerado como el resultado de aplicar la idea de probabilidad condicional a la conjunción (ocurrencia conjunta) de eventos dependientes. Verbalmente podríamos decir que el teorema de Bayes sirve para actualizar la probabilidad de ocurrencia de uno o varios eventos en función de la ocurrencia (o conocimiento que tenemos sobre su ocurrencia) de otro u otros eventos (Eddy, 2004). Como trataremos de ilustrar en las próximas líneas, este teorema ha sido vinculado con aproximaciones "subjetivas" orientadas al estudio de la probabilidad y sus cálculos asociados. En nuestra opinión, esta tendencia a aproximarse al estudio de la realidad desde un punto de vista "subjetivo" ha tenido consecuencias positivas para el desarrollo de la psicología y ha contribuido, en cierto modo, a dotar a la psicología de una naturaleza más científica. En las siguientes secciones trataremos de revisar algunos hitos que han marcado la historia de la psicología y que han contribuido a afianzar su estatus científico. Para cada una de estas referencias históricas trataremos de mostrar cómo la idea de "subjetividad" latía en la esencia misma de los fenómenos psicológicos estudiados y cómo la lógica que subyace al teorema de Bayes impregna aquello que nos ha llegado de esas partes de la historia.

El método de trabajo llevado a cabo para desarrollar este capítulo no está basado en un procedimiento sistemático del estudio de la literatura científica (como cabría esperar en una revisión sistemática o meta-análisis) sino que, más bien, podría considerarse como una aproximación "no exhaustiva" al estudio histórico de la influencia del teorema de Bayes en la psicología. Es más, las relaciones que planteamos en este trabajo entre la lógica bayesiana y la psicología no están explícitamente puestas de manifiesto en la literatura consultada y citada, sino que, más bien, son fruto nuestro análisis reflexivo de la historia y de los conceptos tratados. Por otro lado, debido a la limitación espacial, sólo nos hemos centrado, como indicamos más arriba, en algunos eventos que consideramos esenciales para poner de relevancia el impacto de la lógica bayesiana en psicología.

LA PSICOFÍSICA

Los psicofísicos alemanes clásicos del siglo XIX como Ernst Heinrich Weber o Gustav Theodor Fechner estaban interesados, casi obsesionados, en encontrar el formalismo matemático que describiese la relación que se establece entre las dimensiones física y psicológica de la realidad. En su intento por encontrar la significación psicológica que tenían diferentes magnitudes físicas se aventuraron a buscar ecuaciones que modelasen con precisión la relación que se establece entre la magnitud física de un estímulo y la sensación psicológica (subjetiva) que éste produce.

Esta concepción dicotómica (física y psicológica) de la realidad y la naturaleza eminentemente subjetiva de las percepciones psicológicas tuvieron consecuencias históricas relevantes para la evolución del escalamiento psicológico, pero no las abordaremos aquí. Más bien, nos gustaría llamar la atención sobre el componente subjetivo del problema. El historiador David Hothersall (1997) sugiere que Weber conocía los trabajos de Daniel Bernoulli, miembro de una de las dinastías de matemáticos más relevantes de la historia, sobre la valoración subjetiva del riesgo. Los trabajos de Bernoulli (1954) daban a entender que la valoración que hacían diferentes personas de una misma cantidad no era la misma. Es decir, que un mismo número (o riesgo entendido numéricamente)

producía diferentes valoraciones subjetivas en diferentes personas. Era como si, ante una misma realidad objetiva numéricamente, diferentes personas, en función de su experiencia, valorasen el riesgo de forma diferente. Presumiblemente, esta idea condujo a Weber a considerar que la realidad estaba compuesta por una dimensión física (objetiva) y otra psicológica (subjetiva).

Más recientemente, algunas ramas de la estadística, como la denominada *estadística bayesiana o subjetiva*, considera que la probabilidad es, epistemológicamente, algo subjetivo. Es decir, que la probabilidad, frente a la realidad objetiva, sería una estimación mental del estado (futuro, pasado o incluso presente) de la naturaleza condicionada por nuestro estatus de conocimiento (véase, Dixon, 1970).

NEUROCIENCIA DEL APRENDIZAJE

Si seguimos a Candland (1971) podríamos decir que la psicofísica todavía está activa en nuestros días ya que "si la psicofísica está muerta, (…) posee uno de los espíritus más vigorosos que hayan tornado a la Tierra para correr aventuras" (p. 13). En cierto modo, podríamos considerar a la neurociencia cognitiva actual como un reflejo de la psicofísica clásica. Si nos centramos, por ejemplo, en el estudio de los procesos cognitivos básicos como la atención, la memoria o el aprendizaje y tratamos de entenderlos a nivel físico-neural no estamos haciendo otra cosa sino psicofísica contemporánea (Ehrensetin y Ehrensetin, 1999).

No hay un área de conocimiento psicológica más claramente vinculada con el teorema de Bayes que el campo del aprendizaje. Si consideramos que el condicionamiento clásico (Pavlov, 1927) es un mecanismo básico de aprendizaje y lo analizamos en términos probabilísticos, podemos apreciar que el estímulo incondicionado sería análogo a una probabilidad previa mientras que la respuesta condicionada se asociaría con el concepto de probabilidad posterior. Es decir, el teorema de Bayes es una herramienta apropiada para modelar el proceso de aprendizaje en el paradigma de condicionamiento clásico. Del mismo modo que el teorema de Bayes puede utilizarse para actualizar probabilidades cuando disponemos de más información de un fenómeno, el organismo responde diferencialmente al estímulo condicionado a medida que aumentan los ensayos de condicionamiento clásico.

Los trabajos de Premack (1959, 1961) pueden interpretarse mucho más claramente en relación con el teorema de Bayes cuando hace alusión a la *tasa independiente* de una respuesta. Es decir, que no solo el condicionamiento clásico, sino tanto el instrumental como el operante podrían entenderse bajo la óptica del teorema de Bayes y el cálculo de probabilidades condicionadas (Domjan y Burkhard, 1982). Así, durante las últimas décadas del siglo XX los teóricos e investigadores del ámbito de las ciencias de la computación se apoyaron en el principio de Heeb o principio de estabilización (Carlson, 2000) selectiva para desarrollar modelos abstractos del aprendizaje neural humano (Quinlan, 1991). Podríamos decir, que uno de los grandes hitos de la neurociencia fue, en este sentido, observar que los procesos electrofisiológicos que se producen en redes neurales simples son los que se postulaban al principio del siglo XX bajo el paradigma del condicionamiento clásico (Kandel, Schwartz, y Jessell, 1997).

MODELOS GRÁFICOS Y REDES

La psicología del aprendizaje del inicio del siglo XXI estuvo marcada, a nuestro entender, por los avances que se produjeron en el ámbito de las ciencias de la computación y por los desarrollos producidos en el contexto de la Inteligencia Artificial (véanse, por ejemplo, Pearl, 2000, 2001, 2002). Una nueva forma de entender y estudiar los fenómenos naturales y sociales surgió auspiciada por lo que podríamos denominar *filosofía de red*. Gracias al aumento de cómputo de los ordenadores y a su abaratamiento, los modelos gráficos y topográficos de problemas complejos empezaron a poder desarrollarse en cualquier despacho de universidad.

Una de las teorías más sugerentes sobre la cognición y el aprendizaje humano puede atribuirse a Glymour (2001, 2003) y colaboradores (véase, por ejemplo, Gopnik et al., 2004; Gopnik et al., 2001, Gopnik y Schulz, 2004; Sobel, Tenenbaum, y Gopnik, 2004). Esta propuesta teórica alude clara y directamente al teorema de Bayes, así como a los modelos de red bayesiana, para tratar de comprender, estudiar o analizar el aprendizaje y la cognición humana. De esta manera, las variables implicadas en los procesos de aprendizaje son consideradas como distribuciones de probabilidad que están enlazadas unas con otras por medio de arcos que denotan dependencia causal.

METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO

La psicología es considerada una ciencia porque, para aproximarse al conocimiento, se apoya, utiliza o aplica el método científico (Bachrach, 1994; León y Montero, 2003). En el último siglo la óptica estadística con que se han analizado los datos en psicología, y en un amplio espectro de ciencias sociales y de la salud, se ha basado en lo que se ha venido a denominar contraste de significación de hipótesis nulas (del inglés null hypothesis significance testing o NHST en forma abreviada). Sin embargo, este modelo estadístico de aproximación al estudio de la naturaleza ha sido criticado duramente prácticamente desde sus inicios. Desde un punto probabilístico, el principal problema de este modelo de contraste de hipótesis científicas ha girado en torno al uso e interpretación del *p*-valor de un test estadístico (véase, por ejemplo, Bakan, 1966; Cohen, 1994; Dar, Serlin, y Omer, 1994; Halsey, Currant-Everett, Vowler, y Drummond, 2015; Orlitzky, 2012; Rosnow y Rosenthal, 1989; Stern, 2016; Wagenmakers, 2007; Wasserstein y Lazar, 2016).

Por circunstancias que no vamos a entrar a analizar, da la sensación de que la psicología ha asumido el liderazgo en este ámbito para tratar de mejorar el pensamiento estadístico en el ámbito científico. Por señalar únicamente un trabajo que consideramos crítico en este sentido, podemos remontarnos al inicio de la década de los sesenta cuando fue publicado el artículo de Edwards, Lindman y Savage (1963) donde se introducen las bases de lo que hoy conocemos como inferencia bayesiana y que puede considerarse como la semilla de lo que hoy es esta área de la estadística para la psicología. En nuestra opinión, el desarrollo del software libre JASP (https://jasp-stats.org) al auspicio del Departamento de Métodos Psicológicos de la Universidad de Ámsterdam y liderado por Eric-Jan Wagenmakers es fruto de aquel intento por mutar el paradigma científico imperante en la época.

Como consecuencia, el análisis estadístico de datos en psicología está, poco a poco, pasando de centrarse en estadísticos o parámetros (medias o proporciones) a fijarse en distribuciones de probabilidad. Más que estimación puntual de parámetros, cada vez es más interesante estudiar distribuciones de probabilidad de variables. Algo que, por otro lado, está en mucha más sintonía con lo que viene siendo la naturaleza *masiva* de datos y la potencia computacional de nuestros tiempos. Este es el motivo por el que el software JASP esté tratando de popularizar el uso de la estadística bayesiana por medio del uso de los Factores de Bayes (Kass y Raftery, 1995). Éste es, sin duda, uno de los ámbitos de estudio y discusión más apasionantes en que la psicología está inmiscuida en este momento (véase, por ejemplo, Held y Ott, 2018; Hoijtink, van Kooten, y Hulsker, 2016a, 2016b; Jeon y De Boeck, 2017; Jarosz y Wiley, 2014; Morey y Rouder, 2011; Morey, Wagenmakers, y Rouder, 2016; Stern, 2016; Wagenmakers, 2007).

CONCLUSIONES

Como hemos tratado de mostrar muy superficialmente, el teorema de Bayes parece haber favorecido la evolución de la psicología en algunas de sus dimensiones. La idea de subjetividad y, a la vez, de rigor científico que acompaña a este teorema parece haber servido de inspiración a las personas de ciencia que se han dedicado a la psicología a lo largo de los siglos. Y, lo que es más, el intento de formalizar matemáticamente la incertidumbre presente en la naturaleza y el universo ha servido de apoyo para el desarrollo de ideas que han condicionado la evolución teórica de la psicología. Creemos que este proceso aún no está acabado y la simbiosis entre teorema de Bayes y psicología está aún en un estadio de desarrollo temprano. Esta sinergia tiene la potencialidad de coadyuvar en el próximo, o próximos, cambios de paradigma para la ciencia psicológica.

Sin embargo, no creemos que esto sea una panacea. Es cierto que la lógica subyacente en el teorema de Bayes es esencial para el crecimiento de la psicología, pero, al igual que el teorema de Pitágoras tuvo un papel principal en la crisis matemática que dio a luz el descubrimiento de los números inconmensurables (Luque y Calero, 2019), también creemos que corremos ciertos riesgos si se abusa de la esencia de este teorema. En primer lugar, y quizá menos importante, si nos fijamos en lo expuesto en el epígrafe anterior, cambiar de una herramienta estadística a otra podría no solucionar nada. O, lo que es peor, podría acrecentar los problemas. Es decir, pasar, sin más, de usar el p-valor de un test

estadístico a usar el Factor de Bayes para tomar decisiones científicas o construir conocimiento podría no ser bueno si se sigue actuando de manera estereotipada sin pensar estadísticamente (Gigerenzer, 1998; 2004; 2018). Dicho de forma más mundana, sería como "tener el mismo perro, pero con distinto collar".

Lo peor, en nuestra humilde opinión, es que confiar excesivamente en modalidades de razonamiento inductivo podría conducirnos a errar en el intento científico de aproximarnos a la verdad. Posiblemente sea cierto que cualquier conocimiento certero que nos permite realizar razonamientos deductivos se ha forjado a base de razonamiento inductivo (Jeffreys, 1931), pero quizá no sea menos cierto que el razonamiento inductivo puede conducirnos a errar en nuestros razonamientos. Por ejemplo, la psicología ha encontrado datos que sugieren que las personas sucumbimos ante el *sesgo de confirmación*. Es decir, que tendemos a buscar información sistemáticamente que confirme nuestras hipótesis en vez de buscar información que las desafíe. Un ejemplo clásico sería aquel diseñado por Wason (1960) en el que se pedía a los participantes que tratasen de encontrar la regla (oculta) que gobernaba en la serie {2, 4, 6} que planteaba el investigador. Los participantes, tanto por sus respuestas verbales como matemáticas, ponían de manifiesto que, en la mayoría de los casos, las personas tendemos a confirmar más que a desconfirmar hipótesis previas. Por consiguiente, tememos que confiar excesivamente en procedimientos de razonamiento inductivo, sobre todo en ausencia de pensamiento crítico, podrían ser problemáticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bachrach, A. J. (1994). *Cómo investigar en psicología* (4ª ed.). Madrid: Morata. (Trabajo original publicado en 1966)

Bakan, D. (1966). The test of significance in psychological research. *Psychological Bulletin, 66*, 423-437.

Ballesteros, F. J. (2019). *Midiendo el cielo y la tierra*. Madrid: EMSE EDAPP y Prisanoticias.

Bayes, T. (1763). An essay towards solving a problem in the doctrine of chances. *Philosophical Transactions, 53,* 370-418. doi:10.1098/rstl.1763.0053

Bernoulli, D. (1954). Exposition of a new theory on the measurement of risk. *Econometrica, 22,* 23–36. doi: 10.2307/1909829

Candland, D. K. (1971). Prólogo. En S. A. Manning y E. H. Rosenstock (Eds.), *Elaboración de escalas de actitudes y psicofísica clásica* (pp. 13–17). México: Trillas.

Carlson, N. R. (2000). *Fisiología de la conducta* (3ª ed.). Barcelona: Ariel. (Trabajo original publicado en 1993)

Cohen, J. (1994). The Earth is round ($p < .05$). *American Psychologist, 49,* 997-1003.

Dar, R., Serlin, R. C., y Omer, H. (1994). Misuse of statistical tests in three decades of psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 75-82. doi: 10.1037/0022-006X.62.1.75

Dixon, J. R. (1970). *Introducción a la probabilidad. Texto programado*. México: Limusa-Wilely. (Trabajo original publicado en 1964)

Domjan, M., y Burkhard, B. (1982). *The principles of learning and behavior*. Belmont, CA: Brooks-Cole.

Eddy, S. R. (2004). What is bayesian statistics? *Nature Biotechnology, 22,* 1177–1178. doi: 10.1038/nbt0904-1177

Edwards, W., Lindman, H., y Savage, L. J. (1963). Bayesian statistical inference for psychological research. *Psychological Review, 70,* 193-242.

Ehrenstein, W. H., y Ehrenstein, A. (1999). Psychophysical methods. En U. Windhorst y H. Johansson (Eds.), *Modern techniques in neuroscience research* (pp. 1211–1241). Berlin: Springer.

Gigerenzer, G. (1998). We need statistical thinking, not statistical rituals. *Behavioral and Brain Sciences, 21,* 199-200.

Gigerenzer, G. (2004). Mindless statistics. *The Journal of Socio-Economics, 33*, 587-606. doi: 10.1016/j.socec.2004.09.033

Gigerenzer, G. (2018). Statistical rituals: The replication delusion and how we got there. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science, 1*(2), 198-218. doi: 10.1177/2515245918771329

Glymour, C. (2003). Learning, prediction and causal Bayes nets. *Trends in Cognitives Sciences, 7,* 43–48.

Glymour, C. (2001). The mind's arrows. *Bayes nets and graphical causal models in psychology*. Cambridge, MA: MIT Press.

Gopnik, A., Glymour, C., Sobel, D. M., Schulz, L. E., Kushnir, T., y Danks, D. (2004). A theory of

causal learning in children: causal and Bayes nets. *Psychological Review, 111,* 3–32.

Gopnik, A., Sobel, D. M., Schulz, L., y Glymour, C. (2001). Causal learning mechanisms in very young children: two, three, and four-years-olds infer causal relations from patterns of variation and covariation. *Developmental Psychology, 37,* 620–629.

Gopnik, A., y Schulz, L. (2004). Mechanisms of theory formation in young children. *Trends in Cognitives Sciences, 8,* 371–377.

Halsey, L. G., Currant-Everett, D., Vowler, S. L., y Drummond, G. B. (2015). The fickled P value generates irreproducible results. *Nature Methods, 12,* 179-185. doi: 10.1038/nmeth.3288

Held, L., y Ott, M. (2018). On p-values and Bayes factors. *Annual Review of Statistics and Its Application, 5,* 393-419. doi: 10.1146/annurev-statistics-031017-100307

Hoijtink, H., van Kooten, P., y Hulsker, K. (2016a). Why Bayesian psychologists should change the way they use the Bayes Factor. *Multivariate Behavioral Research, 51,* 2-10. doi: 10.1080/00273171.2014.969364

Hoijtink, H., van Kooten, P., y Hulsker, K. (2016b). Bayes factors have frequency properties-This should not be ignored: A rejoinder to Morey, Wagenmakers, and Rouder. *Multivariate Behavioral Research, 51,* 20-22. doi: 10.1080/00273171.2015.1071705

Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología* (3ª ed.). México: McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 1995)

Jarosz, A., y Wiley, J. (2014). What are the odds? A practical guide to computing and reporting Bayes factors. *Journal of Problem Solving, 7,* 2-9. doi: 10.7771/1932-6246.1167

Jeffreys, H. (1931). *Scientific inference*. Londres: Cambridge University Press.

Jeon, M., y De Boeck, P. (2017). Decision qualities of Bayes Factor and p value-based hypothesis testing. *Psychological Methods, 22,* 340-360. doi: 10.1037/met0000140

Kandel, E. R., Schwartz, J. H., y Jessell, T. M. (1997). *Neurociencia y conducta*. Madrid: Prentice Hall. (Trabajo original publicado en 1995)

Kass, R. E., y Raftery, A. E. (1995). Bayes factors. *Journal of the American Statistical Association, 90,* 773-795. doi: 10.1080/01621459.1995.10476572

Kuhn, T. S. (1970). *Th structure of scientific revolutions* (2ª ed.). Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Lahoz-Beltra, R. (2019). *Hiperespacios*. Madrid: EMSE EDAPP y Prisanoticias.

León, O. G., y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (3ª ed.). Madrid: McGraw Hill.

Luque, B., y Calero, J. (2019). *Números irracionales*. Madrid: EMSE EDAPP y Prisanoticias.

Morey, R. D., Wagenmakers, E., y Rouder, J. N. (2016). Calibrated Bayes factors should not be used: A reply to Hoijtink, van Kooten, and Hulsker. *Multivariate Behavioral Research, 51,* 11-19. doi: 10.1080/00273171.2015.1052710

Morey, R. D., y Rouder, J. N. (2011). Bayes Factor approaches for testing interval null hypothesis. *Psychological Methods, 16,* 406-419. doi: 10.1037/a0024377

Navarrete, H. A. (2019). *Cálculo infinitesimal*. Madrid: EMSE EDAPP y Prisanoticias.

Orlitzky, M. (2012). How can significance tests be deinstitutionalized? *Organizational Research Methods, 5,* 199-228.

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Londres: Oxford University Press.

Pearl, J. (2000). *Causality. Models, reasoning and inference*. New York: Cambridge University Press.

Pearl, J. (2001). *Bayesian networks, causal inference and knowledge discovery* (Rep. Téc. R-281). Los Angeles, CA: University of California.

Pearl, J. (2002). Causal inference in the health sciences: a conceptual introduction. *Health Services and Outcomes Research Methodology, 2,* 189–220.

Premack, D. (1959). Toward empirical behaviour laws. *Psychological Review, 66*(4), 219-233.

Premack, D. (1961). Predicting instrumental performance from the independent rate of the contingent response. *Journal of Experimental Psychology, 61,* 163-171.

Quinlan, P. (1991). *Connectionism and psychology: a psychological perspective on new connectionist research*. Hertfordshire: Cambridge University Press.

Rosnow, R. L., y Rosenthal, R. (1989). Statistical procedures and the justification of knowledge in psychological science. *American Psychologist, 44,* 1276-1284.

Rossell, F. (2019). *El infinito*. Madrid: EMSE EDAPP y Prisanoticias.

Sobel, D. M., Tenenbaum, J. B., y Gopnik, A. (2004). Children's causal inferences from indirect evidence: backwards blocking and Bayesian reasoning in pre-schoolers. *Cognitive Science, 28*, 303–333.

Stern, H. S. (2016). A test by any other name: P-values, Bayes Factors and statistical inference. *Multivariate Behaviour Research, 51,* 23-39. doi: 10.1080/00273171.2015.1099032

Wagenmakers, E. (2007). A practical solution to the pervasive problems of p values. *Psychonomic Bulletin & Review, 14,* 779-804. doi: 10.3758/BF03194105

Wason, P. C. (1960). On the failure to eliminate hypotheses in a conceptual task. The Quarterly *Journal of Experimental Psychology, 12,* 129-140.

Wasserstein, R. L., y Lazar, N. A. (2016). The ASA's statement on p-values: context, process, and purpose. *The American Statistician, 70,* 129-133. doi: 10.1080/00031305.2016.1154108

NEURO-PSICOLOGÍA

DEPRESIÓN MAYOR Y DEMENCIA: UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES

Francisco Javier Balea-Fernández

Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Colegio de Psicólogos de Gran Canaria

Resumen: La población española, en los últimos cien años, se ha duplicado el número de habitantes, pero el número de personas mayores es siete veces mayor y los octogenarios se han multiplicado por 13. La esperanza de vida se sitúa en 82,7 años: 85,4 en mujeres y 79,9 en varones. La Demencia es uno de los mayores problemas de salud tanto en España como en resto del mundo. La depresión constituye una de las principales causas de discapacidad, padeciéndola más de trescientos millones de personas y se relaciona con la demencia, siendo considerada un factor de riesgo para su desarrollo. El diagnóstico de EA (criterios NIA), se establecen de manera estrictamente biológica mediante el perfil de biomarcadores. Aunque éstos no proporcionan mejoría el manejo de la EA, proporcionan un interesante campo de investigación en la búsqueda de la etiología.
Palabras clave: Envejecimiento, Alzheimer, Diagnóstico, Biomarcadores.

MAJOR DEPRESSION AND DEMENTIA: USEFULNESS OF BIOMARKERS

Abstract: The Spanish population, in the last hundred years, has doubled the number of population, but the number of older people is seven times greater and the octogenarians have multiplied by 13. Life expectancy is 82.7 years: 85,4 in women and 79.9 in men. Dementia is one of the biggest health problems in both Spain and the rest of the world. Depression is one of the main causes of disability, suffering more than three hundred million people and is related to dementia, being considered a risk factor for its development. The diagnosis of AD (NIA criteria), is established strictly biologically using the biomarker profile. Although these do not provide improvement in the management of AD, they provide an interesting field of research in the search for etiology.
Key words: Elderly, Alzheimer, Diagnosis, Biomarkers.

INTRODUCCIÓN

La población española, en los últimos cien años, se ha duplicado el número de habitantes, pero el número de personas mayores es siete veces mayor y los octogenarios se han multiplicado por un factor de 13. Se une que la esperanza de vida se sitúa en los 82,7 años, con diferencias entre sexos: 85,4 en mujeres y 79,9 en hombres (INE, 2018). En los próximos diez años, como media, supondrán más del 25% de la población, de ellos el 35% de los hombres y el 65% de las mujeres mayores de 65 años ya presentan algún tipo de discapacidad, que es severa en la mitad de los casos. Todo esto supone un elevado gasto sanitario, como ejemplo: el 52% del gasto de Atención Especializada se dedica a mayores de 65 años y los mayores de 70 años son los responsables del 40% del total del gasto sanitario (Estévez y Guerrero, 2015). Con los datos anteriormente expuestos, cabe atribuir el gasto a los adultos mayores, pero en una sociedad envejecida, no es el anciano quien debe acomodarse a un sistema asistencial no diseñado para él.

Con los datos expuestos, no es desproporcionado denominar a la Demencia como uno de los mayores problemas de salud tanto en España como en resto del mundo (sanitario, social y económico) (Martínez-Lage et al, 2018).

En la actualidad se están estudiando los factores de riesgo psicológicos para el desarrollo

de demencia, en concreto de Demencia tipo Alzheimer (EA). Diversos estudios han relacionado la depresión con una función cognitiva deprimida. En un metaanálisis realizado en el año 2006 en el que se incluyeron estudios que proporcionaron información suficiente para permitir el cálculo de *odds ratios* (OR) para el riesgo de desarrollar EA en personas con antecedentes de depresión en comparación con personas sin antecedentes de depresión. Los resultados de este estudio fueron que el OR resultó de 2,03 (95% intervalo de confianza, 1,73-2,38) para los estudios de caso-control y de 1,90 (IC del 95%, 1,55-2,33) para estudios de cohorte. Los hallazgos de mayor riesgo fueron robustos para el análisis de sensibilidad. En un estudio realizado por Schiepers et al (2019) concluyeron que la depresión es el principal factor de riesgo para el desarrollo de EA con un RR de 1.85. El intervalo entre los diagnósticos de depresión y EA se relacionó positivamente con un mayor riesgo de desarrollar EA (Ownby, Crocco, Acevedo, & Loewenstein, 2006).

La demencia y la depresión son los dos cuadros clínicos más característicos del envejecimiento. Ente los 65-75 años es más frecuente la depresión y por encima de los 75 años, la demencia (Orduna y Naval, 2001).

Los datos del Instituto Nacional de Estadística indican que existe casi el doble de casos de depresión en mujeres que en hombres (figura 1). Esta proporción se mantiene en población jubilada (figura 2). Por lo tanto, la mayor esperanza de vida de las mujeres en relación con los hombres conlleva, además, acumular más años de vida con discapacidad.

En la actualidad no hay duda de que la depresión constituye una de las principales causas mundiales de discapacidad, padeciéndola más de trescientos millones de personas en todo el mundo.

En relación con la percepción sobre etiología de la depresión, un 95% de los sujetos encuestados en una investigación realizada por Lahera et al (2019) responsabiliza a acontecimientos adversos de la vida, mientras que un 88% asegura que la causa son factores psicológicos. Por otro lado, en relación con el tratamiento el 55% consideró que si tuviesen un amigo o un familiar con depresión le recomendarían ir a un psicólogo y, mientras que el 53% se inclinó por la medicación (si bien muchos encuestados pensaban que los fármacos antidepresivos *causaban adicción*) (Lahera et al, 2019).

Tanto en la etiología como en el riesgo de desarrollo de depresión el contacto social juega un importante papel. En un trabajo realizado por Fancourt y Tymoszuk (2019) descubrieron un riesgo del 32% menor de desarrollar depresión para las personas que asistieron a eventos culturales esporádicamente (odds ratio 0,68; 95% IC 0,47-0,99) y un riesgo 48% menor para las personas que asistieron una vez mes o más (OR 0,52; 95% IC 0,34-0,80). La actividad cultural lleva implícito el contacto y la relación sociales.

En una revisión realizada por Haigh et al., en 2018, con el título "*La depresión entre los adultos mayores: una actualización de 20 años sobre cinco mitos comunes y conceptos erróneos*" plantea la relación entre edadismo y desarrollo de EA (Haigh et al., 2018; Sánchez-Palacios, 2004). En un artículo reciente, se denomina una nueva demencia como LATE (predominante límbica) en relación con una alteración derivada de un estado depresivo crónico (Nelson et al, 2019).

Los datos sobre prevalencia e incidencia, según la Confederación Española de Alzheimer y otras demencias indican que "*el 55% de los mayores de 65 años que tiene demencia no está diagnosticado*" (Tola, 2018). En un estudio realizado por Vega

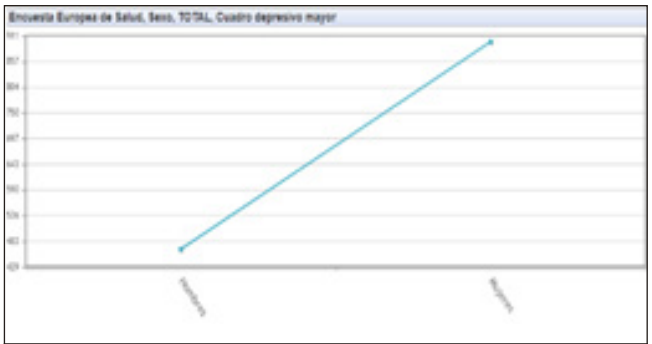


Figura 1: Fuente INE: Encuesta Europea de Salud 2014. Patient Health Questionnaire PHQ-8. Cifras totales (en Miles).

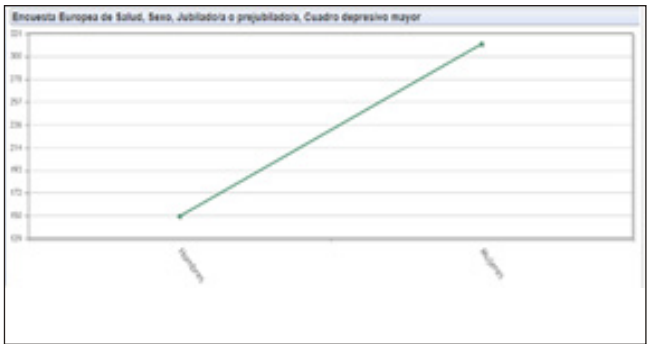


Figura 2: Fuente INE: Encuesta Europea de Salud 2014. Patient Health Questionnaire PHQ-8. Jubilado/as (en Miles).

Alonso et al. en 2016 se determina que la prevalencia ajustada en su investigación de deterioro cognitivo leve (DCL) fue del 18,5% (IC 95% 17,3-19,7) de las personas mayores de 65 años, aumentando hasta el 45,3% cuando la población estudiada es mayor de 85 años. Teniendo en cuenta los datos aportados por el anterior estudio y teniendo en cuenta que la tasa anual de progresión de DCL a demencia está entre el 8-15% apuntando a un problema de salud comunitaria (Tola, 2018; Vega-Alonso et al., 2016). En la misma línea y con similares resultados se muestra el estudio DERIVA con una prevalencia de DCL del 19% (Rodríguez-Sánchez et al., 2011).

DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER

La definición clásica de demencia es "un síndrome adquirido, de naturaleza orgánica caracterizado por un deterioro permanente de la memoria y de otras funciones intelectuales, y frecuentemente acompañado de otros trastornos psiquiátricos, que ocurren sin alteración del nivel de conciencia, afectando al funcionamiento social" (Cubero, 2002). En la actualidad las demencias se clasifican inicialmente en: reversibles e irreversibles; teniendo en cuenta que las reversibles son causa de un agente o trastorno que tiene tratamiento etiológico, por ejemplo, déficit de vitamina B12. Las demencias irreversibles se clasifican en: demencias degenerativas primarias: Corticales, subcorticales y cortico-subcorticales: Vasculares: multiinfarto, ...; Infecciosas: Creutzfeldt-Jakob, ...: demencias secundarias: Metabólicas: Hipo-Hipertiroidismo, ...; Tóxicas: Metales: Pb, Hg, Mn, Cu, ...; Neoplasias: Tumores cerebrales, ...; Traumáticas: Hematoma subdural, ...; Otras…

En la última década, se han producido unos importantes cambios en relación con el diagnóstico de la EA, de manera resumida, son los siguientes: Antes del año 2007: Criterios NINCDS-ADRDA el diagnóstico se basaba en criterios clínicos apoyados en pruebas complementarias; desde el 2007 hasta el 2011 el International Working Group for new research criteria for the diagnosis of AD (IWG-1) y el National Institute of Aging and the Alzheimer´s Association: Criterios NIA-AA modificaban los anteriores criterios, concretando y especificando la probabilidad o posibilidad en el diagnóstico de DTA; en el año 2014 tanto la IWG-2 como la NIA-AA especifican en el criterio diagnóstico la presencia de un fenotipo clínico apropiado (típico o atípico) y un biomarcador; en el año 2015 se publican los criterios IWG-3, se establecen los nuevos criterios en fase preclínica: positividad en los biomarcadores; asintomáticos con riesgo, pero con positividad solamente en un biomarcador. En el año 2018, los critérios NIA define EA de manera estrictamente biológica mediante el perfil de biomarcadores. No se tiene en cuenta el fenotipo ni el estadio clínico (Sagrario-Manzano et al., 2018).

Demencia Tipo Alzheimer (EA): Enfermedad neurodegenerativa de etiología aún no está establecida. Casos esporádicos determinados genéticamente: autosómica dominante supone menos del 1% de todos los casos. Formas de inicio en edades tempranas y vinculadas a tres genes: APP (Cr 21, isoforma Aβ42), PSEN1 (Cr. 14) y PSEN2 (Cr. 1). La asociación entre el gen de la APOE (Cr. 19, alelo ε4 aumenta el riesgo).

En las últimas décadas, se están investigando la relación causal entre el desarrollo de EA y los factores de riesgo. Éstos pueden dividirse en: factores de riesgo cardiovascular (Hipercolesterolemia, HTA, DM y obesidad) (Rubí, 2018), factores de riesgo psicológico e intelectual (depresión, escasa formación académica y pobre hábito de lectura) y factores de riesgo social (aislamiento) (Balea-Fernández, 2007). Estos factores de riesgo están sobre todo en relación con el desarrollo de hábitos de vida saludables lo que supone una importante disminución de los costes tanto sanitarios como sociales y económicos.

En la actualidad, se están realizando diversas investigaciones que tratan de relacionar biomarcadores (tanto en LCR como en plasma) y la atrofia cerebral regional. Esta nueva línea de investigación se centra tanto en el diagnóstico clínico como preclínico de la EA. Éstos se obtienen tanto por análisis de líquido cefalorraquídeo (péptido Aß1-42 y las proteínas Tau total y Tau fosforilada), o bien por técnicas de neuroimagen (resonancia magnética (RM) o tomografía por emisión de positrones (PET con 18 F-fluorodesoxiglucosa PET-FDG). La acumulación de placas de ß-amiloide (extracelulares), ovillos neurofibrilares y la neurodegeneración se relacionan con los biomarcadores hallados en LCR; el progreso de la investigación en la actualidad está en la determinación de biomarcadores en plasma sanguíneo. Además, el reto en la actualidad, además del diagnóstico preciso y tratamiento efectivo, es el diagnóstico en fase preclínica; éste se determina entre 10-15 años previo a la aparición de deterioro cognitivo (Armstrong, 2009; Law et al., 2018; Ovod et al., 2017; Rubí et al., 2018).

Para el diagnóstico, los criterios NIA en 2018: para EA, se establecen de manera estrictamente biológica mediante el perfil de biomarcadores. No se tiene en cuenta el fenotipo ni el estadio clínico. El diagnóstico se debería realizar siguiendo el criterio ATN: Amiloidosis cerebral (A); Patología tau (T) y Neurodegeneración (N).

- A: Biomarcador en LCR en actualidad: Péptido Aß1-42: <500-550 pg/mL.
- T: Proteina Tau (t-tau): >400-450 pg/mL y Proteína Tau fosforilada (treonina 181 o p-Tau181): >60-80 pg/mL.
- N: Biomarcadores de neurodegeneración o daño cerebral: Resonancia Magnética Nuclear, PET-FDG (estudio de imagen molecular con trazadores fluorodesoxiglucosa o 18FDG, PET-AMILOIDE (3 trazadores de Aß para su uso clínico, florbetapir, florbetaben y flutemetamol), PET-TAU.

Por otro lado, se están realizando trabajos con biomarcadores en Sangre: Neurofilamentos de cadena ligera (NFL); Neurogranina (Ng) y YKL-40. Incluso se investiga biomarcador de proteína Tau en saliva (Pekeles et al, 2019). Hampel et al. (2018), han establecido la correlación entre los biomarcadores en LCR y sangre, concluyendo una correlación entre biomarcadores con la excepción de la neurogramina y Aß1-42 (cuadro 1):

Cuadro 1
Fuente Hampel et al. (2019). Correlación entre biomarcadores.

	p-tau	t-tau	NFL	YKL-40	neurogranina
Aß1-42	-0.305*	-0.339**	-0.180	0.002	-0.171
p-tau		0.900***	0.461***	0.574***	0.808***
t-tau			0.553***	0.554***	0.830***
NFL				0.619***	0.387***
YKL-40					0.539***

Tal y como se puede comprobar en la tabla 5 y en el estudio realizado por Mattsson et al. (2016), NFL no se correlaciona con ß-amiloide, por otro lado, la NFL se asocia con el deterioro cognitivo y la atrofia cerebral independiente de ß-amiloide en fase clínica y se presenta como un buen biomarcador en fase pre-clínica. Además, la T-tau y neurogranina se muestran como biomarcadores de neurodegeneración acelerada, atrofia e hipermetabolismo cerebral dependientes de ß-amiloide (Mattsson, Insel, Palmqvist, Portelius y Zetterberg, 2016).

CONCLUSIONES

La OMS califica a la demencia como una epidemia mundial y una prioridad en salud pública, tanto en la actualidad como en un futuro. Por otro lado, la depresión es considerada, junto a la edad, como los principales factores de riesgo para el desarrollo de demencia, aunque el mecanismo etiológico no se ha podido establecer.

Los biomarcadores no proporcionan mejoría ni en el manejo ni en el tratamiento de la EA. Aunque mejoran el pronóstico cuando se aplican en fase preclínica y proporcionan datos sobre la etiología de la EA. Sobre todo, la relación entre EA y depresión pueda ser identificada y correctamente tratada.

En cualquier caso, la depresión no es un estado emocional relacionado con el envejecimiento, sino que una forma patológica de envejecer. La jubilación o la desmotivación tras la misma son etiologías para tener en cuenta a la hora de diagnosticar depresión o declive cognitivo. Esta desmotivación lleva a una falta de objetivos y expectativas que llevan inevitablemente a la persona a una atrofia por desuso de sus funciones tanto cognitivas como sociales. Estas disfunciones se extienden a la esfera física, es decir, alimentación inadecuada y falta de actividad física conllevan una importante atrofia muscular, sarcopenia, déficits nutricionales avocados a una adecuada funcionalidad orgánica que puede desencadenar una demencia. Todo ello en una escalada simétrica y un bucle con consecuencias sociales, sanitarias e incluso incremento de la dependencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armstrong, R. (2009). *Alzheimer's Disease and the Eye. Jour Optometry, 2,* 103–111.

American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.*

Balea-Fernández, FJ. (2007). Programa de estimulación neuropsicológica Integral en población mayor sana. *Diseño, aplicación y resultados.* Tesis doctoral. Salamanca.

Barnes, D. y Yaffe, K. (2013). The Projected Impact

of Risk Factor Reduction on Alzheimer's Disease Prevalence. *Lancet Neurology, 10*(9), 819–828.

Blazer, D. (1999). Depression in the elderly. Myths and misconceptions. *Psychiatr Clin North Am, 20,* 111–119.

Cubero P. (2002). *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria*. Barcelona: Masson.

Estévez, J. y Guerrero, M. (2015). Soluciones para la gestión de la cronicidad. Madrid. Recuperado de http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/INFORME SEDISA.compressed.pdf

Fancourt, D. y Tymoszuk, U. (2019). Compromiso cultural y depresión incidente en adultos mayores: evidencia del English Longitudinal Study of Ageing. *Br J Psychiatry., 214* (4), 225-229.

Haigh, E. A. P., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T. y Blazer, D. G. (2018). Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 26* (1), 107–122.

Instituto Nacional de Estadística. (2014). Indicadores demográficos Básicos. Recuperado de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=resultados&idp=1254735573002

Jack J.R, et al. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 14* (4), 535-562.

Lahera, G., Andrade-González, N., Gasull, V., Pagés-Lluyot, J. R. y Roca, M. (2019). Percepción de la población española sobre la depresión. *In Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 42* (1), 31-39.

Martínez-Lage, P., Martín-Carrasco, M., Arrieta, E., Rodrigo, J. y Formiga, F. (2018). Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia, 53* (1), 26–37.

Mattsson, N., Insel, P. S., Palmqvist, S., Portelius, E., y Zetterberg, H. (2016). neurofilament light in Alzheimer's disease. *EMBO Mol Med, 8*(10), 1184–1196

Law, L. L., et al. (2018). Moderate intensity physical activity associates with CSF biomarkers in a cohort at risk for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia: Diagnosis, Assessment and Disease Monitoring, 10,* 188–195.

Nelson, P. T., et al. (2019). Limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy (LATE): consensus working group report. *Brain.*

Orduna, G. y Naval, C. (2001). Gerontología educativa. Barcelona: Ariel educación.

Ovod, V., et al (2017). Amyloid b concentrations and stable isotope labeling kinetics of human plasma specific to central nervous system amyloidosis. *Jour Alzheimer's & Dementia, 13,* 841–849.

Ownby, R., Crocco, E., Acevedo, A. y Loewenstein, J. (2006). Depression and Risk for Alzheimer Disease: Systematic Review, Meta-analysis, and Metaregression Analysis. Arch. Gen. *Psyquiatry, 63*(5), 530–538.

Pekeles, H., Qureshi, H. Y., Paudel, H. K., Schipper, H. M., Gornistky, M. y Chertkow, H. (2019). Development and validation of a salivary tau biomarker in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring, 11,* 53-60.

Rodríguez-Sánchez, E., et al. (2011). Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study. *BMC Neurology, 11*.

Rubí, S., et al. (2018). Concordancia entre la PET cerebral con 18F-FDG y los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo en el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. *Jour Esp Med Nucl Imagen Mol., 37* (1), 3–8.

Sagrario-Manzano, M., Fortea, J., Villarejo, A., y Sánchez del Valle, R. (2018). *Guías diagnósticas y Terapéuticas de la Sociedad Española de neurología* (Luzan 5). Madrid

Sánchez Palacios, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones.

Schiepers, O. J., et al. (2018). Lifestyle for Brain Health (LIBRA): a new model for dementia prevention. *International journal of geriatric psychiatry, 33* (1), 167-175.

Tola, M. (2018). El 55% de los mayores de 65 años que tiene demencia no está diagnosticado. Recuperado de https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/el-55-de-los-mayores-de-65-anos-que-tiene-demencia-no-esta-diagnosticado

Vega Alonso, T., et al. (2016). Prevalence of cognitive impairment in Spain: The Gómez de Caso study in health sentinel networks. *Neurologia*.

INTELIGENCIA Y FUNCIONES EJECUTIVAS: ESTUDIO PRELIMINAR

Esperanza Bausela-Herreras
Universidad Pública de Navarra

Resumen: En este estudio se trata de responder a una cuestión ya formulada por Ardila (2018) *"Is intelligence equivalent to executive functions?"* y por García, Tirapu, Luna, Ibáñez y Duque (2010) *"¿Son lo mismo inteligencia y funciones ejecutivas?"*. En este estudio han participado 46 estudiantes que han dado su consentimiento informado, previamente. Los instrumentos de recogida e datos aplicados son: K-BIT configurado por dos subpruebas: Matrices (Inteligencia fluida) y Vocabulario (Inteligencia cristalizada). BRIEF-A (adaptación piloto para este estudio). Existen diferencias interpersonales en Funciones Ejecutivas y en la Inteligencia Fluida y la Inteligencia Cristalizada. Por otro lado, no se ha constatado una asociación estadísticamente significativa entre las funciones ejecutivas y la inteligencia fluida y cristalizada. Los resultados obtenidos nos muestran que inteligencia (fluida y cristalizada) no se asocian con las funciones ejecutivas. Estas discrepancias pueden explicarse por el tamaño y representatividad de la muestra.
Palabras clave: BRIEF-A; estudio preliminar; Factor g; Funciones ejecutivas; K-BIT.

INTELLIGENCE AND EXECUTIVE FUNCTIONS: PRELIMINARY STUDY

Abstract: This study tries to answer a question already formulated by Ardila (2018) "Is intelligence equivalent to executive functions?" and by García, Tirapu, Luna, Ibáñez and Duque (2010) "Are the same intelligence and executive functions? In this study have participated 46 students who have given their informed consent previously participated. The Data collection instruments are: K-BIT configured by two subtests: Matrices (Fluid Intelligence) and Vocabulary (Crystallized Intelligence). BRIEF-A (pilot adaptation) an adaptation for this study. There are interpersonal differences in Executive Functions and in Fluid Intelligence and Crystallized Intelligence. On the other hand, no statistically significant association was. The results obtained show us that intelligence (fluid and crystallized) are not associated with executive functions. These discrepancies can be explained by the size and representativeness of the sample.
Key words: BRIEF-A; Preliminary study; G factor; Executive functions; K-BIT.

INTRODUCCIÓN

Alfredo Ardila trata de responder a la pregunta si *"Is intelligence equivalent to executive functions?"* y Garcia- Molina, Tirapu, Luna, Ibanez y Duque (2010) se plantean una pregunta similar *"Are intelligence and executive functions the same thing?"*

La relación del estudio entre el factor g y funciones ejecutivas ha cobrado una relevancia, se apunta a que las habilidades enmarcadas bajo el constructo inteligencia no son más que el reflejo de una capacidad que sigue una distribución normal en la población, lo cual también se puede aplicar a las funciones de los lóbulos frontales (Luna, Tirapu, Ibáñez, García-Molina y Duque, 2012).

No se puede identificar como sinónimos las funciones ejecutivas de las funciones frontales aunque sí se ha encontrado una relación entre las pruebas psicométricas que valoran el factor g y el rendimiento en test que evalúan las funciones ejecutivas.

Las teorías de constructo único permiten explicar la función de los lóbulos frontales como señalan Tirapu, García-Molina, Ríos y Ardila, (2003), ejemplo "memoria de trabajo" o "inteligencia fluida" o "factor

g". De todos estos constructos., nos centramos en el estudio de la inteligencia desde la perspectiva de Cattell-Horn-Carroll quien se propuso diferenciar el factor g en inteligencia fluida (Gf) e inteligencia cristalizada (Gc).

Para Goldberg (2001) las funciones ejecutivas, por el contrario, no deben considerarse como un proceso cognitivo unitario o una construcción de la manera en que muchos perciben la inteligencia como un factor general de "g". El factor "g" debería ser bien entendido, a pesar de algunas discusiones recientes de las funciones ejecutivas, como un pequeño factor de las funciones ejecutivas "Factor s" (para un crecimiento inteligente).

FE no son sinónimos de funciones frontales. Los estudios apuntan a relaciones entre las pruebas psicométricas que valoran le factor G y el rendimiento en tests que evalúan las funciones ejecutivas.

Arán, Krumm y Raimondi (2015) apoyan la hipótesis que sostiene que tanto Gf como Gc se asocian a los diferentes componentes del constructo de FE, aunque selectivamente y con diferencias según la etapa del desarrollo evolutivo.

Smith, Henry, Messer y Zięcik (2017) concluyen en su estudio que tanto Gf como Gc se asocian a los diferentes componentes del constructo de FE, extiendo diferencias en las diferentes etapas del desarrollo.

Roca et al (2012) consideran la inteligencia general (Inteligencia G de Spearman) para definir dos series de pruebas del lóbulo frontal o "ejecutivas", por un lado flexibilidad y fluidez verbal y, por otro lado, pruebas de cognición social y multitarea. Los déficits en las pruebas ejecutivas clásicas se explican por completo con g, mientras que los déficits en la cognición social y las pruebas multitarea no lo son.

Zook, Davalos, DeLosh y Davis (2004) respaldan el argumento de Duncan, Burgess y Emslie (1995) de que la inteligencia fluida contribuye al funcionamiento ejecutivo, pero también muestran que los procesos ejecutivos provocados por las tareas pueden variar según la estructura de la tarea.

También se han encontrado diferencias en varianza entre los sexos que surgen de manera temprana, incluso antes del preescolar, lo que sugiere que no están determinadas por influencias educativas (Arden, & Plomin, 2006).

Se ha estudiado su asociación en población clínica, así se ha estudiado en personas con la enfermedad de Parkinson (Roca et al., 2012). La disfunción frontal es el déficit cognitivo más frecuente observado en la enfermedad de Parkinson temprana. El objetivo de este estudio es determinar el papel que tiene la inteligencia fluida (Roca et al., 2012) en déficits ejecutivos. Así, se ha constatado que la disminución de la inteligencia fluida contribuye de manera importante a los déficits frontales. Para algunas tareas "ejecutivas" clásicas, como la prueba de clasificación de Cartas de Wisconsin y fluidez verbal, los déficits frontales fueron explicados completamente por la inteligencia fluida. Sin embargo, en un segundo conjunto de tareas frontales, los déficits se mantuvieron incluso después de controlar estadísticamente este factor. Estas tareas incluían pruebas de teoría de la mente y multitarea.

Los estudios en personas con trastorno del espectro de esquizofrenia muestran déficits en una variedad de pruebas ejecutivas, que incluyen WCST, multitarea y pruebas de cognición social. Roca et al. (2012) proponen que los efectos generales de la inteligencia fluida pueden aclarar el papel de las alteraciones cognitivas adicionales y más específicas en este trastorno.

Por otro lado, hay estudios que apuntan y señalan que no todas las funciones ejecutivas están relacionadas con la inteligencia (Friedman, Miyake, Corley, DeFries y Hewitt, 2006). En este estudio los autores consideran que los hallazgos de que los EF no son unitarios plantean el problema de cómo la inteligencia se relaciona con diferentes FE. Este estudio se examinan las relaciones de inteligencia fluida y cristalizada y el coeficiente intelectual de la Inteligencia Adulta de Wechsler con tres dimensiones de las FE independientes: inhibición de las respuestas prepotentes (inhibición), cambios en los conjuntos mentales (flexibilidad) y actualización de la memoria de trabajo (actualización) en adultos jóvenes. La actualización estaba altamente correlacionada con las medidas de inteligencia, pero la inhibición y la flexibilidad no lo estaban. Además, en los modelos de ecuaciones estructurales que controlan las correlaciones inter-FE, la actualización de la memoria de trabajo se mantuvieron fuertemente relacionadas con la inteligencia, pero las relaciones de inhibición y cambio a la inteligencia fueron pequeñas y no significativas. Los resultados indican que las medidas de inteligencia se relacionan diferencialmente con estas tres dimensiones de las FE, lo que sugiere que las medidas de inteligencia actuales no evalúan igualmente una amplia gama de habilidades de control ejecutivo que probablemente son necesarios para muchos comportamientos "inteligentes".

Las discrepancias en las conclusiones de los estudios puede deberse al tipo de instrumentos utilizados en la evaluación de la inteligencia y de las funciones ejecutivas.

PRESENTE ESTUDIO

En este contexto nos plantamos analizar la asociación de los dos constructos: funciones ejecutivas e inteligencia (cristalizada y fluida).

MÉTODO

DISEÑO

No experimental. Descriptivo. Correlacional.

PARTICIPANTES

46 estudiantes que cursan estudios de Educación Superior que han dado su consentimiento informado, previamente. Los rasgos más destacados de los participantes son: (i) el 82,6% son mujeres y el 17,4% son varones; (ii) Todos ellos cursan estudios universitarios de nivel Grado. Existiendo diversidad en relación al acceso a los mismos: (a) 56,5% accede a través de Bachillerato, (b) 32,6% accede a través de ciclos formativos/centros formación técnica/Institutos profesionales. Y (c) 5% con otros estudios universitarios. (iii) En relación al nivel socioeconómico manifestado por los propios estudiantes, el 73,9% estima que es medio.

INSTRUMENTOS

Dos fueron los instrumentos aplicados:

1. K-BIT (Kaufman & Kaufman, 1990 versión castellano, 2000): Representa con un solo subtest cada una de las dos grandes áreas verbal / cristalizada / conocimiento y área manipulativa / fluida / procesamiento mental, siendo utilizado como una batería *screnn* o con fines de discriminación previa, obteniéndose medidas en tres ámbitos: verbal, no verbal y general.
2. BRIEF-A (adaptación piloto de Roth, Gioia, & Isquith, 2005): BRIEF-A es un instrumento de evaluación de las funciones ejecutivas de un adulto en su entorno cotidiano. Se utilizan dos formatos: un autoinforme y un informe de informante. Está configurado por tres índices y nueve escalas clínicas: (a) Metacognición: Monitorización de la tarea, Organización de materiales, Planificación / organización, Memoria de trabajo e Iniciación. (b) Regulación emocional: Control emocional y Actualización. (c) Regulación comportamental: Inhibición y Automonitorización. (d) Funcionamiento Ejecutivo Global. Junto con tres escalas de validez: infrecuencia, inconsistencia y negatividad.

En este estudio se ha aplicado una versión adaptada de la versión original en fase piloto en su versión completa configurada por 75 ítems.

PROCEDIMIENTO

La aplicación de los cuestionarios ha sido grupal en formato on line previo consentimiento informado de los participantes.

Los datos fueron sometidos a análisis descriptivos e inferenciales con el objetivo de comprobar las hipótesis de investigación, aplicando el test de pruebas no paramétricas (Prueba de Kruskal – Wallis para muestras independientes y prueba U de Mann-Whitney) utilizando SPSS versión 24.

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

En la Tabla 1 se presentan las puntuaciones medias y la desviación estándar obtenidas por la muestra participante en las dos pruebas aplicadas: K-BIT y BRIEF-A.

ANÁLISIS INFERENCIALES
ESTUDIOS CURSADO Y TERMINADO

En relación al primer objetivo, la aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis, nos muestra: Existen diferencias significativas en función del nivel de estudios en: Vocabulario (Inteligencia Cristalizada) [$\chi^2=8{,}45$, $p<{,}05$] (Tabla 1); Inhibición (Funciones ejecutivas) [$\chi^2=7{,}83$, $p<{,}05$] (Tabla 2).

NIVEL SOCIOECONÓMICO

En la Tabla 3 se presentan las puntuaciones medias obtenidas por los participantes en los dos instrumentos aplicados (BRIEF-A y K-BIT) en función del nivel socioeconómico informado.

No hay diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ni del nivel socioeconómico manifestado por los propios estudiantes.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos obtenidos tras la aplicación de K-BIT y BRIEF-A

Instrumento	Media	Desviación estándar
K-BIT		
Vocabulario	115,4	9,7
Matrices	103,3	20,2
Diferencias entre Vocabulario y Matrices	12,1	19,8
Compuesto	218,7	24,8
BRIEF-A		
Escalas clínicas		
Inhibición	5,6	3,0
Flexibilidad	4,3	2,3
Control Emocional	7,8	3,1
Automonitorización	3,9	2,1
Iniciativa	5,5	2,7
Memoria de Trabajo	4,6	2,5
Planificación Organización	6,5	3,0
Monitorización de Tarea	4,2	1,6
Organización de Materiales	6,0	3,5
Índices		
Regulación Comportamental	21,6	8,9
Metacognición	27,0	11,3
Funcionamiento Ejecutivo Global	48,5	19,4
[n=46]		

NÚMERO DE HERMANOS Y HERMANAS

Se constatan diferencias estadísticamente significativas en función del número de hermanos en: Inhibición [χ^2=10,03, p<,05]; Organización de Materiales [χ^2=12,64, p<,05]; Metacognición [χ^2=14,36, p<,05] y Funcionamiento Ejecutivo Global [χ^2=12,55, p<,05] (Tabla 4).

ESTRUCTURA FAMILIAR

Se constatan diferencias estadísticamente significativas en función de la estructura familiar en: Escala clínica de Inhibición [U de Mann - Whitheney = 43,00, p<,00]; Escala clínica de Flexibilidad [U de Mann - Whitheney = 43,00, p<,00]; Escala clínica de Automonitorización [U de Mann - Whitheney = 43,00, p<,00] y el índice de Regulación Comportamental [U de Mann - Whitheney = 43,00, p<,00] (Tabla 5).

BRIEF-A Y K-BIT: ASOCIACIÓN

En relación a la asociación entre BRIEF-A y K-BIT no se ha constatado una asociación estadísticamente significativa. Los coeficientes de correlación de Pearson más altos corresponden a: (i) Escala clínica de Flexibilidad de BRIEF-A y Escala compuesto de K-BIT [r=,215]; (ii) Escala clínica de Automonitorización de BRIEF-A y Escala de Vocabulario de K-BIT [r=,242]; y (iii) Escala clínica de Flexibilidad de BRIEF-A y Escala de Matrices de K-BIT [r=,189].

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los resultados muestran que inteligencia fluida (Gf) y la inteligencia cristalizada (Gc) no se asocian con las funciones ejecutivas, estando en consonancia con alguno de los estudios revisados por García-Molina, Tirapu, Luna, Ibáñez y Duque (2010). Estos resultados se adhieren a los resultados obtenidos por Friedman, Miyake, Corley, DeFries y Hewitt (2006) y contradicien a los obtenidos por otros investigadores (Chuderski, Taraday, Nęcka, & Smoleň, 2012; Ren, Schweizer, Wang, Chu, & Gong, 2017; Sastre y Viana, 2016; Wongupparaj, Kumari, & Morris, 2015).

Los resultados indican que hay diferencias en las funciones ejecutivas en relación a diferentes

Tabla 2
Puntuaciones medias obtenidas en K-BIT y BRIEF-A en función del último nivel de estudios cursado y terminados

Instrumento	Descriptivos			prueba de Kruskal-Wallis	
	Bachillerato	Ciclos formativos/Centros formación técnica/Institutos profesionales	Universidad / superior	χ^2	*p*
K-BIT					
Compuesto	220	217	217	-	-
Vocabulario	119	111	112	8,454	,015
Matrices	102	105	105	-	-
BRIEF-A					
Escalas clínicas					
Inhibición	6,62	4,67	3,20	7,830	,020
Flexibilidad	4,77	3,80	3,20	-	-
Control Emocional	8,12	7,13	8,20	-	-
Automonitorización	4,38	3,40	2,60	-	-
Iniciativa	5,96	5,20	4,40	-	-
Memoria de Trabajo	4,65	4,53	4,20	-	-
Planificación	6,92	5,67	7,20	-	-
Organización					
Monitorización de Tarea	4,65	3,53	4,00	-	-
Organización de Materiales	6,50	5,80	4,20	-	-
Índices					
Regulación	23,88	19,00	17,20	-	-
Comportamental	29,35	24,20	22,80	-	-
Metacognición					
Funcionamiento Ejecutivo Global	53,23	43,20	40,00	-	-
[n=46]					

variables analizadas. En concreto se encuentran diferencias en la dimensión de Inhibición en función de los estudios cursados; número de hermanos respecto a la dimensión de Flexibilidad y Organización de Materiales; y estructura familiar en Inhibición, Flexibilidad, Automonitorización y Regulación Comportamental.

En relación a la inteligencia cristalizada, más concretamente, en relación al Vocabulario se encontraron diferencias en función de los estudios cursados. Estos resultados están en consonancia y muestran como las funciones ejecutivas no son un constructo unitario cuyo desarrollo puede verse afectado por diversas variables. Estos resultados están en consonancia con los estudios de Segers, Damhuis, van de Sande, & Verhoeven, 2016; Sosic-Vasic et al., 2017. Sosic-Vasic et al. (2017), a título de ejemplo, destacan la importante asociación entre los comportamientos de crianza y las habilidades de EF en los niños en edad escolar, siendo necesario fomentan la necesidad de informar a los padres sobre las formas en que pueden apoyar de manera óptima el desarrollo cognitivo de sus hijos. Por otro lado, el estatus socioeconómico infantil (SES) predice la función ejecutiva (FE) según el estudio desarrollado por Hackman, Gallop, Evans, & Farah (2015), pero los aspectos fundamentales de esta relación siguen siendo desconocidos: el curso de desarrollo de la disparidad de SES, su sensibilidad continua a los cambios de SES durante ese curso y las características de la experiencia de la infancia responsable del SES.

Las limitaciones de este estudio preliminar se encuentran en el tamaño y en el grado de representatividad de la muestra, por ello, para futuros estudios nos planteamos aumentar el tamaño

Tabla 3
Puntuaciones medias obtenidas en K-BIT y BRIEF-A en función del nivel socioeconómico

Instrumento	Descriptivos			
	Bajo	Medio	Medio-Alto	Medio-Bajo
K-BIT				
Compuesto	183	217	223	231
Vocabulario	129	115	113	116
Matrices	54	102	110	115
BRIEF-A				
Escalas clínicas				
Inhibición	3,00	5,35	6,00	7,40
Flexibilidad	3,00	4,03	4,50	6,00
Control Emocional	2,00	7,88	7,33	9,00
Automonitorización	2,00	3,74	4,17	4,80
Iniciativa	8,00	5,09	6,67	6,80
Memoria de Trabajo	4,00	4,26	5,00	6,20
Planificación Organización	7,00	6,12	7,17	8,60
Monitorización de Tarea	4,00	4,00	4,67	5,20
Organización de Materiales	6,00	5,53	6,17	9,20
Índices				
Regulación	10,00	21,00	22,00	27,20
Comportamental				
Metacognición	24,00	25,26	29,00	36,60
Funcionamiento Ejecutivo Global	34,00	46,26	51,00	63,80
[n=46]				

Tabla 4
Puntuaciones medias obtenidas en K-BIT y BRIEF-A en función del número de hermanos

Instrumento	Estadísticos descriptivos					prueba de Kruskal-Wallis	
	0 hermanos	1 hermanos	2 hermanos	3 hermanos	4 hermanos	χ^2	*p*
K-BIT							
Compuesto	228	222	210	205	214	-	-
Vocabulario	117	117	113	112	108	-	-
Matrices	112	105	97	94	106	-	-
BRIEF-A							
Escalas clínicas							
Inhibición	3,50	5,48	7,67	3,20	9,50	-	-
Flexibilidad	4,00	4,45	5,33	2,00	4,50	10,03	,040
Control Emocional	6,50	7,77	8,50	5,80	12,50	-	-
Automonitorización	3,00	4,00	3,83	1,80	8,00	-	-
Iniciativa	4,50	5,77	6,33	3,00	7,00	-	-
Memoria de Trabajo	5,00	4,45	6,33	2,20	6,50	-	-
Planificación							
Organización	6,00	6,52	8,33	4,20	8,00	-	-
Monitorización de Tarea	3,50	4,16	5,00	3,40	5,50	-	-
Organización de Materiales	4,00	6,06	8,33	2,20	10,00	12,64	,013
Índices							
Regulación	17,00	21,71	25,33	12,80	34,50		
Comportamental	22,00	26,68	35,67	15,20	39,50	14,36	,006
Metacognición							
Funcionamiento Ejecutivo Global	39,00	48,39	61,00	28,00	74,00	12,55	,014
[n=46]							

Tabla 5
Puntuaciones medias obtenidas en K-BIT y BRIEF-A en función de la estructura familiar

Instrumentos	Descriptivos		U de Mann - Whitheney	
	Dos progenitores	Un progenitor	*U*	*p*
K-BIT				
Compuesto	219	206	-	-
Vocabulario	116	108	-	-
Matrices	103	98	-	-
BRIEF-A				
Escalas clínicas				
Inhibición	5,73	,00	43,00	,000
Flexibilidad	4,38	,00	43,00	,000
Control Emocional	7,93	2,00	-	-
Automonitorización	3,96	,00	43,00	,000
Iniciativa	5,62	2,00	-	-
Memoria de Trabajo	4,67	,00	-	-
Planificación Organización	6,64	2,00	-	-
Monitorización de Tarea	4,27	2,00	-	-
Organización de Materiales	6,04	5,00	-	-
Índices				
Regulación	22,00	2,00	43,00	,000
Comportamental				
Metacognición	27,36	9,00	-	-
Funcionamiento Ejecutivo Global	49,36	11,00	-	-
[n=46]				

muestral y la representatividad de la muestra, así como ahondar en las variables que inciden en el desarrollo de las funciones ejecutivas y seguir profundizando en la relación entre las funciones ejecutivas (constructo poliédrico) y la inteligencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arán, V., Krumm, G. L., y Raimondi, W. (2015). Funciones ejecutivas y sus correlatos con inteligencia cristalizada y fluida: Un estudio en niños y adolescentes. *Revista Neuropsicología Latinoamericana, 7*(2), 24–33. doi: 10.5579/rnl.2015.0213

Arden, R., & Plomin, R. (2006). Sex differences in variance of intelligence across childhood. *Personality and Individual Differences, 41*(1), 39–48. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.027

Ardila, A. (2018). Is intelligence equivalent to executive functions? *Psicothema, 30*(2), 159–164. doi: 10.7334/psicothema2017.329

Blair, C., Raver, C. C., Berry, D. J., & Family Life Project Investigators, F. L. P. (2014). Two approaches to estimating the effect of parenting on the development of executive function in early childhood. *Developmental Psychology, 50*(2), 554–65. doi:10.1037/a0033647

Chuderski, A., Taraday, M., Nęcka, E., & Smoleń, T. (2012). Storage capacity explains fluid intelligence but executive control does not. *Intelligence, 40*(3), 278–295. doi: 10.1016/j.intell.2012.02.010

Duncan, J., Burgess, P. W., & Emslie, H. (1995). Fluid intelligence after frontal lobe lesions. *Neuropsychologia, 33,* 261–268.

Friedman, N.P., Miyake, A., Corley, R.P., Young, S.E., DeFries, J.C., & Hewitt, J.W. (2006). Not all executive functions are related to intelligence. *Psychological Science, 17*(2), 172-179.

Garcia-Molina, A., Tirapu, J., Luna, P., Ibanez, J., & Duque, P. (2010). Are intelligence and executive functions the same thing? *Revista de Neurologia, 50*(12), 738–746.

Goldberg, E. (2001). *The executive brain*. New York: Oxford University Press.

Hackman, D. A., Gallop, R., Evans, G. W., & Farah, M. J. (2015). Socioeconomic status and executive function: Developmental trajectories and mediation. *Developmental Science, 18*(5). doi: 10.1111/desc.12246

Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1990). Kaufman Brief Intelligence Test manual. Circle Pines, MN: American Guidance Service. *Versión castellana, K-BIT: Test Breve de Inteligencia de Kaufman*. Madrid: Pearson (2000)

Luna, P., Tirapu, J., Ibáñez, J., García-Molina, A., y Duque, P. (2012). Inteligencia y funciones ejecutivas. En J. Tirapu, A. García, M. Ríos y A. Ardila. *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas* (pp. 329-350). Barcelona: Viguera.

Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., & Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology, 41,* 49–100. doi: 10.1006/cogp.1999.0734

Ren, X., Schweizer, K., Wang, T., Chu, P., & Gong, Q. (2017). On the relationship between executive functions of working memory and components derived from fluid intelligence measures. *Acta Psychologica, 180,* 79–87. doi: 10.1016/j.actpsy.2017.09.002

Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2005). Behavior rating inventory of executivefunction-adultversion (BRIEF-A). In F. L. Lutz (Ed.).*Psychological assessment re-sources*.

Roca, M., Manes, F., Chade, A., Gleichgerrcht, E., Gershanik, O., Arévalo, G. G., … Duncan, J. (2012). The relationship between executive functions and fluid intelligence in Parkinson's disease. *Psychological Medicine, 42*(11), 2445–2452. doi: 10.1017/S0033291712000451

Sastre, S. y Viana, L. (2016). Funciones ejecutivas y alta capacidad intelectual. *Revista de Neurologia, 62*(Supl 1), S65–S71.

Segers, E., Damhuis, C. M. P., van de Sande, E., & Verhoeven, L. (2016). Role of executive functioning and home environment in early reading development. *Learning and Individual Differences, 49,* 251–259. doi: 10.1016/j.lindif.2016.07.004

Smith, J. H., Henry, L. A., Messer, D. J., & Zięcik, A. P. (2017). Verbal and non-verbal fluency in adults with developmental dyslexia: phonological processing or executive control problems? *Dyslexia, 23*(3), 234–250. doi:10.1002/dys.1558

Sosic-Vasic, Z., Kröner, J., Schneider, S., Vasic, N., Spitzer, M., & Streb, J. (2017). The association between parenting behavior and executive functioning in children and young adolescents. *Frontiers in Psychology, 8,* 1–8. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00472

Tirapu, J., García-Molina, A., Ríos, M., y Ardila, A. (2003). *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas*. Barcelona: Viguera.

Wongupparaj, P., Kumari, V., & Morris, R. G. (2015). The relation between a multicomponent working memory and intelligence: The roles of central executive and short-term storage functions. *Intelligence, 53,* 166–180. doi: 10.1016/j.intell.2015.10.007

Zook, N. A., Davalos, D. B., DeLosh, E. L., & Davis, H. P. (2004). Working memory, inhibition, and fluid intelligence as predictors of performance on Tower of Hanoi and London tasks. *Brain and Cognition, 56*(3), 286–292. doi: 10.1016/j.bandc.2004.07.003

PSICO-BIOLOGÍA

¿QUÉ APORTA EL ESTUDIO DE MICROBIOTA INTESTINAL AL MANEJO DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA?

María del Rocío González-Soltero, Vanessa Méndez-Figueroa, Ascensión Blanco-Fernández y Mar Larrosa

Universidad Europea de Madrid

Resumen: La microbiota intestinal está formada por un gran número de microorganismos los cuales tienen diferentes funciones en el organismo del huésped. Nuevas investigaciones demuestran que existen vías de comunicación bidireccional entre la microbiota intestinal y el cerebro, conocido como eje microbiota-cerebro. La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad mental asociada a problemas metabólicos, inmunológicos, bioquímicos, sensoriales y a un peso corporal extremadamente bajo. Diferentes estudios han demostrado una disbiosis microbiana al estudiar la microbiota intestinal en pacientes con AN. El objetivo de este estudio es una propuesta de intervención clínica para pacientes de AN que incluya el estudio de la microbiota intestinal y su posible manejo terapéutico.
Palabras clave: Microbiota, Anorexia Nerviosa, Eje intestino-cerebro, Disbiosis, Intestino poroso.

WHAT DOES THE STUDY OF INTESTINAL MICROBIOTA CONTRIBUTE TO THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA?

Abstract: Gut microbiota is formed by many microorganisms which have different functions in the host organism. New research shows that exits a bidirectional communication pathway between the gut microbiota and the brain, known as the microbiota-brain axis. Anorexia Nervosa (AN) is a mental illness associated with metabolic, immunological, biochemical, sensory, and extremely low body weight problems. Different studies have demonstrated microbial dysbiosis. The objective of this study is a clinical intervention proposal for AN's patients that includes the study of the intestinal microbiota and its possible therapeutic management.
Key words: Microbiota, Anorexia Nervosa, Gut-brain axis, Dysbiosis, Leaky gut.

INTRODUCCIÓN

Lederberg definió el término microbiota en 2001 como: "*el ecosistema formado por microorganismos comensales, simbióticos y patogenos que comparten el interior de nuestro cuerpo*" (Lederberg, J. y McCray, 2001). Este ecosistema incluye comunidades microbianas de arqueas, protozoos, virus y bacterias, que exceden en número a las células eucariotas de nuestro organismo. La microbiota es individual y específica para cada ser humano y su densidad y composición cambian con la edad, así como con factores químicos, nutricionales e inmunológicos. El 99.9% de estas comunidades bacterianas se encuentran en el colon.

La Anorexia Nerviosa (AN) es una enfermedad mental asociada a problemas metabólicos, inmunológicos, bioquímicos, sensoriales y a un peso corporal extremadamente bajo. Está catalogada como enfermedad mental y recogida en el manual DSM-5.

Nuevas investigaciones demuestran que existen vías de comunicación bidireccional entre la microbiota intestinal y el cerebro, conocido como eje microbiota-cerebro, siendo esta comunicación bidireccional y estaría regulada a nivel neuronal,

endocrino e inmunológico. La conexión con el Sistema Nervioso, se realiza a través del Sistema Nervioso Entérico (SNE). Esta conexión se realiza presumiblemente a través del nervio vago e implica la producción de neurotransmisores por parte de la microbiota intestinal, fundamentalmente: GABA: *Lactobacilli and Bifidobacteria,* NOREPINEFRINA: *Escherichia, Bacillus y Saccharomyces,* SEROTONINA: *Candida, Streptococus, Escherichia, Enterococcus* y DOPAMINA: *Bacillus y Serratia*. La conexión neuroendocrina implica la producción de hormonas, adipoquinas y la interacción con el sistema de control de apetito. En cuanto a la relación con el sistema inmune, se ha propuesto que la microbiota produciría lipopolisacárido (LPS) y la interleuquina inflamatoria IL-6, que cruzarían la barrera hematoencefálica produciendo neuroinflamación, implicando a la microglía y guardando también relación con procesos de neurogeneración (revisado en Kleiman et al., 2015). Para que se lleven a cabo estas comunicaciones, y la microbiota colonice de forma adecuada, la barrera intestinal debe estar intacta, siendo los cambios intestinales los que estarían detrás de los problemas de comunicación, y previsiblemente de las patologías, la mayoría inflamatorias intestinales (Sjögren et al., 2019).

En el caso de la AN, así como en ciertas patologías inflamatorias digestivas, se ha propuesto que una alteración de la permeabilidad intestinal podría ser la responsable de muchos de los problemas detrás de los pacientes con AN (Méndez-Figueroa et al., 2019; Sjögren et al., 2019). Aunque es importante señalar que las personas que tienen AN tienen predisposición genética a esta patología, algunos factores ambientales como la restricción de la ingesta alimentaria fruto del ayuno persistente sería responsable de los cambios de permeabilidad de la capa mucosa intestinal debido a la degradación de mucinas (*Leaky gut theory* o *teoría del intestino poroso*) (Vaarala et al., 2008). A nivel histológico, en pacientes con problemas de permeabilidad intestinal se observan además cambios morfológicos en el epitelio y linfocitos infiltrados, así como inflamación (Fritscher-Ravens et al., 2014). El incremento de la permeabilidad intestinal se ha relacionado también con el incremento de infecciones como Candidiasis y otras infecciones bacterianas y parasitosis, cambiando los parámetros de colonización bacteriana, así como las comunidades y, por tanto, la microbiota que podría presentar disbiosis (microbiota patológica).

En el año 2000, el Dr. Alessio Fasano identificó la 'zonulina', una proteína que regularía la apertura o el cierre de las uniones intercelulares a nivel intestinal (Fasano, 2001). La zonulina correlaciona con parámetros antropométricos, componentes de la dieta, así como con marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva o la IL-6 (Mörkl et al., 2018). En cuanto a las características de la propia dieta, se ha visto que la presencia de zonulina correlaciona con la ingesta tanto de macronutrientes (hidratos de carbono y proteínas), como micronutrientes (como sodio o VitB12). Sin embargo, aún son necesarios más estudios que esclarezcan la relación entre los niveles de zonulina, la permeabilidad intestinal y la disbiosis observada en pacientes con anorexia, pudiendo ser clave para comprensión de la parte más biológica de la AN.

El objetivo del trabajo que aquí se presenta ha sido identificar mediante revisión bibliográfica la microbiota característica de pacientes con AN y, tomándola como referencia, proponer un protocolo que analice la microbiota de pacientes con AN, identifique la disbiosis si la hay, y proponga medidas de restauración de la microbiota intestinal como base para ver si mejoran los parámetros psicobiológicos.

METODOLOGÍA:

1) IDENTIFICACIÓN DISBIOSIS BACTERIANA EN PACIENTES CON AN

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en la base de datos PubMed utilizando las palabras clave: "*Anorexia Nervosa*", "*gut-brain axis*" y "*microbiota*". Estos resultados han sido recientemente publicados por nuestro grupo de investigación (Méndez-Figueroa et al., 2019). Para ello se revisaron estudios realizados tanto en modelos animales como en humanos. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en PubMed entre 2009 y 2019 y que incluyeran específicamente el estudio de la microbiota en participantes y/o animales de investigación. No se aplicaron estudios de exclusión al no existir una bibliografía abundante sobre el tema y se han incluido además estudios de un solo caso. En total se analizaron 10 trabajos publicados en este periodo que fueron incluidos en la Tabla 1.

2) PROTOCOLIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: TOMA DE MUESTRAS, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN LA FASE DE RECUPERACIÓN.

Para la toma de muestras se han incluido los protocolos de toma de decisiones y análisis de muestras clínicas para el análisis de heces propuesto por la SEIMC (Mansilla et al., 2016). La intervención propuesta se hace en base a los hallazgos encontrados tras el análisis microbiológico mediante manejo de la dieta o suplementación con probióticos.

RESULTADOS:

1) DISBIOSIS EN AN

En los últimos años se ha propuesto un papel de la microbiota intestinal en la patogénesis de la AN, asociada generalmente a la presencia de una microbiota diferente en composición a la microbiota normal (disbiosis), caracterizada por baja diversidad microbiana y diferencias taxonómicas al compararse con individuos sanos (Méndez-Figueroa et al., 2019). Las investigaciones actuales apoyan que una disminución del filo Firmicutes con respecto a los Bacteroidetes, junto con un aumento de las arqueas *Methanobrevibacter smithii (M. smithii)* y Proteobacterias podría ser la firma microbiana asociada al AN. En la tabla 1 se muestra una correlación cronológica de los estudios donde se han reportado datos sobre la microbiota asociada a la fisiopatología de la AN.

Teniendo en cuenta los estudios recogidos en la Tabla 1, podemos decir que lo que se observa en los pacientes con AN es una pérdida de diversidad en la microbiota y del balance entre diferentes taxones. En la Figura 1, intentamos resumir esta disbiosis, con la caída de Bifidobacterias y *Lactobacillus*, así como la de los productores de Butirato (en rojo), bacterias que habría que restaurar a niveles normales para devolver la microbiota a un estado de equilibrio y el aumento de la arquea *M. smithii* y cepas de *Enterobacteriaea* relacionadas por la producción de péptidos anorexigénicos como ClpB (en verde). Estas últimas tienen que ver con el aumento de eficiencia metabólica generada por una dieta hipocalórica y deberían restaurarse, en principio, al aumentar las calorías en la dieta durante la fase de realimentación.

2) PROTOCOLIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: TOMA DE MUESTRAS, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN LA FASE DE RECUPERACIÓN.

La rehabilitación y la restauración del peso se considera el *gold standard* para la recuperación de pacientes con AN. La reeducación nutricional resulta también esencial en estos pacientes cuya dieta hay que mejorar. Es común que los pacientes que presentan AN consuman menos carbohidratos por el miedo a ganar peso que se correlacionaría con la presencia de especies degradadoras de mucina (Speranza et al., 2018), y posiblemente, con un aumento de permeabilidad digestiva y mayor presencia de patógenos (algunos pacientes con AN sufren infecciones recurrentes). A la hora de protocolizar la intervención tenemos que tener en cuenta el estado inicial de la microbiota en el paciente y si existe disbiosis. Lo que se propone sería una valoración de la microbiota en el

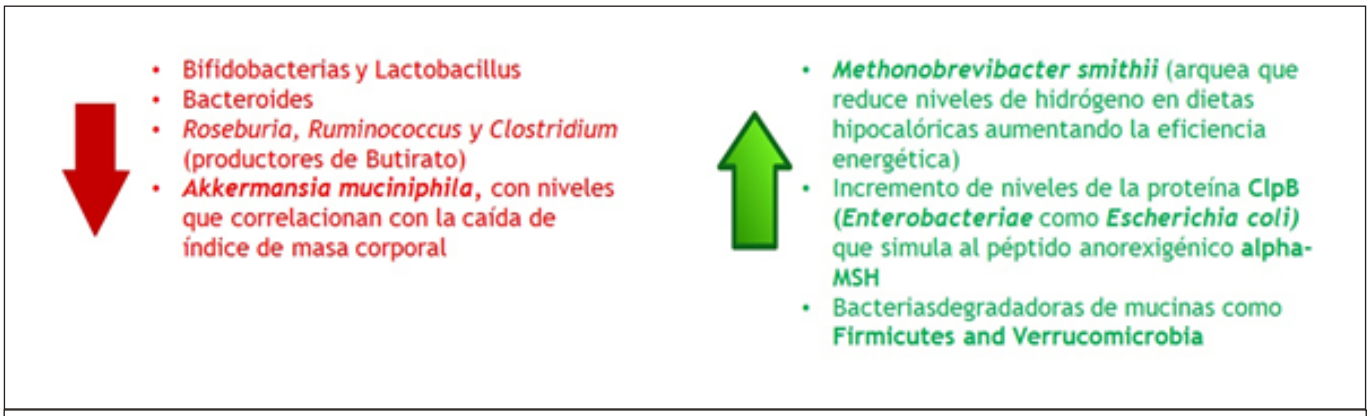


Figura 1. Disbiosis observada en pacientes con AN. En rojo podemos observar las estirpes que disminuyen su presencia en pacientes con AN y, en verde, aquellas que resultan aumentadas.

Tabla 1
ANOVA relación entre riesgo y mitos

Año de publicación	Resultados	Referencias
2009	Sin cambios Bacteroidetes, Firmicutes o Lactobacilli Aumento de *M.smithii*	Armougom et al. 2009
2013	Aumento de *E. coli* y *M.smithii* Descenso de *Lactobacillus reuteri*	Million et al. 2013
2015	Descenso de alpha diversidad y de los géneros *Clostridia, Anaerostipes y Faecalibacterium* Aumento de Bacilli y de un género inespecífico de Coriobacteriales Descenso de *Streptococcus spp., Clostridium coccoides grupo, Clostridium leptum* subgrupo, *Bacteroides fragilis* grupo, y *Lactobacillus plantarum*	Kleiman et al., 2015
2016	Sin diferencias en riqueza ni diversidad Descenso en Bacteroidetes e incremento en Firmicutes Aumento de degradadores de mucina (*Verrucomicrobia, Bifidobacteria, Anaerotruncus)* y de miembros de los grupos Clostridium clusters I, XI and XVIII Descenso de abundancia y de estirpes productoras de butirato como *Roseburia spp*	Morita et al., 2015
2017	Menor alfa diversidad Aumento de Coriobacteriaceae Descenso de Firmicutes y de los géneros: *Roseburia, Ruminococcus* y Clostridium Aumento de Enterobacteriaceae y Methanobrevibacter smithii Sin diferencias en producción de AGCC	Mack et al., 2016
2018	Descenso en alpha diversidad y en los géneros: *Eubacterium, Roseburia, Anaerostipes* y Peptostreptococcaceae Incremento de: *Turicibacter, Anaerotruncus, Salmonella* y Klebsiella	Morkl et al., 2017
2018	Diferencias en la producción de Butirato y Propionato, probablemente por la menor ingesta de carbohidratos en la dieta	Borgo et al., 2017
2019	1er Trasplante fecal en paciente con AN: Baja abundancia relativa de Bacterioidetes en relación a Firmicutes en el paciente. Sin cambios en degradadores de mucina	Hanachi et al., 20118

momento de ingreso hospitalario y 2 meses tras el inicio de la intervención. Para la recogida y análisis de las muestras en ámbito clínico se seguirían las guías actuales de la SEIMC (Mansilla et al., 2016).

Respecto a la intervención, la microbiota intestinal se puede modificar con antibióticos, prebióticos, probióticos o trasplante fecal. Tomando esto como punto de partida, y si existiera disbiosis, las pautas generales serían:

1. Restauración general de niveles de *Lactobacillus*, Bifidobacterias y *Akkermansia muciniphila*. Se ha demostrado que algunas cepas de *Lactobacillus como Lactobacillus plantarum* P8, relacionada con la disminución del estrés y la ansiedad en un estudio reciente llevado a cabo en adultos (Lew et al., 2018). Una opción sería suplementar con este probiótico; hoy en día existen diferentes presentaciones comerciales del mismo. Hay estudios que incluso proponen el uso de *A. muciniphila* como probiótico (Cani y de Vos, 2017), aunque recientemente Se ha observado que los niveles de *A. muciniphila* incrementan cuando se aumenta el consumo de yogurt natural no azucarado (González et al., 2019).

2. Por otro lado, se deberían valorar a tiempo cero los valores de AGCC, fundamentalmente Butirato. Bajos niveles de butirato se han asociado, entre otros, a la predisposición a Diabetes Mellitus tipo I (Knip y Siljander, 2016) y los niveles altos, protectores frente al cáncer de colon (Gonçalves y

Martel, 2013); además ayudarían a mantener una barrera intestinal sana (Kanauchi et al., 1999). La suplementación con Butirato se ha demostrado eficiente para disminuir la inflamación en pacientes con síndrome metabólico (Cleophas et al., 2019). Los productores de butirato fecal como *Roseburia spp*. aumentan con la suplementación probiótica con Lactobacillus y Bifidobacterias (Tamanai-Shacoori et al., 2017).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La AN tiene malos resultados de tratamiento y las tasas de mortalidad más altas de cualquier trastorno psiquiátrico (Arcelus et al. 2011). El estudio aquí presentado es una propuesta de plan de manejo de la microbiota para pacientes con AN. No existen en la actualizad datos publicados de estudios similares, aunque diferentes investigaciones han reflejado la pérdida de diversidad microbiana y la presencia de disbiosis en estos pacientes (Tabla 1; Figura 1). Estos parámetros microbiológicos parecen tener como base una pérdida de la función intestinal y de la comunicación a diferentes niveles entre el eje intestino (microbiota)-cerebro. Detrás de todo ello parece estar la malnutrición a la que se exponen los pacientes con AN con dietas hipocalóricas y cuyos parámetros son reflejados bien por la microbiota que se detecta en ello. El uso de intervenciones nutricionales en psiquiatría es bastante reciente y dota a los terapeutas de una herramienta prometedora tanto para la prevención como para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Además de la terapia farmacológica, la psicoterapia y la actividad física, las intervenciones nutricionales son un pilar importante en el tratamiento multifactorial y biopsicosocial de las enfermedades psiquiátricas y podrían utilizarse como una posible diana terapéutica. Proponemos que un manejo adecuado de la microbiota como parte de los protocolos de realimentación en pacientes con AN mediante el uso de una alimentación rica en probióticos y/o su suplementación podría restaurar la microbiota y, probablemente mejorar la función intestinal y la comunicación en el eje intestino-cerebro, mejorando además algunos factores psicológicos como el estrés, la depresión o la ansiedad observada en pacientes con AN.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry, 68*(7), 724-731.

Armougom, F., Henry, M., Vialettes, B., Raccah, D., & Raoult, D. (2009). Monitoring bacterial community of human gut microbiota reveals an increase in Lactobacillus in obese patients and Methanogens in anorexic patients. *PloS one, 4*(9), e7125.

Borgo, F., Riva, A., Benetti, A., Casiraghi, M. C., Bertelli, S., Garbossa, S., ... & Borghi, E. (2017). Microbiota in anorexia nervosa: the triangle between bacterial species, metabolites and psychological tests. *PLoS One, 12*(6), e0179739.

Cani, P. D., & de Vos, W. M. (2017). Next-generation beneficial microbes: the case of Akkermansia muciniphila. *Frontiers in microbiology, 8*, 1765.

Cleophas, M. C., Ratter, J. M., Bekkering, S., Quintin, J., Schraa, K., Stroes, E. S., ... & Joosten, L. A. (2019). Effects of oral butyrate supplementation on inflammatory potential of circulating peripheral blood mononuclear cells in healthy and obese males. *Scientific reports, 9*(1), 775.

de Clercq, N. C., Frissen, M. N., Davids, M., Groen, A. K., & Nieuwdorp, M. (2019). Weight gain after fecal microbiota transplantation in a patient with recurrent underweight following clinical recovery from anorexia nervosa. *Psychotherapy and psychosomatics, 88*(1), 58-60.

Fasano, A. (2001). *Intestinal zonulin: open sesame!. Gut, 49*(2), 159-162.

Fritscher-Ravens, Annette, et al. "Confocal endomicroscopy shows food-associated changes in the intestinal mucosa of patients with irritable bowel syndrome." *Gastroenterology147.5* (2014): 1012-1020.

Gonçalves, P., & Martel, F. (2013). Butyrate and colorectal cancer: the role of butyrate transport. *Current drug metabolism, 14*(9), 994-1008.

Gonzalez, S., Fernandez-Navarro, T., Arboleya, S., Los Reyes-Gavilan, D., Clara, G., Salazar, N., & Gueimonde, M. (2019). Fermented dairy foods: Impact on intestinal microbiota and health-linked biomarkers. *Frontiers in microbiology, 10,* 1046.

Hanachi, M., Bohem, V., Bemer, P., Kayser, N., de Truchis, P., & Melchior, J. C. (2018). Negative role of malnutrition in cell-mediated immune

response: Pneumocystis jirovecii pneumonia (PCP) in a severely malnourished, HIV-negative patient with anorexia nervosa. *Clinical nutrition ESPEN, 25,* 163-165.

Kanauchi, O., Iwanaga, T., Mitsuyama, K., Saiki, T., Tsuruta, O., Noguchi, K., & Toyonaga, A. (1999). Butyrate from bacterial fermentation of germinated barley foodstuff preserves intestinal barrier function in experimental colitis in the rat model. *Journal of gastroenterology and hepatology, 14*(9), 880-888.

Kleiman, S. C., Carroll, I. M., Tarantino, L. M., & Bulik, C. M. (2015). Gut feelings: a role for the intestinal microbiota in anorexia nervosa?. *The International journal of eating disorders, 48*(5), 449.

Kleiman, S. C., Watson, H. J., Bulik-Sullivan, E. C., Huh, E. Y., Tarantino, L. M., Bulik, C. M., & Carroll, I. M. (2015). The intestinal microbiota in acute anorexia nervosa and during renourishment: relationship to depression, anxiety, and eating disorder psychopathology. *Psychosomatic medicine, 77*(9), 969.

Knip, M., & Siljander, H. (2016). The role of the intestinal microbiota in type 1 diabetes mellitus. *Nature Reviews Endocrinology, 12*(3), 154.

Lederberg, J., & McCray, A. T. (2001). Ome SweetOmics--A genealogical treasury of words. *The Scientist, 15*(7), 8-8.

Lew, L. C., Hor, Y. Y., Yusoff, N. A. A., Choi, S. B., Yusoff, M. S., Roslan, N. S., ... & Wahid, N. (2018). Probiotic Lactobacillus plantarum P8 alleviated stress and anxiety while enhancing memory and cognition in stressed adults: A randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Clinical Nutrition*.

Mack, I.; Cuntz, U.; Grmer, C.; Niedermaier, S.; Pohl, C.; Schwiertz, A.; Zimmermann, K.; Zipfel, S.; Enck, P.; Penders, J. Weight gain in anorexia nervosa does not ameliorate the faecal microbiota, branched chain fatty acid profiles, and gastrointestinal complaints. *Sci. Rep. 2016, 6,* 26752.

Mansilla, E. C., Moreno, R. C., Luisa, M. L. M. L. M., Lindemann, M., Pérez-Castro, S., Pérez-Gracia, M. T., ... & Palacio, S. D. (2016). 59 MICROBIOTA.

Mendez-Figueroa, V., Biscaia, J. M., Mohedano, R. B., Blanco-Fernandez, A., Bailen, M., Bressa, C., ... & Gonzalez-Soltero, R. (2019). Can gut microbiota and lifestyle help us in the handling of anorexia nervosa patients?. *Microorganisms, 7*(2), 58.

Million, Á., Angelakis, E., Maraninchi, M., Henry, M., Giorgi, R., Valero, R., ... & Raoult, D. (2013). Correlation between body mass index and gut concentrations of Lactobacillus reuteri, Bifidobacterium animalis, Methanobrevibacter smithii and Escherichia coli. *International journal of obesity, 37*(11), 1460.

Morita, C., Tsuji, H., Hata, T., Gondo, M., Takakura, S., Kawai, K., ... & Sudo, N. (2015). Gut dysbiosis in patients with anorexia nervosa. *PloS one, 10*(12), e0145274.

Mörkl, S., Lackner, S., Meinitzer, A., Mangge, H., Lehofer, M., Halwachs, B., ... & Bengesser, S. A. (2018). Gut microbiota, dietary intakes and intestinal permeability reflected by serum zonulin in women. *European journal of nutrition, 57*(8), 2985-2997.).

Mörkl, S., Lackner, S., Müller, W., Gorkiewicz, G., Kashofer, K., Oberascher, A., ... & Mangge, H. (2017). Gut microbiota and body composition in anorexia nervosa inpatients in comparison to athletes, overweight, obese, and normal weight controls. *International Journal of Eating Disorders, 50*(12), 1421-1431.

Sjögren, M., Frostad, S., & Barfod, K. K. (2019). Dysbiosis of the Microbiota in Anorexia Nervosa: Pathophysiological Implications. *In Anorexia and Bulimia Nervosa*. IntechOpen.

Speranza, E., Cioffi, I., Santarpia, L., Del Piano, C., De Caprio, C., Naccarato, M., ... & Pasanisi, F. (2018). Fecal short chain fatty acids and dietary intake in Italian women with restrictive anorexia nervosa: a pilot study. *Frontiers in nutrition, 5,* 119.

Tamanai-Shacoori, Z., Smida, I., Bousarghin, L., Loreal, O., Meuric, V., Fong, S. B., ... & Jolivet-Gougeon, A. (2017). Roseburia spp.: a marker of health?. *Future Microbiology, 12*(2), 157-170.

Vaarala, O., Atkinson, M. A., & Neu, J. (2008). The "perfect storm" for type 1 diabetes: the complex interplay between intestinal microbiota, gut permeability, and mucosal immunity. *Diabetes, 57*(10), 2555-2562.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

EL IMPACTO DE LA ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA DE LOS DISPARADORES DE LA RUMIA EN LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

Bárbara Gil-Luciano[1,2], Tatiana Calderón[3], Daniel Tovar[3], Beatriz Sebastián[1], Francisco Ruiz[3]

[1]Universidad de Almería, [2]Madrid Institute of Contextual Psychology MICPSY
[3]Fundación Universitaria Konrad-Lorenz

Resumen: La inflexibilidad psicológica está conformada por múltiples reacciones cuya función común es disminuir el malestar psicológico. En este sentido, el pensamiento negativo repetitivo (la rumia o la preocupación) es una de las estrategias inflexibles y está presente en la gran mayoría de los trastornos psicológicos. Este trabajo analiza de modo experimental el impacto de pensamientos disparadores de rumia de carácter jerárquico y muy aversivo en una tarea de memoria, como análogo para medir la (in)flexibilidad psicológica. Los resultados sugieren que disparadores jerárquicos y de fuerte carga aversiva tienen un mayor impacto en el rendimiento o flexibilidad, en comparación con disparadores menos jerárquicos. Se discuten las implicaciones clínicas.
Palabras clave: Pensamiento negativo repetitivo; Rumia; Preocupación; Teoría del Marco Relacional; Terapia de aceptación y compromiso.

IMPACT OF A HIERARCHICAL ORGANIZATION OF TRIGGERS FOR RUMINATION IN PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY

Abstract: Psychological inflexibility is made of multiple reactions aimed at decreasing psychological distress. Repetitive negative thinking (rumination or worry) is one of the inflexible strategies and is widely present at many psychological disorders. This study explores the effect of triggers for repetitive negative thinking on a performance task, and it does so differentiating between hierarchical, much aversive triggers (BIG thoughts) than less hierarchical and aversive triggers (LITTLE thoughts). Results suggest that hierarchical triggers have a higher impact on performance, hence psychological flexibility, in comparison with less hierarchical triggers. Clinical implications are discussed.
Key words: Repetitive negative thinking; Rumination; Worry; Relational frame theory; Acceptance and commitment therapy.

INTRODUCCIÓN

La respuesta de pensar y resolver problemas ha permitido a la especie humana, desde un punto de vista evolutivo, alcanzar enormes logros. Es fácil observar que ha proporcionado, y proporciona, las condiciones para la supervivencia de nuestra especie (Hayes & Gifford, 1997; Hayes & Wilson, 1993) – permitiendo, por ejemplo, planificar algo respecto al futuro y actuar hacia ello en el presente. Sin embargo, desde una perspectiva ontológica, la actividad de pensar y resolver problemas también puede conducir al individuo a condiciones limitantes para su bienestar. Es éste el caso cuando la reacción está motivada y centrada en pensamientos cuyo contenido es aversivo, y el hábito se convierte en recurrente sin que conduzca a las metas deseadas (Ehring & Watkins, 2008). Este tipo de patrón limitante, también denominado inflexibilidad psicológica (Törneke et al., 2016), ha sido recogido bajo el término pensamiento negativo repetitivo (PNR), y es un patrón conductual común a muchos trastornos psicológicos (e.g., Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

Comúnmente se han identificado distintas formas de PNR, siendo la rumia y la preocupación

las que más se han estudiado (Watkins, 2008). La rumia ha sido conceptualizada como un patrón de pensamiento repetitivo que transcurre en torno a las causas, consecuencias y significado de metas o intereses que no han sido alcanzados. (Martin & Tesser, 1996), mientras que la preocupación es un patrón de pensamiento que gira en torno a metas o intereses que inducen incertidumbre o posibles resultados problemáticos en un futuro, próximo o lejano (Berenbaum, 2010). A pesar de que la literatura científica en torno a ambos patrones ha abordado cada uno de forma independiente, así como bajo el prisma de distintos enfoques (e.g, Watkins, 2016), la rumia y la preocupación son reacciones que se disparan ante la presencia de pensamientos que atañen la posibilidad de que no se alcancen metas y valores personales. Ambas son las primeras reacciones de inflexibilidad psicológica que comúnmente se ponen en marcha cuando el sufrimiento hace acto de aparición (Ehring & Watkins, 2008; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004; Nolen-Hoeksema, 2000). La diferencia entre ambas reside en que la rumia está orientada al pasado, y la preocupación al futuro.

La investigación del PNR aún adolece de explicaciones empíricas para poder determinar con mayor precisión qué es y cómo abordarlo. Una de las áreas que apenas se ha estudiado hasta la fecha ha sido la relación existente entre los disparadores del PNR, es decir, cómo transcurre y se organizan los pensamientos que invitan a reaccionar de las formas en que llamamos al PNR. La conceptualización de dicha organización ha sido un tema abordado únicamente desde los enfoques cognitivos tradicionales, tales como la terapia cognitiva (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979) o la terapia de esquemas (Young, 1994); ambas proponen que lo que da lugar a los pensamientos que disparan el PNR son los esquemas cognitivos. La conceptualización de dichos esquemas varía en la explicación que ofrecen estos enfoques teóricos, pero surge en común la noción de que existen unos esquemas que son más nucleares o centrales que otros. Dicho de otra manera, siguiendo la metáfora, estos esquemas estarían organizados de un modo jerárquico. No obstante, el único estudio con soporte empírico de esta premisa se encuentra hasta la fecha en un único estudio cuyos resultados hallaron que la inmensa mayoría de los participantes organizaban sus propios pensamientos disparadores de PNR de modo jerárquico (Gil-Luciano, Calderón, Tovar, & Ruiz, 2019).

El enfoque contextual de la conducta y cognición humanas ha ofrecido en las últimas décadas una perspectiva alternativa en ésta y otras áreas que conciernen al comportamiento humano. El apoyo empírico del enfoque contextual se encuentra en la teoría del marco relacional (RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), que sostiene que el comportamiento humano subyace en la habilidad de relacionar o, dicho de otra forma, de enmarcar relacionalmente. La habilidad de relacionar consiste en relacionar dos o más eventos sobre la base de claves relacionales que son arbitrarias y permiten responder a los estímulos en función de la relación que tengan con otros estímulos. Las claves relacionales con sostén empírico hasta la fecha son coordinación ("es", "igual a"), oposición ("opuesto a"), comparación ("más que", "menos que"), jerarquía ("pertenece a", "incluye", "parte de"), causales ("si… entonces"), deícticas (Yo-Tú, Aquí-Allí, Ahora-Entonces), etcétera. En este sentido, los pensamientos están organizados en redes relacionales que consisten en estímulos enmarcados a través de distintas claves relacionales, y que pueden ser disparadores de PNR (e.g., "He sido despedido por primera vez en mi vida").

Más recientemente, desde el enfoque contextual se ha sugerido que el modo en que los disparadores de PNR van quedando organizados en la historia del individuo es de forma jerárquica (Gil-Luciano et al., 2019; Gil-Luciano, Ruiz, Barbero-Rubio, & Alonso, en prensa; Luciano, 2017; Ruiz, Riaño-Hernández, Suárez-Falcón, & Luciano, 2016). La organización jerárquica permite que algunos pensamientos adquieran un carácter negativo al ser parte de un pensamiento global que imprime reforzamiento negativo con alto nivel de abstracción y que quedaría situado en la cúspide de una red jerárquica. Esta conceptualización de los disparadores de PNR sugiere que éstos sean la cara opuesta de los valores, metas e intereses personales. Por ejemplo, el pensamiento "Soy un fracaso" es un frecuente disparador de PNR que imprime o tiñe de carácter aversivo a otros pensamientos que puedan surgir en un momento o situación determinada. Un pensamiento como "¿Puedo fiarme de mi compañero de oficina?" puede surgir por primera vez si el individuo percibe que éste trata de atribuirse sus propios logros, y dicho pensamiento tendría un carácter

negativo porque implica que el individuo no está alcanzando en ese momento un interés personal (i.e., ser útil y valorado en el área laboral), sino que alcanza o conecta con un pensamiento más aversivo y global, como identificarse con un posible fracaso.

El análisis de las relaciones entre los disparadores de PNR tendría implicaciones clínicas relevantes. Siguiendo la investigación de la RFT, el modo en que se transforman las funciones en las redes jerárquicas (e.g., Gil, Luciano, Ruiz, & Valdivia-Salas, 2012) implicaría que, si se altera la función discriminativa (i.e., aquello que "ordena" o a lo que "invita" el pensamiento) del disparador de PNR en el nivel alto de la jerarquía, se alterarían también las funciones de los pensamientos en niveles medios y bajos de la jerarquía, más concretos. Según esta premisa, las intervenciones clínicas en patrones de PNR – por ende, en trastornos psicológicos que lo contengan – serían más rápidas en disminuir este tipo de reacción limitante. En los últimos años se han dado pasos experimentales en esta línea con intervenciones breves que dirigían el foco a alterar la PNR atacando directamente a los disparadores en niveles superiores de la jerarquía de disparadores, encontrando resultados favorables a una supuesta organización jerárquica (e.g., Ruiz et al., 2016, 2018). Este trabajo trata de dar un paso más allá en la exploración empírica de las relaciones entre los disparadores de PNR.

MÉTODO

PARTICIPANTES

80 adultos (57 mujeres), en edades comprendidas entre 18 y 32 años (M = 20,59, DT = 1,90, participaron de forma voluntaria.

MATERIAL Y PROTOCOLOS EXPERIMENTALES

- *Evaluación diagnóstica.* Se utilizaron el *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1998) para evaluar la presencia de los principales trastornos psicológicos incluidos en el Eje I del DSM-IV-TR, así como el *Personal Health Questionnaire-9* (PHQ-9, Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) y la *Depression Anxiety and Stress Scales-21* (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995) para evaluar la presencia de sintomatología general del espectro ansioso y depresivo.

- *Tarea de rendimiento.* Se utilizó una tarea consistente en memorizar figuras en determinadas secuencias. Cada test tuvo 10 ensayos en los que se presentaban 5 figuras en secuencias distintas por ensayo. Se pidió a los participantes que seleccionasen en qué orden habían aparecido las figuras al término de cada ensayo. Ganaban puntos por el número de respuestas correctas en cada ensayo (e.g., si emitían 3 respuestas correctas, recibían 3 puntos).

- *Escala visual analógica* (VAS; desde 0 o nada, hasta 10 o completamente). Tras cada test, aparecían dos preguntas frente a las que se pedía responde tras la VAS. Primero se les preguntó cómo se habían sentido mientras hacían la tarea (extremo izquierda VAS "Para nada mal"; extremo derecha VAS "Completamente mal"), y después cuán concentrados habían estado durante la tarea.

- *Protocolos de inducción de PNR.* Se utilizaron dos protocolos de inducción de PNR, los cuales fueron idénticos salvo por el tipo de pensamiento que se utilizó como disparador de PNR. Por un lado, se utilizó *un protocolo de inducción BIG* que consistió en presentar a los participantes un pensamiento de carácter muy aversivo, abstracto, global y general a muchas áreas vitales (e.g., "Soy inútil", o "Soy un fracaso"). Por otro lado, se utilizó un *protocolo de inducción LITTLE* en el que se les presentó un pensamiento menos aversivo, más concreto y circunscrito a un área vital de importancia común. Cada protocolo duró 2 minutos. Comenzó presentando en una pantalla de ordenador el disparador BIG o LITTLE (en función de la condición experimental), y después le siguieron instrucciones en torno a imaginar que el pensamiento presentado se convertía en realidad. Se les pidió que, durante un rato, se mantuviesen imaginando vívidamente cómo serían sus vidas, y qué pensarían y sentirían sobre sí mismos. Después aparecían más preguntas en la pantalla en torno a la situación imaginada (e.g., "¿Qué sería lo peor de ese escenario?"). Tras varios minutos comenzaba la tarea experimental, a la par que continuaba de modo simultáneo la inducción de PNR, intercalándose nuevas preguntas que incitaban a amplificar el proceso de PNR.

PROCEDIMIENTO

Se asignó a los participantes a una de las dos condiciones experimentales de modo aleatorio. Después comenzaron por realizar varios ensayos de práctica en la tarea experimental (Fase 1). Posteriormente pasaron al Test 1 o pre-test (Fase 2). Después comenzó el protocolo de inducción de PNR (Fase 3), a lo que siguió, mientras continuaba la inducción de PNR, el Test 2 o post-test (Fase 4). En la figura 1 puede verse la secuencia experimental completa.

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el programa informático JASP 0.9.0.0 (https://jasp-stats.org/.). El análisis entre condiciones se hizo mediante t-tests con la calibración del p-value introducida por Sellke, Bayarri, y Berger (2001) conocida como "Vovk-Sellke máximum p-ratio" (VS-MPR). El tamaño del efecto entre condiciones se calculó con la d de Cohen (Cohen, 1988) que puede ser interpretada como pequeño (d = 0,20 a 0,49), medio (d = 0,50 to 0,79), y grande (por encima de d = 0,80).

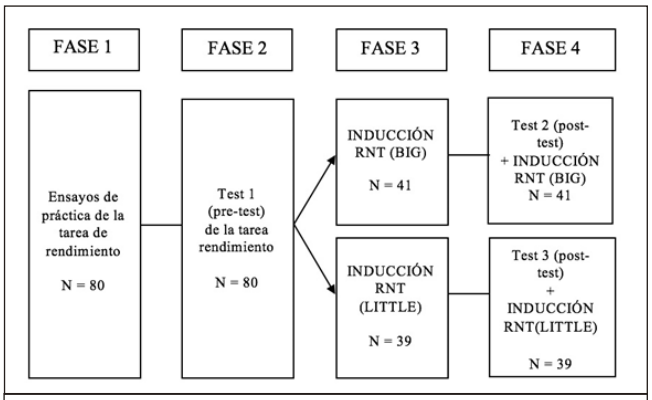


Figura 1. Secuencia experimental.

DISEÑO

Se utilizó un diseño inter-sujetos (condiciones experimentales) e intra-sujeto (Test 1-Test 2). Se alojó a todos los participantes aleatoriamente a una de dos condiciones experimentales: un grupo recibió la inducción de PNR con un BIG, mientras que el otro recibió la inducción con un LITTLE. La variable independiente fue el tipo de inducción de PNR, y las variables dependientes fueron el rendimiento, la concentración y el malestar en la tarea experimental.

RESULTADOS

MEDIDAS PRE-TEST

Respecto a las variables dependientes, no hubo diferencias en el número de puntos obtenidos en el Test 1 ($t(78) = 0,028$, $p = ,977$) ni en los niveles de concentración ($t(78) = -0,727$, $p = ,469$) y malestar ($t(78) = -0,984$, $p = ,328$) (ver Tabla 1).

MEDIDAS PRE-POST

Rendimiento (puntos en la tarea). La inducción de PNR condujo a una reducción estadísticamente significativa en el rendimiento de la tarea, en general ($t(79) = 3,723$, $p < ,001$, $d = 0,416$). La figura 2 muestra que ambos tipos de inducción condujeron a una reducción de rendimiento similar (Inducción LITTLE: $M = -4,333$, $DT = 8,106$; Inducción BIG: $M = -2,902$, $DT = 8,955$; $t(78) = 0,748$, $p = ,772$).

Tabla 1
ANOVA relación entre riesgo y mitos

	Condición	N	Media	SD	SE
TEST 1 - Puntos	LITTLE	39	29,564	7,721	1,236
	BIG	41	29,512	8,623	1,347
TEST 1 - Concentración	LITTLE	39	5,410	2,336	0,374
	BIG	41	5,780	2,219	0,347
TEST 1 - Malestar	LITTLE	39	3,590	2,779	0,445
	BIG	41	4,171	2,499	0,390

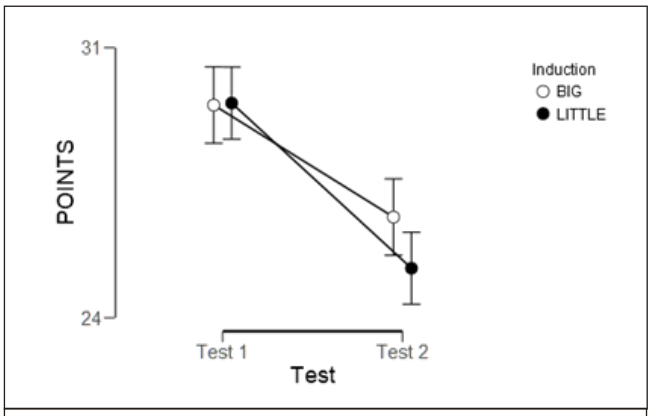


Figura 2. Puntos obtenidos en el Test 1 y Test 2, diferenciados por condición experimental.

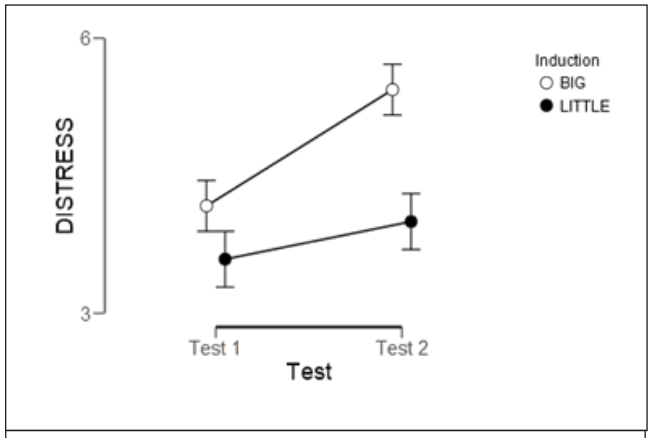


Figura 4. Malestar en Test 1 and Test 2 por condiciones experimentales.

Concentración. La figura 3 muestra que la inducción BIG condujo a mayor reducción del nivel de concentración que la inducción LITTLE (inducción LITTLE: M = 0,154, DT = 2,007; Inducción BIG: M = -1,146, DT = 2,323; $t(78)$ = -2,683, p = ,004). El VS-MPR fue 15,250, lo que indica que los datos observados apoyan firmemente la hipótesis alternativa de que los participantes que recibieron la inducción BIG mostraron mayor reducción de la concentración que los que recibieron la LITTLE (Wagenmakers, Wetzels, Borsboom, & van der Maas, 2011). El tamaño del efecto fue medio (d = 0,60).

Malestar. La figura 4 muestra que la inducción BIG condujo a un mayor incremento de malestar que la inducción LITTLE (Inducción LITTLE: M = 0,538, DT = 1,553; Inducción BIG: M = 1,415, DT = 2,000; $t(78)$ = 2,181, p = ,016). El VS-MPR fue 5,533, lo que indica que los datos observados apoyan moderadamente la hipótesis alternativa de que los participantes que recibieron la inducción BIG mostraron mayor incremento de malestar que los que recibieron la LITTLE. El tamaño del efecto fue medio (d = 0,488).

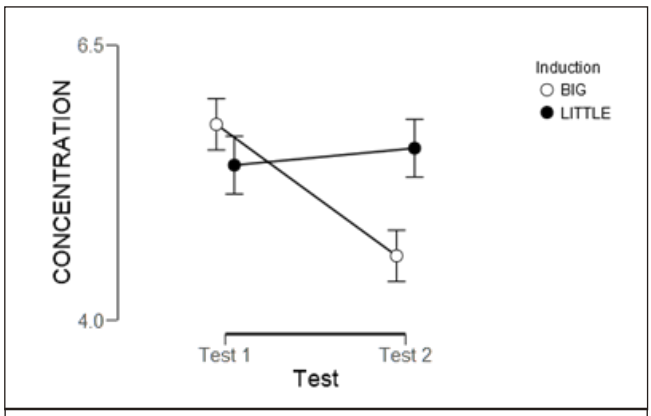


Figura 3. Concentración en el Test 1 y Test 2 por condición experimental.

DISCUSIÓN

Este trabajo tenía el objetivo principal de explorar si existía un impacto diferencial a la hora de inducir PNR con un pensamiento disparador jerárquico, abstracto, global a varias áreas de valor y con carga aversiva muy alta (BIG) y un pensamiento disparador menos jerárquico, más concreto, y de menos carga aversiva (LITTLE) en un análogo de situación en la que poder medir de modo conductual la flexibilidad psicológica. Los resultados indican que hubo diferencias estadísticamente significativas tras la inducción de PNR tanto en los niveles de concentración como de malestar, y diferencias no estadísticamente significativas en el rendimiento. Concretamente, los participantes de la condición BIG refirieron menor nivel de concentración y mayor nivel de malestar que los de la condición LITTLE. En este sentido, es posible atribuir este efecto diferencial a la mayor magnitud aversiva de los pensamientos disparadores BIG, así como su mayor magnitud de función discriminativa de PNR (i.e., inflexibilidad psicológica). En línea con los resultados encontrados en Gil-Luciano et al. (2019), los resultados actuales apoyan la hipótesis de una organización jerárquica entre disparadores de rumia y preocupación.

Cabe considerar, no obstante, por qué todos aquellos participantes mostraron menor rendimiento en la tarea (independientemente de si pertenecían a la condición BIG o LITTLE) y, sin embargo, sólo aquellos de la condición BIG mostraron un cambio significativo en sus niveles de concentración y malestar. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que este tipo de tarea demandaba completa atención desde el primer

instante y ensayo. En este sentido, aquellos que pudieran optar por llevar a cabo una estrategia de memorización no pudieron llevar a cabo ninguna otra estrategia (e.g., PNR) además de estar memorizando las figuras repetidamente. La actividad de memorizar una y otra vez una secuencia de figuras es incompatible con la actividad de PNR, o con cualquier otra actividad que demande una mínima atención. Es por ello que puede argumentarse que la tarea pudo no ser lo suficientemente sensible para capturar diferencias entre los protocolos de inducción.

A pesar de suponer un paso más allá en el abordaje empírico de la organización y relación entre pensamientos disparadores de PNR (i.e., inflexibilidad psicológica), este trabajo cuenta con limitaciones que han de tenerse en cuenta. Por un lado, no tuvo cabida una condición control, y futuros estudios deberían incorporar dicha condición para fortalecer la calidad del control experimental. Por otro lado, sería relevante el uso de una tarea menos demandante que pudiera ser más sensible a la hora de detectar el cambio conductual. Así mismo, debería estudiarse una muestra clínica. Es posible prever que el impacto diferencial de los protocolos de inducción de PNR sea más marcado en este tipo de muestra, debido a que un patrón de inflexibilidad estará más establecido y generalizado en el funcionamiento de los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Berenbaum, H. (2010). An initiation–termination two-phase model of worrying. *Clinical Psychology Review, 30,* 962-975.

Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy, 1,* 192-205.

Gil, E., Luciano, C., Ruiz, F. J., & Valdivia-Salas, S. (2012). A preliminary demonstration of transformation of functions through hierarchical relations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*, 1-20.

Gil-Luciano, B., Calderón, T., Tovar, D., Sebastián, B. & Ruiz, F.J. (2019). Understanding rumination from a contextual behavioral perspective: an RFT analysis of triggers for rumination. *Psicothema, 31*, 1.

Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic Press.

JASP Team (2018). *JASP* (Version 0.8.6) [Computer software].

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606-613.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 335-343.

Luciano, C. (2017). The self and responding to the own's behavior. Implications of coherence and hierarchical framing. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17,* 267-275.

Luciano, C., Gil-Luciano, B., Ruiz, F., Barbero-Rubio, A., & Alonso, A. (en prensa). *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Madrid: Síntesis.

Luciano, C., Valdivia-Salas, S., & Ruiz, F. J. (2012). The self as the context for rule-governed behavior. In L. McHugh & I. Stewart (Eds.), *The self and perspective taking: Research and applications* (pp. 143-160). Oakland, CA: Context Press.

Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. *Advances in Social Cognition, 9,* 1-47.

Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., … & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of the Depression Anxiety and Stress Scale – 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17,* 93-101.

Ruiz, F. J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 16,* 213-233.

Sellke, T., Bayarri, M. J., & Berger, J. O. (2001). Calibration of p values for testing precise null

hypothesis. *The American Statistician, 55,* 62-71.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., … Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatry interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59* (Suppl. 20), 22-33.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166,* 1092-1097

Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. (2016). *Core strategies in psychological treatment: An RFT perspective*. In S. Hayes, D. Barnes-Holmes, R. Zettle, and T. Biglan (Eds.), Handbook of Contextual Behavioral Science. New York: New Harbinger.

Young, J. E. (1994). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Wagenmakers, E. J., Wetzels, R., Borsboom, D., & van der Maas, H. L. J. (2011). Why psychologists must change the way they analyze their data: The case of Psi: Comment on Bem (2011). *Journal of Personality and Social Psychology, 3,* 426-432.

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134,* 163-206.

EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO CON OTROS PARTICIPANTES DE LA RED: FAVORECIENDO EL CAMBIO DE NARRATIVAS

Patricia Guerra-Mora[1], Noelia Martínez-Menéndez[1], Verónica Concha-González[2], Maria Isabel Pereira-Lestayo[2], María Dolores Méndez-Méndez[3] y Cristina Ibañez-López[2]

[1]Hospital Universitario San Agustín, [2]Hospital Universitario Central de Asturias, [3]Hospital Universitari Santa María de Lleida

Resumen: En el contexto clínico de atención a la salud mental infanto-juvenil es necesaria la coordinación con participantes de instituciones diversas, como el centro educativo. Esto es así dado que en estas instituciones los profesionales están realizando intervenciones. Este trabajo recoge ejemplos del trabajo para el cambio de narrativa sobre los consultantes: Naiara de diez años y Pablo de quince años. En ambos menores, la psicóloga observa que las actuaciones emprendidas en los centros no han mejorado la situación de los consultantes ni la de sus familias. Naiara es calificada de mentirosa, como principal seña de identidad y Pablo es un "caso difícil, un chico agresivo y retador". Se realizó un trabajo con la familia y con la red para plantear historias alternativas que explicasen el malestar de los menores. Los adjetivos estáticos e individuales fueron eliminándose en favor de explicaciones más amables y se enfatizaron las dificultades relacionales.
Palabras clave: Red asistencial, Terapia narrativa, Terapia sistémica, Menores, Colegio.

THE PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH OTHER NETWORK PARTICIPANTS: FAVORING THE CHANGE OF NARRATIVES

Abstract: In the child and adolescent mental health care clinical context, the coordination with participants from diverse institutions, such as the educational center, is necessary. This is so that professionals are carrying out interventions in these institutions. This work picks up examples of the work for the change of narrative about the consultants: Naiara, 10 years old and Pablo, 15 years old. In both children, the psychologist observes that the actions undertaken in the centers have not improved the situation of the consultants or their families. Naiara is described as a liar, as the main sign identity and Pablo is a "difficult case, an aggressive and challenging boy." A work was carried out with the family and the network to present alternative stories that explained the malaise of the children. The static and individual adjectives were eliminated in favor of kinder explanations and relational difficulties were emphasized.
Key words: Healthcare network, Narrative therapy, Systemic therapy, Minors, School.

INTRODUCCIÓN

"No soy fan de los finales felices, perfectos y bien atados, porque, por experiencia, rara vez suceden en el mundo real. Por otro lado, tampoco quiero terminar mis relatos de una manera desesperanzada, porque en el mundo real, mientras uno está con vida, siempre hay esperanza".

Tabitha Suzuma

En el contexto clínico de atención a la salud mental infanto-juvenil es necesaria la coordinación con participantes de instituciones diversas, como por ejemplo, el pediatra o el centro educativo. Esto es así dado que en otras instituciones los profesionales están realizando intervenciones con usuarios de los centros de salud mental infanto-juveniles. En concreto, en los centros educativos se encuentra la figura del orientador psicopedagógico. Las reuniones de los psicólogos clínicos con estos profesionales son fundamentales.

Las familias que acuden con sus hijos a pedir ayuda al centro de salud mental, en un porcentaje significativo, acuden desesperanzadas y con una narrativa abarrotada del problema o problemas. En algunos casos el problema representa la identidad de los menores. Además, los problemas muchas veces son entendidos como una característica personal, individual y estática.

Ante este planteamiento de partida, como terapeutas podemos tomar varias opciones. Una de ellas, es asumir y trabajar con la narrativa que los consultantes ofrecen. Esto nos llevaría a grandes dificultades. Otra opción es recoger la narrativa que traen y poco a poco ayudarles a rescatar aquellos aspectos silenciados por la misma.

El enfoque terapéutico que se presenta en este trabajo está cimentado teóricamente por las terapias sistémicas en general, así como por la terapia narrativa y del apego, en particular.

Aznar y Varela (2018) publican un interesante trabajo en el que ponen en relación la narrativa, el apego y el trauma relacional complejo. Llama la atención sobre cómo pensamos en términos de historias y que esto nos ofrece grandes ventajas evolutivas. Las narrativas nos ofrecen un guion estructurado que nos permite hacer el mundo predecible. Sin embargo, es preciso analizar si esa misma narrativa aprisiona, es rígida, mantiene relaciones desiguales de poder entre los personajes… Además, ponen énfasis en las funciones que nos identifican como animales sociales, entre las que se encuentran: sentido de pertenencia, autoestima, sensación de control, dar sentido a la existencia. Estas funciones se aseguran con experiencias de legitimación y confirmación.

A partir, sobre todo, de los años 80, los modelos de terapia familiar comienzan a pensarse desde una epistemología constructivista. Se comienza a recuperar el énfasis en la semántica, en los significados. Los modelos previos habían enfatizado la corriente pragmática que tenía como objetivo evaluar las acciones y los efectos comunicacionales. Es importante tener en cuenta en psicoterapia lo que esos modelos nos ofrecieron. Por ejemplo, los axiomas de la comunicación humana o los graves efectos de la desconfirmación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2012).

La terapia narrativa es una de las terapias posmodernas. Epston y White (1993) son algunos de sus representantes. Vetere y Dallos (2012) simbolizan el ejemplo de cómo conjugar terapia narrativa y apego.

La terapia narrativa emana, sobre todo, del construccionismo social. Éste plantea plantea que los discursos son construidos conjuntamente por las personas. Por tanto, la validez o no de un discurso viene dada por el consenso social. Un concepto clave es que la realidad no existe, sino que se construye. Es decir, la verdad es algo relativo. En este sentido, tal y como plantea Sluzki (1995,2006), el terapeuta tiene la tarea de ser un constructor de realidades más viables para la familia. Desde ese paradigma destacan otros autores como Gergen (1985), Hoffman (2007), White (2007), etc.

También toma como referencia teórica el constructivismo. Sería algo así como el mapa del mundo que uno mismo se crea, entendiendo que se buscan tentaciones de certidumbre. La realidad se construye a través del lenguaje, de las historias o narraciones que se van elaborando para describirla.

En base a todo esto, podemos decir que las personas tienen una visión de la realidad como resultado de la construcción de historias o relatos sobre los acontecimientos que ha vivido. Pero no solo de sus vivencias, sino de lo que han recogido fruto del diálogo y de la interacción con otras personas.

Es interesante rescatar en este momento como, desde que somos pequeños, los progenitores o adultos significativos realizan una importante función de narración y de dar sentido a las vivencias de los menores. Además, los menores van recogiendo todos los mensajes que les llegan desde los adultos significativos y se crean modelos operantes. Estos modelos reflejan cómo la madre se comporta con él, como el padre se comporta con él y también, la propia imagen de sí mismo (como merecedor de atención, amor… o no). En crianzas con mucho peso de experiencias adversas, los niños pueden generar distorsiones como: no merezco ser ayudado, si me ayudan desconfío… (Bowlby, 1989).

Bowlby (1989) también hizo un apunte que es conveniente rescatar en este trabajo. Comentó como ante amenazas de abandono, además de ansiedad también se despierta ira, sobre todo en el caso de adolescentes y niños más grandes. La ira tendría la función de disuadir a la figura de apego de que lleve a cabo una amenaza determinada, aunque se vuelve disfuncional.

En la vida de las personas predominaría una narración dominante. Sería algo así como la narrativa oficial, una narración extendida y con la que están de acuerdo la mayoría de las personas. Como se avanzaba en líneas anteriores, los problemas psicológicos aparecen porque esos relatos están construidos de forma que son excesivamente dolorosos y no parecen tener salida. Es decir, la narración está saturada por el problema (White y Epston, 1993). Frente a ella, existe la posibilidad de relatos alternativos.

El objetivo de la terapia radica en generar historias alternativas a las construidas por el consultante y/o su familia. El terapeuta en esta modalidad de terapia es curioso y muestra interés por cómo la persona cuenta su historia. Redefine a la familia como la experta en el manejo de su vida. Algunos recursos que se utilizan en el marco de esta terapia serían (White y Epston, 1993): conversaciones de reautoría (en las que se reevalúan significados de eventos del pasado y del presente), uso de cartas, escritos, certificados… que ayudan a integrar nuevas narrativas, uso de externalizaciones…

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia d intervención en el cambio de narrativas con agentes significativos de la red de dos menores.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Son objeto de investigación las historias de dos participantes:

- Naiara: niña de 10 años que cursa 5º curso de Educación Primaria en un colegio público.
- Pablo: adolescente de 15 años que cursa 2º de Educación Secundaria Obligatoria en un instituto público.
- La psicóloga de referencia de ambos consultantes es la misma.

MATERIALES

Se utilizó la historia clínica informatizada y de papel para recabar los datos. En la historia clínica también se incluyen materiales elaborados por los participantes dentro de las sesiones.

DISEÑO

Se trata de un diseño de carácter retrospectivo, basado en la revisión de la historia clínica.

PROCEDIMIENTO

Se revisaron las notas de historia clínica de ambos participantes para recoger los datos de ambos procesos. Se seleccionaron también aquellas notas que tenían que ver con los contactos con la red (centro educativo).

RESULTADOS

Tanto en el caso de Naiara como de Pablo, la psicóloga observa que desde los centros educativos se están poniendo en marcha diferentes acciones con el fin de ayudar a la niña y al adolescente. Sin embargo, parece que tales actuaciones, hasta el momento, no han ayudado a mejorar la situación de los consultantes, sino que se encuentran cada vez más estigmatizados. Además, cuando acuden al centro de salud mental infanto-juvenil tanto ellos como sus familias están disgustados.

Naiara es presentada como mentirosa y este adjetivo es el que la niña emplea para definirse a sí misma. Ser mentirosa es un elemento crucial de su identidad. Es necesario ampliar la exploración hacia otros aspectos de su vida o facetas que puedan definirla. La familia se presenta desesperanzada, pues consideran que se han emprendido muchas acciones para ayudar a su hija que no han surgido mucho efecto y esto les transmite la idea de que es un caso difícil. Además, tienen presentes en su imaginario, ejemplos de adolescentes problemáticos a través de programas televisivos y eso aumenta el temor de la familia. Cuando consultan están distanciados y no son un apoyo efectivo unos para otros.

En el caso de Pablo, el adolescente no quiere describirse a sí mismo. La familia le describe atribuyéndole características negativas como agresivo o retador. También presentan expectativas negativas sobre su futuro en base a todo lo que en el presente se ha intentado y no ha funcionado.

Una reflexión importante es que las descripciones del problema que se ofrecen en ambos casos están basadas en características individuales, negativas y estables. Es decir, se refieren a rasgos o patrones de personalidad de los consultantes. No se apela al contexto ni al momento evolutivo, a excepción

de incluir las acciones que se han emprendido y no han ayudado.

Tras las primeras sesiones terapéuticas la psicóloga realiza sesiones de supervisión indirecta con otros profesionales.

El trabajo psicoterapéutico con los consultantes y sus familias se acompañó posteriormente con el trabajo con la red.

En el caso de Naiara se realizaron diferentes tipos de entrevistas: familiares con Naiara y su familia, individuales con Naiara e individuales con la familia. En las entrevistas fueron surgiendo diferentes eventos vitales negativos que había vivido la familia y que podían no haberse gestionado del todo bien. Además, parece que el malestar tan grande de los progenitores no había dado cabida a que la niña también mostrase su propio malestar. Muchas de las mentiras que Naiara ofrecía a su familia y en el colegio parecían ser una expresión de los miedos y malestares que sentía. Otro dato significativo que se amplio con la familia es el gran conocimiento que Naiara tenía del funcionamiento familiar, pese a su corta edad. Todo ello también desembocaba en un exceso de responsabilidad y de carga cognitiva que probablemente no pudiese asumir sin ayuda. Se comenzó, a través de estas entrevistas, a esbozar una historia alternativa que destacaba la inseguridad de Naiara, su autoestima negativa, su dificultad para pedir ayuda y la necesidad por su parte de recibir apoyo y seguridad para afrontar el miedo y la culpa que le atacaban.

En el caso de Pablo se plantearon también diferentes tipos de entrevistas, aunque las entrevistas familiares conjuntas se realizaron en menos ocasiones. Se privilegió el espacio con la familia por un lado y con el adolescente por otro. En el cronograma comenzaron a aflorar eventos vitales negativos que había vivido la familia y que habían requerido de habilidades por parte de Pablo superiores a las que debería de tener por su edad. Había estado expuesto a acontecimientos que no debería de haber vivido. Ante tales eventos, Pablo no había tenido mucho apoyo y seguridad. Sus progenitores estaban tan invadidos por su propio malestar y temor que no habían sido capaces de atender a las necesidades del menor, quién se había arreglado solo. En este mecanismo de afrontamiento, se había guardado para sí todo el malestar y la ira que sentía. Se comenzó a forjar la historia alternativa en la cual, el adolescente necesitaba ayuda para soltar el enfado y el daño que le habían hecho los últimos años.

Las sesiones familiares fueron acompañándose de sesiones con los centros educativos. Se realizaron varios contactos con los orientadores psicoeducativos para conocer e intercambiar impresiones. Todo ello se realizó con la autorización por parte de las familias.

En los centros educativos la historia dominante estaba realmente asentada, no dando cabida en un primer momento a historias alternativas.

Se fueron planteando explicaciones benévolas que incluían acontecimientos vividos y las escasas estrategias de afrontamiento que ambos tenían. Además, se incluyó en el marco explicativo, la referencia al momento evolutivo en el que se encontraban actualmente y cuando les habían ocurrido tales acontecimientos.

También se recogieron las experiencias personales de profesionales de los centros educativos, validando sus emociones y sentimientos. Éstos solían ser negativos: frustración, enfado, miedo, recelo…

DISCUSIÓN

Las historias predominantes en la vida de Nairara y de Pablo estaban caracterizadas por elementos negativos e individuales y que ofrecían escasas posibilidades de dar origen a nuevas soluciones. En el caso de Naiara su identidad era la de mentirosa y en el caso de Pablo la de adolescente agresivo. No debemos olvidar que las narrativas influyen de una manera muy poderosa en cómo nos sentimos, cómo nos comportamos y qué esperamos del futuro.

Tras recabar información sobre cómo ambas familias y otros significativos entendían y definían el proceso, fue preciso comenzar a esbozar narrativas alternativas. Estas narrativas incluyen los comportamientos e intervenciones de otras personas tanto en la definición como en el manejo del problema. En estas narrativas es preciso atender al ciclo vital en el que las personas se encuentran e incluir necesidades insatisfechas. En ambos casos se encontraron eventos vitales negativos a los que toda la familia se tuvo que enfrentar, con las estrategias de las que disponían. Parece que algunas necesidades emocionales no fueron adecuadamente satisfechas.

La intervención para la modificación de narrativas es necesaria no solo a nivel familiar, sino también con profesionales de los centros educativos. Estos profesionales realizan intervenciones con los menores, por lo que es preciso que la línea de actuación sea similar y desde una perspectiva de solución y de cambio.

CONCLUSIONES

Las historias predominantes pueden señalar aspectos que, en vez de solucionar problemas, los perpetúan. Ante estos relatos, es necesario plantear narrativas alternativas que rescaten elementos positivos de los participantes y planteen las acciones en términos relacionales y de necesidades y apoyos.

El trabajo terapéutico es necesario no sólo con los menores, sino también con las familias y otros participantes significativos de la red. No podemos obviar que los menores crecen en familias y aprenden a narrar en el seno de las mismas. Tampoco podemos olvidar el importante papel de los profesionales del centro educativo, los cuáles se convierten en figuras muy importantes. Es preciso aprovechar la intensidad de su relación con los menores para que en estas relaciones humanas confirmen aspectos positivos de su identidad, sean valorados, elogiados y ayudados en la expresión de sus necesidades y sentimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aznar, F. J. y Varela, N. (2018). La Ecología Narrativa del Trauma Relacional. *Revista de Psicoterapia, 29*(111), 55-67.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.

Gergen, KJ. (1985). The Social Constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40,* 255-275.

Hoffman, L. (2007). The art of "withness": A new bright edge. En H. Anderson y D. Gehart (Eds.). *Collaborative Therapy: Realtionships and conversations that make a difference* (pp. 63-79). New York: Routledge, Taylor & Francis Group

Sluzki, C. (1995). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de psicoterapia, VI,* 22-23, 53-70.

Sluzki, C. (2006). Victimización, recuperación y las historias "con mejor forma". *Sistemas familiares, 22*(1-2), 5-20.

Vetere, A. y Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (2012). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

White, M., y Epston, E. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES DE LOS PADRES Y MADRES QUE SUFREN VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

Daniel Marañon[1] y Gorka Vazquez[2]

[1]Hospital de Eibar. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud, [2]Gabinete de Psicoterapia Osabide (Bilbao)

Resumen: El objetivo del presente estudio fue comparar 85 padres y madres que sufren Violencia Filio-Parental (VFP) con 109 padres y madres exentos de la misma en una serie de variables sociodemográficas, sintomatología clínica, funcionamiento familiar y de pareja. Las madres VFP mostraron una significativa mayor proporción de estructuras familiares distinta a la nuclear tradicional. Tanto madres como padres VFP mostraron una mayor sintomatología clínica y un funcionamiento familiar y marital significativamente por debajo de lo hallado en los padres y madres libres de VFP. Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de la inclusión de los padres y madres en programas de tratamiento como consecuencia de la afectación de su salud mental, así como de las relaciones familiares y maritales.
Palabras clave: Violencia filio-parental; Padres; Violencia familiar; Pareja.

INDIVIDUAL AND FAMILY CHARACTERISTICS OF PARENTS IN CHILD-TO PARENT VIOLENCE

Abstract: There is a lack of recent quantitative research that looks into child-to-parent violence (CPV) from the perspective of the parents who suffer from it. Thus, the main objective of this research is to compare 85 parents involved in a situation of CPV with 109 parents with no CPV in the following areas: socio- demographic variables, clinical symptomatology, aggressiveness and family and couple functioning. The mothers of the CPV group showed a significantly higher proportion of family structures different from the traditional family. Both CPV mothers and fathers showed a higher clinical symptomatology and less satisfying family and couple functioning than those parents' with no CPV. The results indicate the need to include parents in treatment programs as a consequence of the effect on their mental health, as well as the effect on relations within the family and the couple.
Key words: Child-to-parent violence; Parents; Family violence; Couple.

INTRODUCCIÓN

La violencia Filio-Parental (VFP) puede ser definida como cualquier acto que realiza el menor con la intención de controlar a los padres y madres y/o causarles daño psicológico, físico o financiero (Cottrell y Monk, 2004).

La tasa de prevalencia en España se sitúa entre el 7 y el 20% (Calvete, Gámez-Guadix y Orue, 2014; Ibabe, Jaureguizar y Bentler, 2013), convirtiéndose en la actualidad en uno de los principales problemas socio-familiares asociados a la adolescencia.

Para poder explicar el fenómeno de la VFP Cottrel y Monk (2004) proponen un modelo basado en las teorías ecosistémicas organizando la influencia de diferentes variables a nivel ontogenético, microsistémico-familiar, contexto social y macrosistémico. Los diferentes estudios realizados a nivel ontogenético y microsistémico-familiar han puesto el foco casi en exclusiva en los adolescentes (Cottrell y Monk, 2004; Edenborough, Jackson, Mannix y Wilkes, 2008; Ibabe, 2015) sin tomar en consideración la perspectiva de los padres. Además, actualmente desconocemos el perfil psicosocial, la sintomatología clínica y/o el

funcionamiento familiar desde los autoinformes obtenidos de aquellos padres que requieren de un tratamiento para abordar la VFP.

A nivel ontogenético, se ha hallado una parentalidad tardía (Gallagher, 2004), y un porcentaje de madres agredidas mayor que el de padres (Cottrell y Monk 2004). Por otra parte, existen pocos datos y discordantes respecto al perfil de sintomatología clínica de los padres que sufren VFP. Por un lado, se ha señalado una ausencia de síntomas psicopatológicos en comparación con población normal (Nock y Kazdin, 2002) y, por otro, que los problemas de salud mental, contribuirían a las dinámicas en las que los hijos les agreden (Cottrell y Monk, 2004). No obstante se han hallado altos niveles de culpa, vergüenza, insomnio, depresión, impotencia, frustración o ideación suicida como consecuencia de sufrir las agresiones de sus hijos (McKeena, 2006, citado en Howard y Rottem, 2008, p. 87).

Desde el nivel microsistémico-familiar, se aprecia un elevado número de familias monomarentales o en la que alguno de los progenitores, habitualmente la madre, ejerce la educación de los hijos en solitario (Gallagher 2004). Además es frecuente la ausencia de la figura paterna en la crianza de los hijos (Calvete et al., 2014). En cuanto al funcionamiento familiar, se ha hallado la existencia de un vínculo débil y una baja calidad en las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (Calvete, et al., 2014; Cottrell y Monk, 2004; Nock y Kazdin, 2002), así como un aumento en el estrés parental (Edenborough et al., 2008; Nock y Kazdin, 2002) y un intento de minimización del mismo (Cottrell y Monk, 2004; Edenborough et al., 2008). A pesar de ello, sin menoscabo de lo anterior existe un desconocimiento de la percepción de los progenitores sobre el funcionamiento de sus familias y más concretamente de los niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. Por último, el ajuste diádico tiene implicaciones para la vida personal, de pareja y familiar, como con problemas de conducta internalizantes y externalizantes de los hijos adolescentes (Franck y Buehler, 2007). De la alta proporción de estructuras familiares monoparentales y/o separadas en VFP puede deducirse un mal ajuste diádico que acaban en ruptura, sin embargo, se desconoce el ajuste marital de los padres y madres que mantienen una relación conyugal.

El presente estudio tiene por objetivo analizar las diferencias existentes en variables sociodemográficas relevantes, sintomatología clínica, funcionamiento y comunicación familiar, así como ajuste diádico, entre los padres inmersos en una dinámica de VFP y padres que no sufren esta problemática Las hipótesis planteadas en función de los objetivos expuestos son: 1) Los padres y madres VFP mostrarían una mayor proporción de familias diferentes a la familia nuclear tradicional en comparación con los madres y padres del grupo contraste (GC). 2) Las madres y padres VFP mostrarían mayores niveles de ansiedad, somatización y depresión en comparación con las madres y padres del GC. 3) Los padres y madres VFP mostrarían menores niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, así como mayores niveles de estrés familiar en comparación con los padres y madres del GC. 4) Los padres y madres VFP mostrarían un menor ajuste diádico en comparación con los padres y madres del GC.

MÉTODO

PARTICIPANTES

El grupo VFP estuvo compuesto por 85 progenitores (36,5% padres y 63,5% madres) con edades comprendidas entre los 32 y los 63 años (M= 47.47, DT=5.95). incluidos en un programa de intervención familiar para la VFP. El 68% de las familias participó en el presente estudio. El GC estuvo conformado por 109 progenitores (46,7 % padres y 53,3% madres) con edades comprendidas entre los 30 y los 57 años (M= 46.87 y DT= 4,81). El GC fue equiparado con el grupo VFP en sexo, edad, formación, nacionalidad, actividad laboral y tipo de población en la que se residía. Los criterios para incluir a los padres en el GC fueron que perteneciese a familias que hubiesen mostrado su acuerdo de participación mediante la firma del consentimiento informado y que no existiese una problemática de VFP evaluada mediante la respuesta negativa a cada uno de los ítems del CTS-CP (Straus y Fauchier, 2008).

INSTRUMENTOS Y VARIABLES

Variables clínicas y sociodemográficas: en este tipo de variables incluimos la edad, el sexo, nivel de formación (años de estudio) y la estructura familiar. Además, se recogieron datos relativos al

tipo de VFP ejercida por los hijos y la edad de inicio y tiempo de evolución.

- *Escala de Tácticas para Conflictos – Hijo Padres (Conflict Tactics Scales – Child Parents;* CTS-CP, Straus y Fauchier, 2008). El CTS-CP consiste en 6 ítems creados para evaluar actos agresivos de hijos a progenitores. La CTS-CP fue utilizada para descartar VFP en los hijos de los padres y madres del GC.

- *Brief Symptoms Inventory-18* (BSI-18; Andreu et al. (2008), tiene por objetivo valorar el distress psicológico mediante 18 ítems tipo likert de 0 a 4, siendo 0 *nada* y 4 *mucho*. Así, aporta una medida de distress general y tres subescalas: somatización, depresión y ansiedad. En el presente estudio el α de Cronbach fue de .94 para la dimensión global del BSI, .84 para la somatización, .86 para la depresión y .87 para la ansiedad.

- *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES II, Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz, 2006) proporciona una medida de la cohesión y la adaptabilidad familiares. La versión utilizada cuenta con 20 ítems que se puntúan mediante una escala de tipo likert siendo 1 *nunca o casi nunca* y 5 *casi siempre* (). La fiabilidad de ambas subescalas fue un α de Cronbach de .9 para la cohesión y un .85 para la adaptabilidad.

- La versión española de la *Escala de Comunicación Familiar* (Family Communication Scale; FCS-VE) de Martínez-Pampliega (2008) fue utilizada para evaluar la comunicación en el seno de la familia. La escala de 10 ítems tipo Likert puede responderse desde si la afirmación *no describe nada mi familia* (1) hasta *describe muy bien a mí familia* (5). El coeficiente α de consistencia interna para la escala completa en nuestro estudio fue de .86.

- La versión española de la *Escala de Estrés Familiar (Family Stress Scale;* FSS-VE, Martínez-Pampliega (2008) compuesta por 20 ítems con 5 alternativas de respuesta cada uno desde (1) *nunca* a (5) *muy frecuentemente* pretenden medir distintas fuentes de estrés familiar. La escala proporciona una medida de estrés global y tres subescalas; Crispación, Desatención y Factores inesperados. Así, en el presente estudio se obtuvieron los siguientes α de Cronbach de para la escala global y las correspondientes subescalas: .88, .78, .74 y .58.

- *Escala de Ajuste Diádico* (EAD; Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009) en su versión breve para evaluar la calidad de las relaciones de pareja. El EAD se trata de una escala multidimensional compuesta por 13 ítems tipo likert. La versión utilizada proporciona una puntuación global de ajuste diádico y tres subescalas; satisfacción, consenso y cohesión. En la presente investigación se halló un α de Cronbach de .88 para la puntuación global de ajuste diádico y .79 para la satisfacción, .8 para el consenso y .74 para la cohesión.

PROCEDIMIENTO

Los padres VFP fueron seleccionados durante un periodo de tres años. Para su inclusión se llevaron a cabo 2 entrevistas familiares exploratorias. A continuación se solicitó a los participantes la firma de un consentimiento informado para su participación en el estudio y tratamiento familiar. Los padres VFP cumplimentaron la batería de cuestionarios antes de su inclusión en el tratamiento.

Los padres del GC pertenecían a familias en las que al menos uno de sus hijos se encontraba cursando entre 1º de la ESO y 2º de Bachillerato. Se contactó con los centros docentes seleccionados aleatoriamente. La batería de cuestionarios fue entregada a los progenitores por sus hijos junto con el consentimiento informado y una explicación de los objetivos y características del estudio.

Respecto a los análisis estadísticos, para comprobar la no existencia de diferencias significativas en las variables de apareamiento, fueron utilizadas la prueba t-student para muestras independientes y la prueba de χ^2 para las variables categóricas. Las diferencias entre VFP y GC en las variables estudiadas fueron valoradas mediante el análisis de varianza (ANOVA). Para la obtención de una medida objetiva de los tamaños del efecto, la Eta cuadrado fue analizada tomando como referencia los criterios sugeridos por Cohen (1992). Todos los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 17.0.

DISEÑO

El presente estudio consiste en una investigación empírica exploratoria de carácter transversal

en el que se compararon dos grupos entre sí. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico, esto es, por un lado fue un muestreo por conveniencia y por otro lado una selección muestral en base a las características familiares en relación a la VFP.

RESULTADOS

La Tabla 1 y la Tabla 2 presentan las características clínicas y sociodemográficas de equiparación del grupo VFP y GC correspondientes a los padres y madres por separado. Como puede observarse, únicamente se obtuvieron diferencias significativas en relación a la estructura familiar en el caso de las madres, obteniéndose una significativa mayor proporción de estructuras familiares diferentes a la nuclear en el caso de las madres VFP.

Respecto a las diferencias en las variables evaluadas entre el grupo VFP y GC en madres, mediante el ANOVA pudo observarse como el grupo VFP se diferenció significativamente en el conjunto de variables concernientes al funcionamiento familiar y marital a excepción de las variables Satisfacción y Cohesión marital (véase Tabla 3). Se halló una mayor sintomatología clínica significativa en el conjunto de variables estudiadas en el grupo VFP. (véase Tabla 4).

En el mismo sentido, respecto a las diferencias halladas en el grupo de padres VFP y GC, los resultados mostraron que existían diferencias significativas en todas las variables familiares y de relación de pareja evaluadas (véase Tabla 5). Por otro lado, el ANOVA llevado a cabo con las variables clínicas reveló mayores niveles de sintomatología clínica significativa en todas las variables estudiadas a excepción de la somatización en el grupo de padres con VFP (véase Tabla 6).

Tabla 1
Características clínicas y sociodemográficas en el grupo VFP y GC de madres

	VFP (*n*=54)		GC (*n*=47)		Estadístico
	n	%	*n*	%	
Estructura Familiar					
Nuclear	23	42	36	76,6	$\chi 2 = 12{,}63^{**}$
Madres separadas	24	44	7	14,9	
Reconstituida	4	7,4	2	4,3	
Monomarental	3	5,6	2	4,3	
Tipo de Población					
Urbana	50	92,6	47	100	$\chi 2 = 3{,}62$
Rural	4	7,4	0	0	
Nacionalidad					
Española	51	94,4	45	95,7	$\chi 2 = 0{,}11$
Latinoamericana	3	5,5	2	4,3	
Actividad laboral					
Activo	37	68,5	35	74,5	$\chi 2 = 0{,}27$
No activo	17	31,5	12	25,5	
Violencia Intrafamiliar					
Violencia Marital	19	35,2			
Violencia Parento-filial	1	1,9			
Tipo de VFP					
Violencia Psicológica	17	31,5			
Violencia Física y Psicológica	37	68,5			
	Media *(DT)*		Media *(DT)*		
Edad	46,72 (5,8)		45,55(4,5)		$t = 1{,}12$
Formación	13,04 (3,51)		14,10 (3,19)		$t = -1{,}57$
Edad Inicio VFP	13,55 (1,81)				
Tiempo de Evolución VFP (meses)	20,16 (7,92)				

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; *DT* = Desviación Típica
$^{*}p < ,05$; $^{**}p < ,01$; $^{***}p < ,001$.

Tabla 2
Características clínicas y sociodemográficas en el grupo VFP y GC de padres

	VFP (*n*=54)		GC (*n*=47)		Estadístico
	n	%	*n*	%	
Estructura Familiar					
Nuclear	22	71	55	88,7	$\chi 2 = 5,57$
Padres separados	4	12,9	4	6,5	
Reconstituida	4	12,9	3	4,8	
Monomarental	1	3,2	0	0	
Tipo de Población					
Urbana	30	96,8	61	98,4	$\chi 2 = 0,25$
Rural	1	3,2	1	1,6	
Nacionalidad					
Española	31	100	60	96,8	$\chi 2 = 1,02$
Latinoamericana	0	0	2	3,2	
Actividad laboral					
Activo	29	93,5	54	88,5	$\chi 2 = 0,59$
No activo	2	6,5	7	11,5	
Violencia Intrafamiliar					
Violencia Marital	5	16,1			
Violencia Parento-filial	1	3,2			
Tipo de VFP					
Violencia Psicológica	13	54,2			
Violencia Física y Psicológica	11	45,8			
	Media *(DT)*		Media *(DT)*		
Edad	48,77 (6,11)		48,25(4,39)		*t = 0,47*
Formación	14,13 (3,13)		15,47 (3,27)		*t = -1,89*
Edad Inicio VFP	13,47 (1,63)				
Tiempo de Evolución VFP (meses)	19,68 (7,32)				

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; *DT* = Desviación Típica *p < ,05; **p< ,01; ***p< ,001.

Tabla 3
Comparación entre madres VFP y GC en las variables familiares y maritales

	VFP (*n*=54)	GC (*n*=47)		
Variables Familiares	Media (*DT*)	Media (*DT*)	Estadístico[a]	n^2
FACES				
Cohesión	30,29 (7,84)	41,64 (4,88)	*F* = 73,54***	,43
Adaptabilidad	24,34 (8,05)	34,14 (7,70)	*F* = 47,27***	,32
FCS-VE				
Comunicación Familiar	28,11 (8,82)	41,89 (7,73)	*F* = 68,65***	,41
Estrés Familiar (FSS-VE)				
Crispación	23,52 (4,95)	15,51 (3,13)	*F* = 91,27***	,48
Desatención	16,45 (4,38)	13,35 (3,38)	*F* = 15,71***	,14
Factores Inesperados	13,19 (3,21)	10,94 (2,5)	*F* = 15,12**	,13
Estres Familiar Global	53,19 (10,52)	39,8 (7,69)	*F* = 51,91***	,34
	VFP (n = 34)	GC (n = 40)	Estadístico[b]	
Ajuste Diádico (EAD)				
Satisfacción	16,06 (4,07)	17,8 (3,54)	*F* = 3,88	,05
Consenso	17,38 (3,64)	18,75 (3,49)	*F* = 2,7	,03
Cohesión	7,23 (3,62)	9,3 (3,38)	*F* = 6,42*	,08
Ajuste Diádico Global	40,68 (9,578)	45,85 (8,46)	*F* = 6,08*	,08

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; FACES = Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; FCS-VE = Family Comunication Scale; FSS-VE = Family Stress Scale; EAD = Escala de Ajuste Diádico. (a) Grados de libertad *F* (1, 99) (b) Grados de libertad *F* (1, 72) *p < ,05; **p< ,01; ***p< ,001.

Tabla 4
Comparación entre el grupo de madres VFP y GC en las variables clínicas.

	VFP (*n*=54)	GC (*n*=47)		
Variables Clínicas y Agresividad	Media *(DT)*	Media *(DT)*	Estadístico[a]	n^2
BSI				
BSI Global	24,81 (15,66)	10,48 (7,99)	F = 30,07***	,24
Somatización	6,16 (5,79)	2,59 (3,03)	F = 14,41***	,13
Depresión	8,72 (5,87)	3,8 (3,47)	F = 25,24***	,2
Ansiedad	9,93 (5,64)	4,09 (3,06)	F = 40,17***	,29

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; BSI = Brief Symptoms Inventory; AQ = Agression Questionnaire. (a) Grados de libertad F (1, 99)
*p < ,05; **p< ,01; ***p< ,001.

Tabla 5
Comparación entre el grupo de padres VFP y GC en las variables familiares y maritales.

	VFP (*n*=31)	GC (*n*=62)		
Variables Clínicas y Agresividad	Media *(DT)*	Media *(DT)*	Estadístico[a]	n^2
Cohesión	33,36 (7,97)	40,96 (5,79)	*F* = 27,47***	,23
Adaptabilidad	32,65 (7,38)	38,25 (6,3)	*F* = 14,53***	,14
FCS-VE				
Comunicación Familiar	31,39 (8,09)	39,28 (6,88)	*F* = 24,17***	,21
Estrés Familiar (FSS-VE)				
Crispación	22,61 (5,49)	15,5 (4,36)	*F* = 46,06***	,34
Desatención	16,44 (4,72)	13,3 (4,22)	*F* = 10,55**	,1
Factores Inesperados	12,67 (3,63)	10,6 (3,19)	*F* = 7,87**	,08
Estres Familiar Global	51,73 (12,24)	39,41 (10,62)	*F* = 25,09***	,22
	VFP (n = 29)	GC (n = 56)	Estadístico[b]	
Ajuste Diádico (EAD)				
Satisfacción	16,76 (4,33)	19,78 (3,04)	*F* = 14,07***	,14
Consenso	17,27 (4,96)	19,95 (3,36)	*F* = 8,63**	,09
Cohesión	7,83 (2,52)	9,78 (3,31)	*F* = 7,8**	,09
Ajuste Diádico Global	41,86 (8,71)	49,52 (8,11)	*F* = 16,19***	,16

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; *DT* = desviación típica; FACES = Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; FCS-VE = Family Comunication Scale; FSS-VE = Family Stress Scale; EAD = Escala de Ajuste Diádico.
(a) Grados de libertad F (1, 91). (b) Grados de libertad *F* (1, 83). *p < ,05; **p< ,01; ***p< ,001.

Tabla 6
Comparación entre el grupo de padres VFP y GC en las variables clínicas.

	VFP (*n*=54)	GC (*n*=47)		
Variables Clínicas y Agresividad	Media *(DT)*	Media *(DT)*	Estadístico[a]	n^2
BSI Global	11 (9,53)	6,44 (7,61)	*F* = 6,24*	,06
Somatización	1,74 (2,55)	1,54 (2,49)	*F* = 0,14	0
Depresión	4,52 (3,81)	2,27 (3,02)	*F* = 9,51**	,09
Ansiedad	4,74 (4,43)	2,63 (3,08)	*F* = 7,19**	,07

Notas. VFP = violencia filio-parental; GC = grupo control; DT = desviación típica; BSI = Brief Symptoms Inventory; AQ = Agression Questionnaire. (a) Grados de libertad *F* (1, 91). *p < ,05; **p< ,01; ***p< ,001.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio era describir las principales características sociodemográficas, clínicas, psicológicas, de pareja y familiares de los padres y madres inmersos en una dinámica de VFP.

Así, se hipotetizó sobre una mayor proporción de estructuras familiares diferentes a la nuclear tradicional entre los padres y madres con VFP, hipótesis que fue confirmada para el colectivo de madres participantes tal y como ha sido ya apuntado por previos estudios (Edenborough et al., 2008), rechazándose para el grupo de padres. Sin embargo, el hecho de no existir diferencias significativas entre el grupo de padres VFP y el GC respecto a la estructura familiar apunta a que los padres participan de manera activa en el tratamiento familiar cuando pertenecen a una estructura familiar nuclear tradicional. Este hallazgo concuerda con lo apuntado por estudios cualitativos respecto a la ausencia de la figura paterna en la crianza de los hijos (Calvete et al., 2014), así como una falta de apoyo emocional por parte de los padres hacia las madres ante la situación de VFP (Edenborough et al., 2008).

En el caso de la sintomatología clínica de los padres y madres que sufren VFP, éstos mostraron mayores niveles de psicopatología en el conjunto de variables estudiadas, a excepción de la somatización, en la que no se hallaron diferencias entre los padres VFP y GC. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Cottrell y Monk (2004) a través de una metodología cualitativa. Altos niveles de ansiedad entre los progenitores pueden dar lugar a una crianza coercitiva y a dificultades en el mantenimiento de la disciplina (Patterson, 1986), hecho que puede relacionarse con el estilo educativo parental permisivo hallado entre padres que sufren VFP (Calvete et al., 2014; Cottrell y Monk, 2004). Así, un uso inconsistente del castigo físico (Calvete et al., 2014) junto con un estilo de crianza coercitivo puede favorecer que el adolescente promueva la ideación de venganza, pudiendo recurrir para ello a la violencia contra sus padres (Ibabe, 2015).

A nivel microsistémico-familiar pudo confirmarse que los padres y madres VFP mostraron menores niveles de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, así como mayores niveles de estrés que los padres y madres del GC. Estos resultados vienen a confirmar lo ya hallado en previas investigaciones respecto al conflicto familiar como predictor de la VFP (Ibabe, 2015). Parece por tanto que la visión de hijos y padres respecto a la manera en que funcionan sus familias parece coincidir y habla de un débil vínculo y baja intimidad, dificultades en la comunicación y unos altos niveles de estrés.

Finalmente, los resultados confirmaron la hipótesis sobre un menor ajuste marital entre las madres y los padres VFP en comparación con las parejas que no están envueltas en una dinámica de VFP. Estos resultados apoyan los estudios que señalan la relación existente entre la ausencia de ajuste diádico en la pareja y la aparición de problemas de conducta internalizantes y externalizantes de los hijos adolescentes (Franck y Buehler, 2007).

En resumen, los resultados de la presente investigación ponen de manifiesto la importancia de la toma en consideración de la relación de pareja del subsistema parental en la VFP debido a la significativa mayor proporción de familias separadas, reconstituidas y monoparentales que refleja la conflictiva conyugal vivida en el pasado, así como el deterioro marital concurrente entre las madres y padres que mantienen una relación de pareja en el grupo de VFP. Además, puede afirmarse que los padres que toman parte activa en un programa de tratamiento familiar para la VFP pertenecen a familias nucleares. Por otro lado, la afectación de la salud mental de los padres y madres agredidos aporta información sobre la necesidad de la inclusión de los progenitores en programas de tratamiento y no únicamente la de los adolescentes. Por último, se halló un significativo deterioro desde la perspectiva de los padres y madres entorno a las variables estudiadas concernientes al sistema familiar, esto es, la cohesión y adaptabilidad, la comunicación y el estrés familiar.

Entre las principales limitaciones que presenta el estudio, cabe destacar por un lado que los padres y las madres objeto de estudio no fuesen íntegramente miembros de los mismos sistemas conyugales o ya separados. Por otro lado, a diferencia de lo acontecido con la muestra de madres, los padres evaluados eran integrantes en su mayoría de sistemas familiares nucleares, con la consecuente pérdida de aquellos padres pertenecientes a sistemas familiares diferentes del nuclear. En tercer lugar, a la hora de evaluar la agresividad, la deseabilidad social pudo jugar un papel importante debido al miedo a ser juzgados

al evaluar una de las variables directamente relacionada con el desarrollo y mantenimiento de la VFP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andreu, Y., Galdón, M. J., Dura, E., Ferrando, M., Murgui, S., García, A., & Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptoms Inventory-18 (BSI-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema, 20*(4), 844-850.

Calvete, E., Gámez-Guadix, M. y Orue, I. (2014). Características familiares asociadas a violencia filio-parental en adolescentes. *Anales de Psicología, 30,* 1176-1182.

Calvete, E., Orue, I., Bertino, L., Gonzalez, Z., Montes, Y., Padilla, P. y Pereira, R. (2014). Child-to-parent violence in adolescents: the perspectives of the parents, children, and professionals in a sample of Spanish focus group participants. *Journal of Family Violence, 29*(3), 343-352.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.

Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues, 25*(8), 1072-1095.

Edenborough, M., Jackson, D., Mannix, J., y Wilkes, L. M. (2008). Living in the red zone: the experience of child-to-mother violence. *Child And Family Social Work, 13*(4), 464-473.

Franck, K. L. y Buehler, C. (2007). A family process model of marital hostility, parental depressive affect and early adolescent problem behavior: The roles of triangulation and parental acceptance. *Journal of Family Psychology, 21,* 614-625.

Gallagher, E. (2004). Parents victimised by their children. *Australian and N.Z. of Family Therapy, 25*(1), 1-12.

Howard, J. y Rottem, N. (2008). It all starts at home. Male adolescent vio-lence to mothers. *Inner Community Health Service Inc and Child Abuse Re-search*. Australia: Monash University.

Ibabe, I. (2015). Family predictors of child-to-parent violence: the role of family discipline. *Anales de Psicología, 31*(2), 615-625.

Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Bentler, P.M. (2013). Risk factors for child-toparent violence. *Journal of Family Violence, 28,* 523–534.

Martínez-Pampliega, A. (2008). *Manual de instrumentos de evaluación familiar* (pp. 143-152). Madrid: CCS.

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES). Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6* (2), 317-338.

Nock, M.K. y Kazdin, A.E. (2002). Parent-directed physical aggression by clinic-referred youths. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(2), 193-205.

Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist, 41*, 432-444.

Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., y Sierra, J. C. (2009). Propiedades sicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9,* 501-517.

Straus, M. y Fauchier, A. (2008). *The International Parenting Study*. Recuperado el 18-10-2014 de http://pubpages.unh.edu/~mas2/IPS.htm.

TERAPIA DE GRUPO EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA. CÓMO SOBREVIVIR AL IMPERIO DE LA EXIGENCIA

Noelia Martínez-Menéndez[1], Verónica Concha González[2], Maria Isabel Pereira-Lestayo[2], María Dolores Méndez-Méndez[3], Cristina Ibáñez-López[2] y Patricia Guerra-Mora[3]

[1]SESPA, [2]Hospital Universitario Central de Asturias, [3]Hospital Universitari Santa María, [4]CSMI La Magdalena de Avilés

Resumen: Se describe una intervención grupal con 12-14 pacientes con anorexia o bulimia en régimen de ingreso hospitalario/hospital de día durante dos meses: con una sesión semanal de una hora de duración. En el grupo de terapia se proponen tareas de dibujo, juego y conversación: las tareas están relacionadas con la identidad desde narrativas alternativas/empoderadoras, el guión de vida, las relaciones familiares y la agencia de la paciente en ellas, la resiliencia, la externalización de la exigencia, la aceptación y la autoestima. A lo largo de las sesiones se observa la transformación de las verbalizaciones de pacientes de TCA de la exigencia (tengo que, debo de) y la focalización en la carencia (identidad de enferma, focalización en el problema, descontar lo positivo); a verbalizaciones de autoaceptación; a través de una terapia grupal que combina el juego, la arteterapia y trabajo dialógico en apego y resiliencia.
Palabras clave: Anorexia, Terapia de grupo, Arte, Psicología.

GROUP THERAPY IN EATING DISORDERS. HOW TO SURVIVE THE EMPIRE OF DEMAND

Abstract: A group intervention is described with 12-14 patients with anorexia or bulimia in hospital admission / day hospital for two months: with a weekly session lasting one hour. In the therapy group, drawing, play and conversation tasks are proposed: the tasks are related to identity from alternative / empowering narratives, the life script, family relationships and the patient's agency in them, resilience, outsourcing of the requirement, acceptance and self-esteem. Throughout the sessions, the transformation of the verbalizations of patients with eating disorders from the requirement (I have to, I must) and the focus on lack (identity of the patient, focus on the problem, discounting the positive) are observed; to verbalizations of self-acceptance; through a group therapy that combines play, art therapy and dialogic work in attachment and resilience.
Key words: Anorexia, Group therapy, Art, Psychology.

INTRODUCCIÓN

El trabajo psicológico en un contexto de hospital de día de trastorno de conducta alimentaria permite una observación extensa de las conductas de las pacientes y sus interacciones. No se restringe solo como en otros contextos a la intervención individual, familiar y grupal en consultas psicoterapeuticas. Además de ellas, permite la observación e intervención psicológica en otras interacciones, que ensanchan nuestra visión clínica y nuestras posibilidades de investigación con mayor mayor validez ecológica.

En el presente capítulo haremos una exposición del trabajo de grupo psicoterapéutico de pacientes con un trastorno de conducta alimentaria en régimen de hospital de día. El grupo se vehiculará a través de tareas individuales de dibujo y otras formas puntuales de expresión artística.

A través del grupo se trabajará: el reconocimiento de emociones y la mentalización (Gilbert, 2010), la capacidad narrativa y las narrativas empoderantes, el self negativo y el autoconcepto. El vínculo terapéutico y la validación emocional serán objetivos específicos en las primeras sesiones y transversales en las

siguientes. La confianza en el grupo será una herramienta fundamental, dada la importancia de las relaciones entre los patrones de apego en la regulación de sentimientos. (Vetere & Dallos, 2012)

En las primeras sesiones se realizarán más ejercicios en parejas que grupales, para favorecer que puedan sentirse bien en el grupo sin necesidad de exponerse más de lo que deseen. Se prevé una exposición gradual. (Vinogradov & Yalom, 1996)

En las últimas sesiones, si el grupo lo facilita, se trabajará con las situaciones personales que quieran lanzar al grupo y con las emociones y sentimientos que hayan podido suscitar así como las acciones generadas. Se incentiva la identificación y autoapoyo a través del trabajo sobre situaciones comunes.

El trastorno de conducta alimentaria puede entenderse como un "trastorno por exigencia", en el que la paciente está en continua autoevaluación y demanda de cambio.

En muchos casos de anorexia restrictiva, el patrón es rígido y la autovalía se basa en demandas cada vez más inalcanzables. Esos perfiles "perfeccionistas" suelen obtener éxito en las esferas académicas o laborales hasta que el trastorno se exacerba.

En otros casos, cuando hay purgas o bulimia, la imposibilidad de cumplir con la elevada exigencia, se vive como una pérdida del control, lo que puede suponer un atracón u otras conductas de abandono: el self se mueve en la polaridad éxito/fracaso, control/abandono.

Uno de los objetivos del grupo es comenzar a desarrollar un "yo compasivo" frente a ese juez interior (Gilbert, 2010). En este marco se trabajarán las emociones, las necesidades, las metas personales y los sentimientos de impotencia.

MÉTODO

DISEÑO

Diseño de caso único. Observacional.

PARTICIPANTES

Se seleccionan 14 pacientes con anorexia o bulimia en régimen de ingreso hospitalario/hospital de día. Se coordina el grupo con directora de hospital de día.

PROCEDIMIENTO

Se diseña una intervención psicológica de terapia grupal de dos meses de duración, con una sesión semanal de una hora de duración.

Se realizan 10 sesiones en las que se sugieren las siguientes tareas:

- Dibuja tu pasado, tu presente y tu futuro.
- Dibuja a oscuras.
- Dibuja lo que surja a partir de un garabato.
- Dibuja a tu familia.
- Dibuja a aquellos personajes que admires y a aquellos que odies.
- Dibuja un refugio para ti en el mundo.
- Escoje un kinsuji.
- Cuenta un cuento sobre un dibujo.
- Elige una obra de arte y compártela.
- Destruye todo lo que desees de lo que has dibujado.

Tras los dibujos, realizaban tareas de análisis de los mismos, formales y semánticas. Usualmente en parejas. Al final de la sesión se reservaba un espacio para que aquellas que quisieran compartir con el resto del grupo lo hicieran.

En una de las sesiones, asimismo, y como elemento novedoso se proyectó una sesión de Teatro Forum sobre trauma realizado por otros pacientes de salud mental en otro contexto y que accedieron a compartir con ellas. El visionado llevó a realizar alguno de los ejercicios del Teatro Forum.

Asistirán dos enfermeras como observadoras/relatoras. Se desarrolla por una psicóloga interna residente, con la colaboración de una segunda psicóloga en las últimas sesiones. A partir de los dibujos obtenidos, las transcripciones de las sesiones, la supervisión de las mismas y una búsqueda bibliográfica de distintos abordajes psicoterapéuticos en anorexia, se procede realizar una descripción clínica y se discuten impresiones.

MATERIALES

Se facilita material de dibujo y collage. Se cuenta con reproductor de material audiovisual, sala equipada y altavoces.

RESULTADOS

El dibujo y el juego activan procesamientos emocionales y de significado no lingüísticos o lógicos, permitiendo aflorar otros aspectos e integrarlos. En los dibujos no solo se observan significados, deseos y representaciones de la realidad, sino cómo se expresa la emoción y cómo se organiza el mundo interior.

En nuestro grupo había una paciente que pintaba su pasado como un pozo negro y su futuro con flores de colores. Había sufrido maltrato por su familia de origen, por su exmarido y comenzaba a sufrirlo por su hijo. Era incapaz de mencionar el pasado sin alterarse. Y tenía una esperanza casi naïf en el futuro. Sus pinturas eras naives. Por su ausencia de realismo al principio inquietaban casi tanto sus flores del futuro como su negro pasado. Hasta que rebeló que era el empezar a tener amigas, el apoyo de las mujeres, la hermandad entre nosotras en el hospital de día la que le había dado esperanza. Parece que la hermandad entre mujeres estaba simbolizada en sus flores de futuro.

Hubo quien dibujó su autorretrato sin cara, y lo definió como "alguien liberándose", porque además se estaba arrancando la tripa. Había dibujos con los que las pacientes describían su vida muy abigarrados y perturbadores. Otros dibujos, en negro, con notas rojas, de líneas huérfanas, que se centraban en material, mobiliario hospitalario, transmitían una completa desolación.

Para el grupo lo más difícil fue dejarse llevar por los dibujos, sin exigencia, sin compararse, explorando sin competir. La exigencia del trastorno de conducta alimentario no se restringe al aspecto físico, sino que normalmente inunda todas las esferas de la vida: la competencia artística, académica, la moral.

De hecho para alguna paciente dejarse llevar fue imposible. Y una de ellas permaneció todas las sesiones mirando el papel sin ser capaz de expresar nada. Curiosamente la más aficcionada a dibujar. Una admiradora de Van Gogh y el manga japonés. Tenía 19 años, llevaba un año en el hospital de día sin hacer nada más que ir allí, sin comer si no era porque otro le forzaba, bloqueada en tomar cualquier iniciativa en su vida.

Durante las sesiones, las indicaciones de la tarea podían, como en el caso de esta paciente, ser rechazadas o no. La intervención estaba basada en el permiso frente a la exigencia, en la aceptación de las diferencias frente a una competición respecto a criterio. No había nada bien o mal. Todo era aceptado e incluido. Se connotaba positiva y públicamente toda interacción: los rechazos, los incumplimientos, la comunicación desafiante o disonante de pacientes con trauma relacional, los enfados u otra expresión de desagrado. Se propiciaba la integración de toda interacción como parte de la diversidad en el rumbo del grupo.

Se observaron las verbalizaciones de las pacientes y su evolución durante las nueve sesiones de terapia grupal. Vimos la transformación de las verbalizaciones de pacientes de TCA desde la exigencia (tengo que, debo de) y la focalización en la carencia (identidad de enferma, focalización en el problema, descontar lo positivo); a verbalizaciones que tímidamente apuntaban a la autoaceptación, la pertenencia e identidad con el grupo.

Las tareas concretas eran mejor recibidas que las más vagas. Su tendencia era hacia la obediencia aunque sin haber recibido sugerencias para ello, algunas dibujaron experiencias de trauma, a veces con una premura, con un frialdad y un detalle que parecía que a pesar de contarlo no había sido, en absoluto elaborado.

DISCUSIÓN

Fue a través del permiso, la ausencia de normas, y que las tareas fueran concebidas como sugerencias, como empezamos a descubrir la naturaleza de la exigencia que atrapa a las pacientes con trastorno de conducta alimentaria, la comparación continua, la competitividad imparable que las condenaba a un fracaso perpetuo, porque siempre encuentra a alguien "mejor" con quien compararse.

A través de los dibujos y la interacción grupal, se conformaba un relato de los traumas que dibujaron, que comenzaban a desvelarse. Aparecían como en la raíz o como detonante de la anorexia y la bulimia nerviosa, sucesos altamente traumáticos, relacionados con abandono o maltrato familiar, abuso sexual o acoso escolar. También, a veces acompañados de ambientes educacionales en que las demandas eran desproporcionadas o incompatibles. Sus vidas aunaban demandas tradicionales a las mujeres con demandas modernas: *cuida de tus padres, se fuerte, no llores, se la primera en clase, ten éxito social académico y familiar.*

La alta exigencia que posteriormente se percibía en las pacientes, podría ser por tanto, o una forma mimética de autonegligencia cuando es estilo y cultura familiar; y por otro lado, y respondiendo a esas demandas femeninas imposibles, podría presentarse como una respuesta al trauma: ante la vulnerabilidad del self, cambiarlo para evitar el riesgo; o ante la culpa del self, castigarlo para purgarlo.

Y sin embargo, la alta exigencia, pareja de la competitividad, como respuesta al trauma, puede empeorar nuestro autoconcepto y meterlo en un bucle de autodevaluación continua. Y a la vez, puede retraumatizar porque lejos de aprobación social conlleva ostracismo o rechazo. Incluso en el contexto clínico. El rechazo que produce la "competividad anoréxica" entre profesionales sanitarios, por el prejuicio que es suponer que "son de naturaleza envidiosa"; puede conducir a la iatrogenia.

La naturaleza de esa estrategia de afrontamiento, la de compararse o competir, la autoexigencia; es una conducta de seguridad en la psique de las pacientes, atemorizadas por un mundo en el que el modelo de mujer es hiperexigente, y cuyo incumplimiento conduce al ridículo. En aquellas que han vivido sucesos traumatizantes, el ridículo permearía más, ya que la mujer traumatizada puede sentirse especialmente atenazada por la vergüenza. Prueba de la relación entre la autoexigencia y el trauma es la fina linea entre autoexigencia y castigo, con autodescalificaciones, inanición y autolesiones, en una gran proporción; y tricotilomanía o autolisis tentativa en algunas.

Digamos que nuestras pacientes intentarían cumplir con una sociedad que les aterra no colocándose en riesgo, no fracasando, no estando gordas; e intentarían conjurar el abandono (ser amadas) cumpliendo con todo y con todos. Y lo intentarían aún sabiendo que es imposible y con el sabor amargo de saber que deben cambiar para ser queridas, para estar seguras. Su desconfianza se extrema.

CONCLUSIONES

A través de una propuesta grupal de creatividad, donde no hay norma clara establecida, se descubre la vulnerabilidad de las pacientes con trastornos de conducta alimentaria graves en relación a su elevada autoexigencia. El desarrollo del grupo permite dar un significado colectivo a esa autoexigencia, colocándola tanto en un plano familiar (culturas familiares de logro), en un plano de la sociología de género (las dobles y triples tareas de las mujeres, las tareas que entran en conflicto) y en el plano individual de las respuestas psicológicas de afrontamiento a las dificultades de la vida o eventos traumáticos. Se pone de manifiesto la interrelación de estos diferentes planos de análisis de la realidad y su importancia a la hora de entender la génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno.

El formato grupal permite que una vez compartidas y socializadas las dificultades personales se elaboren poniéndolas en perspectiva social. La pacientes se sienten identificadas unas con otras, transcienden del autoestigma y de la patologización personal, a un relato colectivo en el que lo personal se convierte en social y político. El formato grupal es idóneo para desarrollar lazos, trabajar la competividad y permitir a las pacientes un entendimiento mutuo y profundo. Ya que solo a través del diálogo, la identificación y la compasión mutua podemos vencer al ostracismo, a la vergüenza, a la autoexigencia.

La historia vital de las pacientes, puesta de manifiesto durante la intervención, y la relevancia que tienen ciertos eventos para ellas; pone de manifiesto la importancia de la fenomenología en el abordaje de las patologías psicoalimentarias. La historia de vida y la narrativa que se hace de ella, sea verbal o pictórica, son fundamentales para entender la sintomatología que en un momento fijo pueda presentar un individuo. En este sentido, es necesario abandonar enfoques que insistan en el modelo biomédico o en la observación cortoplacista y enmarcar nuestras intervenciones en enfoques que puedan ofrecer a la paciente una relectura de su vida en un nuevo marco de significados que le permita superar sus síntomas. A este respeto proponemos modelos de trabajo que relacionan el trastorno de conducta alimentaria con el trauma como el propuesto por Johnstone y Boyle (2018) en el Marco de Poder, Amenaza y Significado en el que la psicopatología alimentaria podría intenderse como una respuesta a la amenaza que supone o que supuso una determinada carga traumática. En este sentido el trastorno de conducta alimentaria puede ser el resultado de vivencias de rechazo, abandono, pérdida de vínculos, atrapamiento, abrumamiento, desregulación emocional, impotencia, mala salud física o deterioro. Y esas vivencias están incluidas en el self narrativo del individuo.

Tal y como describen Aznar y Varela (2018) una intervención narrativa que permita elaborar lo acontecido y permitir posiciones del self más positivas, es el camino para la superación del trastorno. Los síntomas del cuerpo tienen un correlato con la historia de vida y ambas realidades la psicocorpórea y la historia de vida están relacionadas de manera intrincada y mediadas por el significado. La terapia de grupo tiene la fortaleza de que genera significados colectivos, con gran fuerza explicativa y de contexto, y permite salir de una visión centrada en el yo y entenderse a uno mismo en el contexto. La arteterapia además, permite que esas narrativas recontructivas tengan mayor riqueza, afectando no solo al plano verbal y aludiendo a aspectos que solo pueden ser reescritos desde lo icónico.

Por todo lo expuesto hasta ahora entendemos que enfoques grupales y arteterapeúticos tienen un gran potencial y son eficientes, en el trabajo psicoterapéutico con pacientes con trastorno de conducta alimentaria. Se necesitan proyectos sistematizados y controlados metodológicamente, que en el ámbito clínico evalúen la efectividad y la eficacia de estos enfoques.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aznar, F. J. y Varela, N. (2018). La Ecología Narrativa del Trauma Relacional. *Revista de Psicoterapia, 29*(111): 55 – 67.

Bruch, H. (1996) *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós, 2001.

García, R. (2006) El Mundo según Marta. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría, Vol. XXVI*: 31 – 52.

Gilbert P., 2010. *Compassion Focussed Therapy*. Ed. Routledge

Johnson, R. A. y Ruhl, J. M.,1999. *Equilibrio entre el cielo y la tierra: recuerdos de visiones, sueños y realizaciones*. Editorial Paidós Ibérica

Johnstone, L. y Boyle, M. (2018) *El Marco de Poder, Amenaza y Significado*. Leicester: British Psychological Society

Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1978) *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Massachusetts y Londres: Harvard University Press.

Mosquera D. (2004) *Diamantes en bruto* (I) Madrid: Ediciones Pléyades.

Selvini, M. (1963) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Ed. Paidós, 1999.

Stein M., 2004. *El mapa del Alma según Jung*. Ediciones Luciérnaga.

Strada, G. (2002) *El desafío de la anorexia*. Madrid: Síntesis.

Ugazio, V. (2010) Los trastornos de la conducta alimentaria: cuando el rechazo a la jerarquia se vuelve derrumbamiento de las diferencias. *Mosaico, 44*: 25 - 35.

Vetere A. y Dallos R., 2012. *Apego y Terapia Narrativa, un modelo integrador*. Ed. Morata.

Vinogradov S. y Yalom I., 1996. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ed. Paidós

VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA SISTÉMICA REALIZADA MEDIANTE EL ENFOQUE DE LAS CONSTELACIONES FAMILIARES DE BERT HELLINGER

Sara Rodríguez-Simón[1], Emerita Puig-Rebustes[2], Albert Martínez-Puig[3] y Sofía Rotger-Della[4]

[1]Fundació Hospital de Puigcerdà-Cerdanya Salut, [2]Centre Dolors Aloy Coll, [3]Universitat de Lleida, [4]Hospital Universitari Santa María

Resumen: La escasa investigación en el campo de la Psicología Sistémica – Constelaciones Familiares y la necesidad de evidencia científica sobre ello, nos ha llevado a realizar esta investigación. Evaluamos la eficacia de dicha metodología en contexto de aprendizaje e intervención psicoterapéutica, en una muestra de 27 profesionales, sanitarios y no sanitarios, en formación en Constelaciones Familiares durante los dos últimos años (Nivel 2 y Nivel 1). Se analizaron variables clínicas y psicométricas, al inicio, durante y final de cada curso e intervención. Se observó, en los participantes del Nivel 2, un incremento en Inteligencia Emocional y una disminución significativa en puntuaciones de depresión; en el Nivel 1 la mejora no fue significativa. En todos los casos se produjo una mejora clínica significativa, un aumento de las emociones positivas, disminución de las negativas y aumento del bienestar familiar. Los resultados sugieren que la intervención terapéutica con Constelaciones Familiares es eficaz y coste-eficaz.
Palabras clave: Psicología Sistémica, Constelaciones Familiares, Genograma, Depresión, Ansiedad.

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF A SYSTEMIC PSYCHOLOGY INTERVENTION CARRIED OUT WITH BERT HELLINGER'S FAMILY CONSTELLATIONS APPROACH

Abstract: The limited research in the field of Systemic Therapy - Family Constellations and the need for scientific evidence on the subject, has led us to carry out this investigation. The effectiveness of this methodology, in a learning and psychotherapeutic intervention context, was evaluated in a sample of 27, health and non-health, professionals in Family Constellations training during the last two years (Level 2 and Level 1). Clinical and psychometric variables were analyzed, at the beginning, during, and at the end of each course and intervention. An increase in Emotional Intelligence and a significant decrease in depression scores were observed in Level 2 participants. In Level 1 participants improvement was not significant. In all cases there was a significant clinical improvement, an increase in positive emotions, a decrease in negative emotions and an increase in family well-being. Results suggest that Family Constellations are an effective and cost-effective therapeutic intervention.
Key words: Systemic Therapy, Family Constellations, Genogram, Depression, Anxiety.

INTRODUCCIÓN

La Constelación Familiar (CF) de Bert Hellinger como ciencia de las relaciones, es una filosofía basada en las comprensiones que tuvo sobre los Órdenes del Amor (pertenencia, orden/jerarquía, equilibrio). Desde el momento de nacer formamos parte de un sistema famíliar, y todos tenemos el derecho a pertener a él (vivos y muertos). Cuando alguna persona es excluida de su família causa una herida y un desequilibrio que si no se llega a afrontar puede seguir abierta durante mucho tiempo, produciendo malestar o repeticiones durante las generaciones venideras, por ejemplo, si una madre habla mal a los hijos sobre el padre, alguno de estos hijos puede llegar a mostrar dinámicas inconscientes "yo como tú" "yo mejor que tú para mamá" con los consecuentes comportamientos disruptivos. Cuando se habla de orden y jerarquia, nos referimos a la llegada

al sistema familiar: los bisabuelos, los abuelos, los padres, los hijos y los nietos. En la fila de los hermanos también tiene prioridad el que llega primero (se cuentan los abortos y niños muertos al nacer). En la pareja ambos llegan al mismo tiempo, por lo que tienen igual lugar de orden y jerarquia. El equilibrio es una necesidad de intercambio entre los sistemas humanos que se inicia y mantiene por el hecho de dar y tomar, los padres lo dan todo y los hijos reciben todo (la vida y los cuidados suficientes), y el desequilibrio se produce en el dar y tomar y cuando no se esta en el lugar de pertenencia, como el ejemplo mencionado anteriormente. El orden lleva a la pacificación y bienestar en el sistema familiar (Figura 1).

Es un método de Psicología Sistémica a través del cual se configura el sistema familiar, y de una manera concentrada, clara y eficaz, se muestran "insights" de los conflictos inconscientes de las personas, orientándoles hacia la solución consciente. Permite reflexionar y tomar conciencia de la importancia de los hechos, acontecimientos y comportamientos familiares que se repiten y dificultan la vida, a través de un trabajo profundo y enriquecedor. La conducta se concibe como fruto del proceso dinámico que surge entre el individuo y su contexto, que en ocasiones ha sido transmitida de generación en generación a través de patrones que se repiten, dinámicas y lealtades inconscientes, enfermedades graves, etc. Los sucesos vitales graves en el transgeneracional familiar son: muerte temprana de los padres, hermanos, hijos, temas de guerra civil/mundial, abortos espontáneos/ voluntarios, suicidios, asesinatos, accidentes, enfermedades, separaciones/divorcios, herencias, violencia de género/ familiar, abusos, violaciones, discapacidades, adopciones, inmigración/ emigración, terrorismo, contrabando, secretos y tabúes familiares, etc.

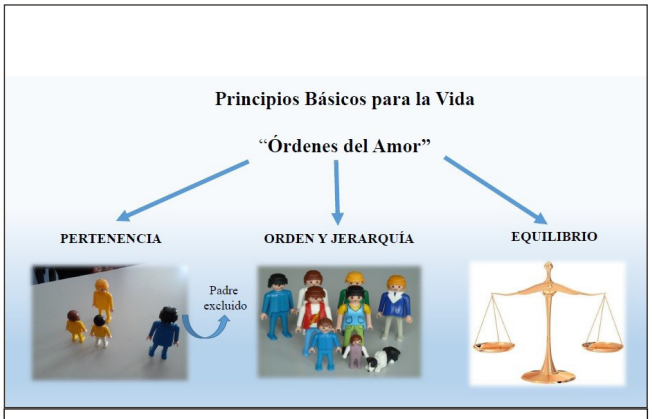


Figura 1.

Ejemplos de sesiones individuales del trabajo CF con muñecos: caso 1 Fobia al viento (Figura 2) y caso 2 El miedo del hijo a que los zombis se lleven a sus padres (Figura 3).

La Inteligencia Emocional del Rasgo se define como una constelación de autopercepciones emocionales ubicadas en niveles más bajos de jerarquías de personalidad y evaluadas a través de cuestionarios y escalas de calificación. (Petrides, Pita, & Kokkinaki, 2007). Las neuronas espejo en la Constelación Familiar nos ayudan a observar, entender, conocer, sentir emociones, tomar conciencia, memorizar, aprender, percibir, solidarizarte…

Edmund Husserl (1859-1938), la fenomenología y su derivación, el existencialismo, configuró una concepción del hombre como ser personal, singular, determinado por su propia percepción del mundo. El procedimiento fenomenológico de Bert Hellinger, parte del centro vacío de intención, sin temor, abiertos a una comprensión nueva, y al exponerte así ante el problema… se muestra lo que es, aparece lo esencial.

El objetivo de la investigación es evaluar la eficacia de las intervenciones sistémicas con la metodología de la Constelación Familiar, en sesiones grupales e individuales, en contexto de aprendizaje e intervención psicoterapéutica, a través de la mejora clínica, comprensiones de los sucesos vitales en el transgeneracional familiar e incrementar la Inteligencia Emocional (IE). Las hipótesis son: a) mejora clínica que se reflejará en los resultados de diferentes escalas clínicas y psicométricas, b) mejoría en cuanto al estado emocional de los participantes, c) incremento de la Inteligencia Emocional.

La variable independiente es la constelación familiar y las variables dependientes: personalidad, emociones, ansiedad y depresión.

Figura 2.

Figura 3.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra está formada por 27 profesionales sanitarios y no sanitarios, en un programa de formación e intervención sistémica de CF en la Fundació Hospital de Puigcerdà - Cerdanya Salut durante los dos últimos años: formación nivel II 20 sujetos, formación nivel I 7 sujetos, con una media de edad de 39 años, así como 42 sujetos más externos a la formación, familiares u otros pacientes, con consentimiento informado.

DISEÑO

El estudio es descriptivo, longitudinal, observacional, retrospectivo, con análisis de variables clínica y psicométricas recogidas al inicio y final de cada curso y mensualmente, mediante entrevista clínica (incluido genograma), donde se han codificado los trastornos según la clasificación diagnóstica DSM-5. Se han creado categorías cualitativas (familia, pareja, laboral, académico, cognitivo, conductual, social, emocional, adicciones, físico) a partir de las verbalizaciones de los 42 sujetos externos a la formación, familiares u otros pacientes.

MATERIALES

Los instrumentos de evaluación pasados al inicio y final de cada curso son: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Cuestionario de Inteligencia Emocional Rasgo (TEIQue-SF) versión abreviada, Escala de Sucesos Vitales para estudiantes-Revisada (ESVE-R), y se ha añadido un cuestionario no estandarizado con 24 ítems relacionados con acontecimientos vitales que le hayan sucedido al sujeto durante toda su vida, así como al inicio y final de cada intervención mensual: Escala de Juegos Deportivos y Emociones (GES), grabaciones de los objetivos y estado de ánimo.

El análisis estadístico de los datos se realiza mediante el software de libre acceso "R" usando los paquetes *Hmisc y psych*. El contraste de hipótesis utilizado para medir las diferencias pre-post en las distintas sesiones y evaluaciones ha sido la Prueba de los rasgos con signo de Wilcoxon, debido al tamaño reducido de la muestra. La medición de las correlaciones se ha hecho mediante el coeficiente de correlación de Spearman. La estadística descriptiva mediante Boxplot – Diagrama de caja, y gráficos de columnas.

PROCEDIMIENTO

Se pasan a los sujetos los instrumentos de evaluación en los tiempos mencionados y como tratamiento e intervención: entrevista semiestructurada, genograma y registro de los hechos graves familiares, planteamientos de objetivos terapéuticos, vinculación con los padres, lugar entre los hermanos, relación de pareja, vinculación con los hijos, lugar en la familia de origen y actual, duelos, historia académica y laboral, cambio de estado emocional, técnicas de comunicación verbal y no verbal, trabajo con muñecos, análisis y reflexiones sobre las repeticiones en el sistema.

Tabla 1

Nivel 2 (*n* inicial = 20)														
	2017-2018							2018-2019						
	Inicio			Final			V	Inicio			Final			V
	M	D.T.	NA	M	D.T.	NA		M	D.T.	NA	M	D.T..	NA	
Edad	39,80	9,00												
Sucesos Vitales Sistema								5,27	3,61	5	5,38	4,15	7	18,5
ESVE-R								397,07	122,36	5	448,77	128,44	7	66
BDI								4,53	4,00	5	2,21	4,10	6	19*
STAI-E								17,14	9,13	6	15,83	8,28	8	23,5
STAI-R								18,36	8,91	6	15,58	7,43	8	19
TEIQue-SF	149,61	23,52	2	161,56	15,28	4	97*	155,93	15,86	5	158,08	17,41	7	55
*$p < ,05$														

RESULTADOS

Se observa un incremento como podemos ver (Tabla 1) que la puntuación en Inteligencia Emocional (Rasgo) en el curso 2017-2018 del N2 se mantiene estable durante el segundo año. En el curso 2018-2019 se observa un decremento significativo de las puntuaciones en depresión (Figura 4 y 5). No se observan diferencias significativas en las puntuaciones registradas (Tabla 2) en 2018-2019 del N1.

Podemos ver (Tabla 3) una correlación negativa entre la edad y los niveles de depresión, las personas de mayor edad muestran puntuaciones con niveles más bajos de depresión (-,47 $p < ,05$) y las personas de menor edad mostraban niveles más altos de depresión. Los sucesos vitales transgeneracionales tiene correlación negativa con una baja IE (,58 $p < ,01$), así como también observamos una correlación negativa entre la medida inicial del segundo año de IE y la depresión, o sea, que las personas con niveles más altos de IE mostraban niveles más bajos de depresión (-,54 $p < ,01$).

En las Tablas 4 y 5, en el N2 curso 2017-2018 se observan variaciones emocionales significativas en 2 de las 8 sesiones que se midieron, produciéndose un aumento de las puntuaciones en emociones positivas en la S3 (85 $p < ,05$) y un descenso en las puntuaciones de las emociones negativas en S5 (10 $p < ,05$) (Figuras 6). En el curso 2018-2019 se observan variaciones emocionales significativas en 2 de las 8 sesiones medidas, produciéndose un descenso en las puntuaciones de las emociones negativas en la S3 (7 $p < ,05$) y S6 (2,5 $p < ,05$). En la S8 se muestra una tendencia al aumento de las emociones positivas (10 $p < ,10$) (Figura 7).

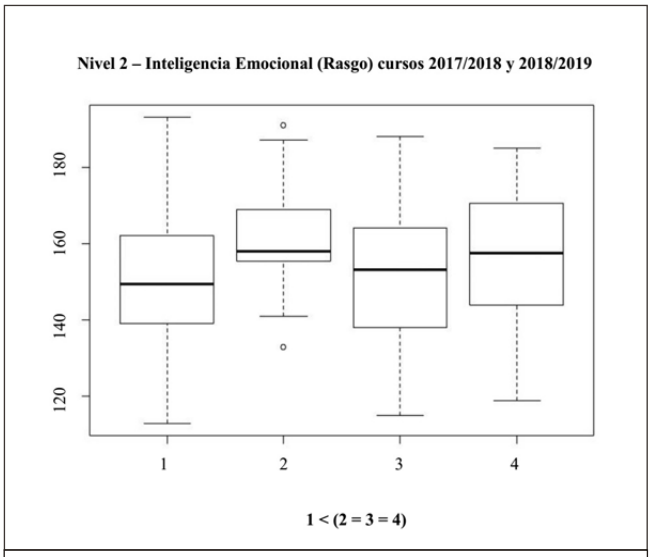


Figura 4.

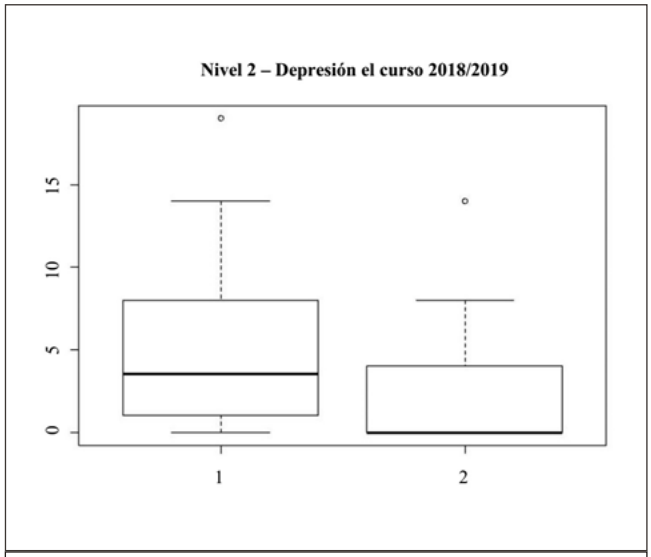


Figura 5.

Tabla 2

Nivel 1 (n = 7)							
2018-2019							
	Inicio			Final			V
	m	d.t.	NA	m	d.t.	NA	
Edad	43,14	9,49					
Sucesos Vitales Sistema	6,14	3,08	0	6,71	2,93	0	8,5
ESVE-R	538,71	500,71	0	367,00	192,69	0	8
BDI	7,29	7,70	0	2,71	3,04	0	1
STAI-E	24,57	13,65	0	20,57	6,53	0	10,5
STAI-R	23,57	13,48	0	20,86	9,67	0	10,5
Nivel 1 (n = 7)							
TEIQue-SF	142,86	20,65	0	150,14	15,51	0	18
*$p < ,05$							

Tabla 3

Correlaciones

	Edad	STAI_Ei	STAI_Ri	ESVE_i	ESVE_f	Svt_I	Svt_F	TEIQ1	TEIQ2	TEIQ3	TEIQ4	Becki	Beckf
1	1,00												
2	-,34	1,00											
3	-,29	,73***	1,00										
4	-,26	,44*	,40	1,00									
5	-,51*	,27	,11	,49*	1,00								
6	,07	,38	,35	,52*	,31	1,00							
7	,26	,39	,35	,22	,07	,83***	1,00						
8	-,08	-,01	-,18	,16	,58*	-,24	-,32	1,00					
9	,11	-.01	-,29	,28	,50	,005	,05	,73**	1,00				
10	,39	-,61**	-,62**	-,37	-,12	-,58**	-,39	,32	,40	1,00			
11	-,01	-,23	-,20	,15	,28	-,13	-,18	,63*	,79**	,41	1,00		
12	-,47*	,55**	,54*	,34	,36	,41	,37	-,06	,03	-,54**	,07	1,00	
13	-,36	,05	,15	,25	,16	,01	,10	,34	,32	-,18	,22	,53*	1,00

*$p < ,05$, **$p < ,01$, ***$p < ,001$

Tabla 4

(GES) N2 – 2017-2018

Sesión	S3				S4				S5				S6			
Emoción	+		-		+		-		+		-		+		-	
	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.
INICIO	4,4	1,4	2,5	1,2	4,9	1,3	2,1	1,1	4,6	1,2	2,3	1,1	-	-	-	-
FINAL	5,3	1,8	2,1	1,0	5,1	1,4	1,9	1,0	4,9	1,4	1,8	0,8	4,6	1,6	1,8	0,8
V	85*		19		41		21		17		10*		-		-	
NA	2				3				4				20			
Sesión	S7				S8				S9				S10			
Emoción	+		-		+		-		+		-		+		-	
	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.
INICIO	5,3	1,6	2,0	0,9	4,7	1,4	2,2	0,9	5,2	1,8	2,0	1,4	5,0	1,6	1,9	0,7
FINAL	4,9	1,6	1,8	0,7	4,8	1,4	2,0	0,9	5,0	1,7	1,8	1,0	5,4	1,3	1,6	0,7
V	22,5		13		20		24		13		17		17		21	
NA	8				8				8				6			

,$p < ,10$, *$p < ,05$

Tabla 5

(GES) N2 – 2017-2018																
Sesión	S1				S2				S3				S4			
Emoción	+		-		+		-		+		-		+		-	
	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.
INICIO	5,5	1,3	1,9	1,1	4,6	,9	2,2	1,0	4,5	1,3	2,6	1,0	4,5	1,2	2,1	,9
FINAL	5,4	1,7	1,7	,7	5,1	1,1	1,8	,8	4,6	1,3	2,0	,7	4,8	1,0	1,82	1,0
V	18		21		23		26,5		25,5		7*		17,5		10	
NA	8				7				7				10			
Sesión	S5				S6				S7				S8			
Emoción	+		-		+		-		+		-		+		-	
	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.
INICIO	4,2	1,0	2,3	1,2	4,2	1,6	2,7	1,3	5,0	1,2	1,9	,5	4,6	1,1	2,6	1,1
FINAL	2,1	1,0	2,1	1,0	4,6	1,4	1,8	,6	5,0	1,3	1,7	,5	5,2	1,5	2,2	,7
V	38		20		10		2,5*		13,5		8,5		10*		1,5	
NA	8				10				9				11			

.$p < ,10$, *$p < ,05$

Se observa (Tabla 6), que en el N1 curso 2018-2019 existen variaciones emocionales significativas en 4 de las 10 sesiones medidas, produciéndose un aumento de las puntuaciones en emociones positivas en la S5 y S6 (21 $p < ,05$) y un descenso en las puntuaciones de las emociones negativas en la S5 (0 $p < ,05$). En la S7 (10 $p < ,10$) y S8 (15 $p < ,10$) se muestra una tendencia al aumento de las emociones positivas y en la S3, S6 y S7 (0 $p < ,10$) se muestra una tendencia al descenso de las emociones negativas. En todos los casos donde se muestran variaciones emocionales significativas, se produce un aumento de las emociones positivas y/o una disminución de las emociones negativas. (Figuras 8).

En los datos cualitativos de las emociones durante las sesiones, en el N2 curso 2017/2018 se observan variaciones significativas en el número de referencias a emociones en 3 de las 10 sesiones en que se midieron, produciéndose un aumento de las referencias a emociones positivas en la S6 (75 $p < ,01$), un descenso en las emociones negativas en la S1 (3 $p < ,05$) y la S7 (0 $p < ,05$), y finalmente un aumento en las emociones neutras

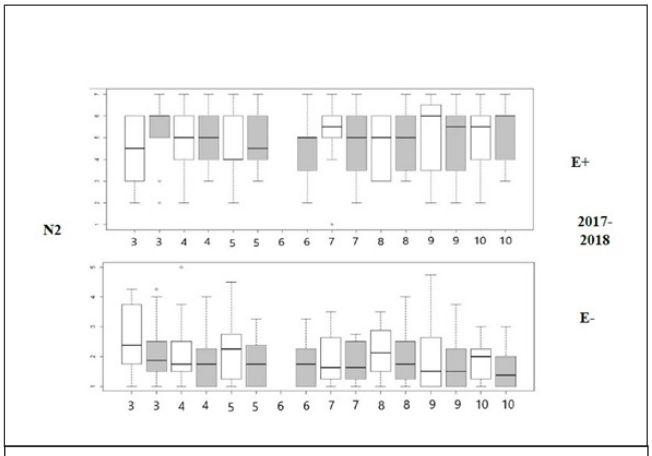


Figura 6.

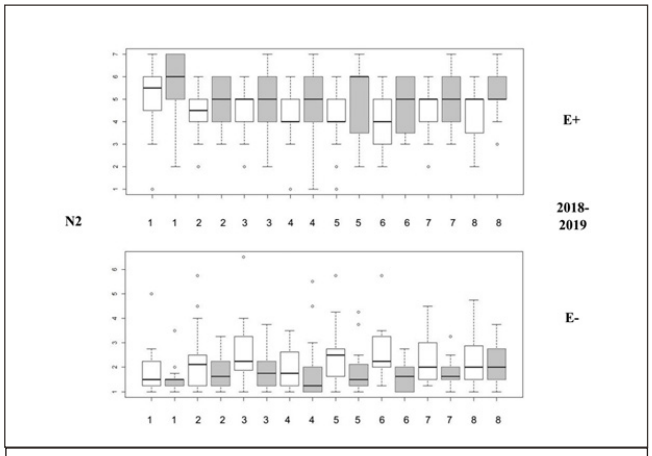


Figura 7.

Tabla 6

(GES) N1 – 2018-2019																
Sesión	S1				S2				S3				S4			
Emoción	+		-		+		-		+		-		+		-	
	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.
INICIO	4,33	1,75	1,62	,68	3,60	1,82	3,15	1,80	4,17	1,17	2,83	1,96	4,00	1,55	1,92	,74
FINAL	5,60	1,52	1,25	,18	5,00	1,00	1,75	,40	5,60	,89	1,40	,52	4,83	2,32	2,08	1,72
V	7		1		8,5		1,5		6		0·		13		7	
NA	2		2		2		2		2		2		1		1	
Sesión	S5				S6				S7				S8			
Emoción	+		-		+		-		+		-		+		-	
	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.
INICIO	3,86	1,77	2,64	,98	3,57	,98	2,54	,68	3,50	1,05	3,17	1,26	4,29	1,60	2,18	1,12
FINAL	5,57	,79	1,36	,32	5,00	1,10	1,29	0,46	4,57	1,51	1,71	,76	5,57	1,13	2,07	1,22
V	21*		0*		21*		0·		10·		0·		15·		0,5	
NA	0		0		1		1		1		1		0		0	

(GES) N1 – 2018-2019								
Sesión	S9				S10			
Emoción	+		-		+		-	
	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.	M	d.t.
INICIO	3,86	1,86	2,04	,99	5,00	1,10	2,08	,63
FINAL	4,50	1,76	1,79	1,79	5,67	1,03	1,58	,56
V	10,5		7		12,5		0	
NA	1		1		1		1	

.$p < ,10$, *$p < ,05$

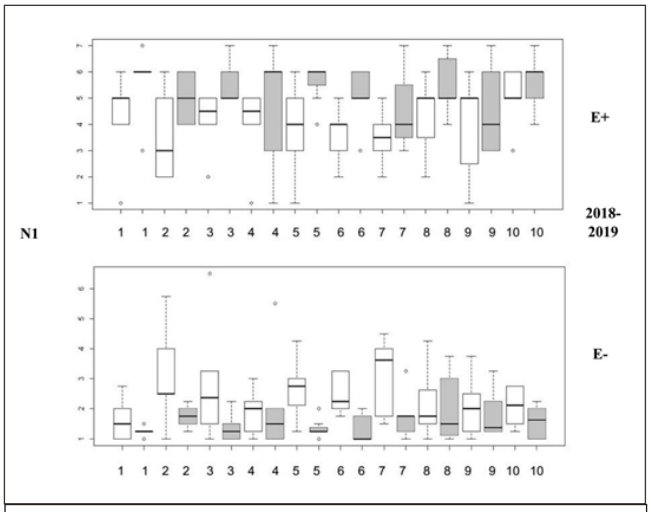


Figura 8.

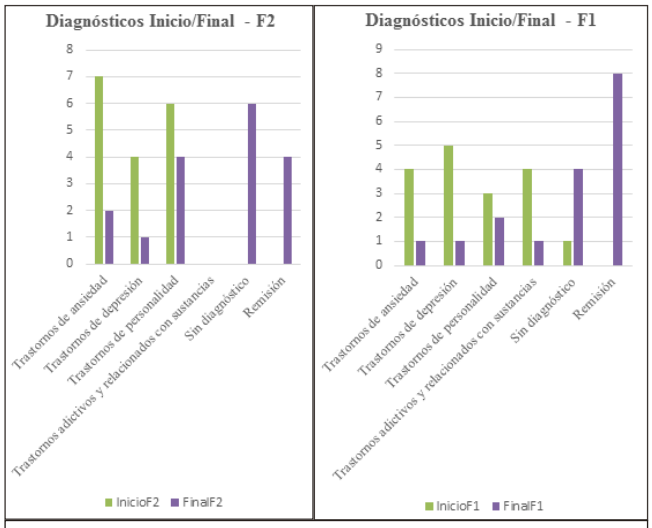


Figura 9.

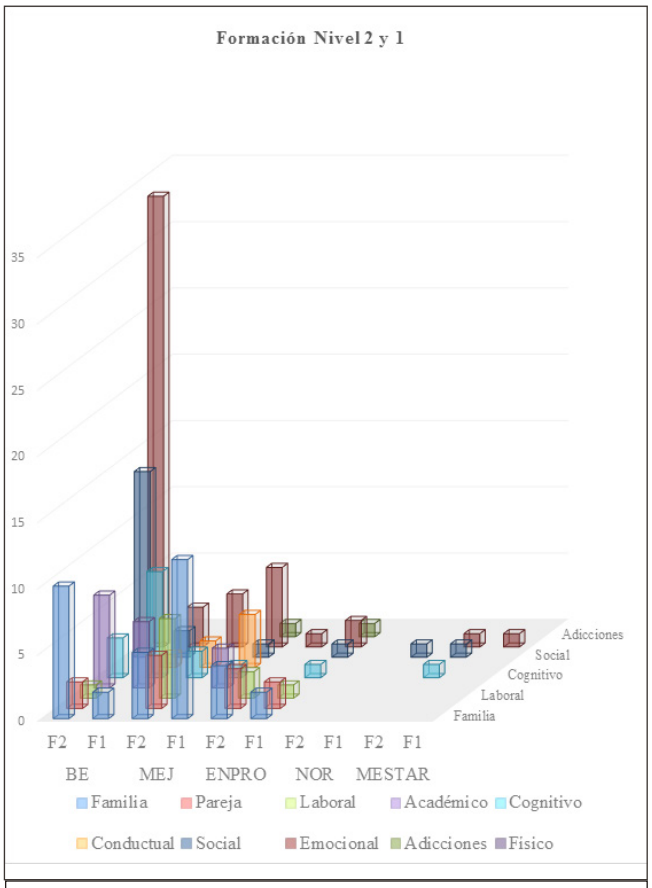


Figura 10.

en la S6 (73,5 $p < ,05$). Además se muestra una tendencia al aumento de las positivas en la S9 (45,5 $p < ,10$), un descenso de las negativas en la S9 (0 $p < ,10$) y un aumento de las neutras en la S3 (24,5 $p < ,10$) sesión. Curso 2018/2019 se observan variaciones significativas en el número de referencias a emociones en 3 de las 9 sesiones en que se midieron, produciéndose un aumento de las referencias emociones positivas en la S6 (32,5 $p < ,05$) y S1 (33 $p < ,05$), un descenso en las emociones negativas en la S5 (0 $p < ,05$) y S10 (0 $p < ,05$). Además se muestra una tendencia al descenso de las negativas en la S4 (3,5 $p < ,10$).

En el N1 curso 2018/2019 se observan variaciones significativas en el número de referencias a emociones en 3 de las 9 sesiones en que se midieron, produciéndose un aumento de las referencias a emociones positivas en la S10 (21 $p < ,05$), un descenso en las emociones negativas en la S5 (0 $p < ,05$), y finalmente un aumento en las emociones neutras en la S6. Además se muestra una tendencia al descenso de las negativas en la S3 y la S10 (0 $p < ,10$). En todos los casos donde se muestran variaciones emocionales significativas, también se produce un aumento de las emociones positivas, una disminución de

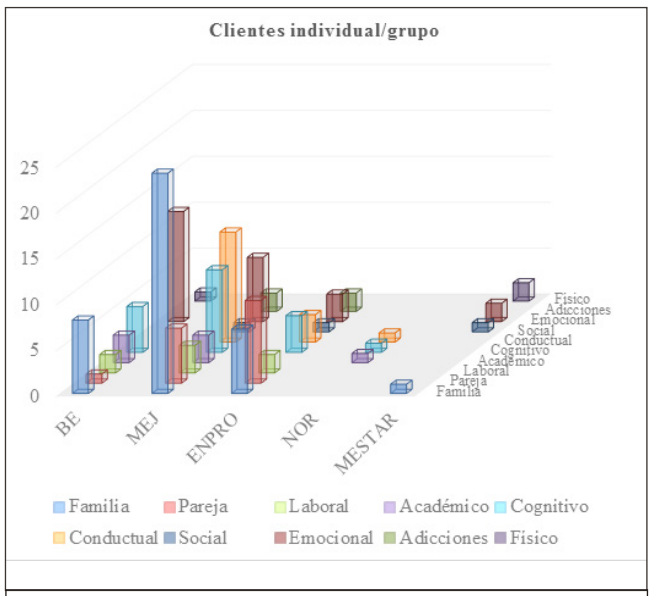


Figura 11.

las emociones negativas y las neutras también varían. Las tablas de los datos cualitativos están a disposición para personas interesadas.

En cuanto al diagnóstico donde se han codificado los resultados según la clasificación diagnóstica del DSM-5 tanto en N2 como N1, destacamos la disminución pre-post en ansiedad y depresión (Figura 9). En relación a los resultados subjetivos de las categorías obtenidos a través de las verbalizaciones de los sujetos, lo más destacable en N2 (F2) es el aumento de bienestar (BE), emocional, social y familia, y en N1 (F1) bienestar cognitivo y mejoría (MEJ) en familia (Figura 10).

Los resultados subjetivos de las categorías obtenidas a través de las verbalizaciones de 42 sujetos externos a la formación, familiares u otros pacientes, son: mejoría (MEJ) en familia seguido de mejoría en la conducta y bienestar (BE) emocional, mejoría cognitiva y en proceso (ENPRO) los temas de pareja. Con una media aproximada de menos de 3 sesiones individuales o grupales (Figura 11).

DISCUSIÓN

Se destaca la temática tratada y sesiones en donde se han manifestado cambios significativos, en particular en el trabajo del genograma y la vinculación con la madre y los duelos:

- Genograma, registro de los hechos graves familiares (S3N2-año1, S5N1)
- Vinculación con el padre y la madre (S3N2-año1, S3N1)
- Lugar entre los hermanos (S5N2-año1, S5N1)

- Relación de pareja (S6N2-año1)
- Vinculación con los hijos (S5N2-año1, S6N1)
- Lugar en família de origen (S3N2-año1, S5N1)
- Lugar en famila actual (S6N2-año1)
- Duelos (S3N2)
- Historia acadèmica (S3 y S4N2)
- Historia laboral (S6 y S8N2)
- Cambio de estado emocional (S9N2-año1)
- Técnicas de comunicación verbal y no verbal (S6N2, S7 y S8N1)
- Trabajo con muñecos (S8N2)

Un dato a remarcar en relación a los resultados de las emociones objetivas positivas y negativas (GES) y las subjetivas positivas, negativas y neutras obtenidas a través de las verbalizaciones de los sujetos, es que no hay diferencias significativas entre ambas mediciones.

La falta de datos en algunas sesiones son debidas a que en N2-2017/2018 se inició meses más tarde, y antes de finalizar abandonan tres sujetos. Dos sujetos en N2-2018/2019 no iniciaron el curso y uno abandona meses más tarde. Las causas de abandonos son debidas a traslados laborales a otras poblaciones, exceso de trabajo profesional, dificultad en afrontar los temas personales emocionales, y uno de los investigadores de este trabajo por empezar la temporada de piraguas. Tres de ellos han pasado a terapia individual.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la intervención sistémica de Constelación Familiar, puede ser eficaz para conseguir la mejoría clínica, puede incrementar los niveles de (IE). A través de esta intervención consideramos que se puede actuar en prevención de la depresión, facilita una gestión de las relaciones interpersonales más eficaz, favorece el funcionamiento emocional general con predominio de las emociones positivas, y un mejor manejo de los acontecimientos vitales estresantes, dando espacio al crecimiento personal de cada individuo, al dejar de estar apegado a toda la trama familiar y aprender a estar en su lugar de pertenencia y poderse sostener en la vida por uno mismo. Por lo que consideramos que el tratamiento es coste eficaz.

Nuestro proyecto de futuro ya presente, es ampliar la muestra con sujetos externos a una formación, analizar el resto de variables recogidas durante el estudio (análisis de los patrones de repetición en el genograma), comparar los resultados con un grupo control, replicar el estudio con diferentes psicólogas para probar la fiabilidad del método (fiabilidad interjueces), crear herramientas psicométricas para medir los Órdenes del Amor (pertenencia, orden/jerarquía, equilibrio) y los Órdenes de la Ayuda. Medir "lo que los hijos hacen por amor a sus padres", trabajo con familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bisquerra, R., & Escoda, N. P. (2007). Las competencias emocionales.

Bisquerra, R. (2016). Universo de emociones: la elaboración de un material didáctico. *Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones, 20*.

Cathalifaud, M. A., & Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta de Moebio,* (3).

Cotes, C. A. C., Vargas, L. C. O., Rangel, A. M. B., & Arenales, M. I. D. (2009). Aportes fisiológicos a la validez de criterio y constructo del diagnóstico de ansiedad según entrevista psiquiátrica y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 38*(2), 262-278.

Goleman, D. (1996) *Inteligencia Emocional*. Madrid: Kairós.

Goleman, D. (2015). *El cerebro y la inteligencia emocional: nuevos descubrimientos*. B DE BOOKS.

Hellinger, B. (2001). *Órdenes del Amor: cursos seleccionados de Bert Hellinger*. Herder Editorial.

Hellinger, B. (2006). *Los Órdenes de la Ayuda*. Alma Lepik, Buenos Aires.

Hellinger, B. (2009). *El Amor del Espíritu. Un estado del ser*. Rigden Institut Gestalt.

Lavega-Burgués, P., March-Llanes, J., & Moya-Higueras, J. (2018). Validación de la Escala de Juegos y Emociones (GES-II) para el estudio de experiencias motoras emocionales. *Revista de Psicologia del Deporte, 27*(2), 117-124.

Martinez-Correa, A., & del Paso, G. A. R. (2003). Desarrollo y validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios. *Clínica y salud, 14*(3), 281-299.

Petrides, K. V. (2010). Trait emotional intelligence theory. *Industrial and Organizational Psychology, 3*(2), 136-139.

Rizzolatti G. Fogassi L. Ther mirror maechanism: recent findings and perspectives. Philos Trans R Soc Lond B Bio Sci 2014 Apr 28;369(1644):20130420 doi: 10.1098/rstb 2013.0420.

Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Inteligencia emocional. *Imaginación, conocimiento y personalidad, 9*(3), 185-211.

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema, 10*(2), 303-318.

Sergio Sánchez-Migallón Granados (2014). Artículo Fenomenología.

Siegling, A. B., Vesely, A. K., Petrides, K. V., & Saklofske, D. H. (2015). Incremental validity of the trait emotional intelligence questionnaire–short form (TEIQue–SF). *Journal of personality assessment, 97*(5), 525-535.

EL IMPACTO DE LA TECNOFERENCIA EN LA FELICIDAD DE LAS PAREJAS

Ana María Ruíz-Ruano García y Jorge López-Puga

Universidad Católica de Murcia (UCAM)

Resumen: El teléfono móvil se ha convertido en un elemento imprescindible en la vida de las personas. El objetivo del presente trabajo es explorar cuál es la percepción que tienen los miembros de la pareja sobre la interferencia que genera el móvil en su relación y su impacto en la satisfacción con la relación y la satisfacción con la vida. La muestra estuvo compuesta por 27 parejas heterosexuales. La información se recogió en un cuestionario en papel administrado a los dos miembros de la pareja al mismo tiempo. Nuestros datos sugieren que invertir tiempo con el teléfono móvil mientras se comparte tiempo con la pareja es motivo de una disminución de la felicidad o la satisfacción con la relación. Estos resultados pueden ser de utilidad en el contexto de la terapia familiar y de parejas.
Palabras clave: Tecnoferencia, Pasifonear, Parejas, Felicidad, Teléfono inteligente.

TECHNOFERENCE IMPACT IN PARTNER HAPPINESS

Abstract: The mobile phone has turned into an essential element in persons live. The aim of this work is to explore which is the perception couple members have relative to interference mobile phone has in their relationship and life satisfaction. The sample was composed by 27 heterosexual couples. The information was collected using a pen-paper administered to the two members of the couple at the same time. Our results suggest that invest time with the mobile phone while shared time with the partner it is a reason of happiness or relationship satisfaction decrease. These results can be useful in the family and partner therapy context.
Key words: Technoference, Phubbing, Couples, Happiness, Smartphone.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la investigación acerca de la influencia de las denominadas nuevas tecnologías de la información (TIC) en el comportamiento y bienestar humano ha ido incrementándose. En esta línea, existen innumerables trabajos que han tratado de ver las influencias que sobre el comportamiento ha tenido el uso de Internet, la interacción con videojuegos, o el teléfono móvil entre otros. Dada la gran intrusión que han generado los teléfonos móviles, en 2012 surge un nuevo término, *phubbing*, recogido en el *Macquaire Dictionary* (Pathak, 2013). El *phubbing* es una palabra compuesta surgida de la unión de las palabras *snub* (ignorar a otro por el hecho de no prestarle atención o tratarlo como si no fuese importante) y *phone* (teléfono). Es decir, esta palabra es usada para denominar al acto de ignorar a una persona durante la interacción social por atender al teléfono móvil (en español podríamos usar la palabra *pasifonear* de la unión de pasar o ignorar a otro y teléfono). Y es que, desde que los teléfonos aparecieron en la esfera de la vida cotidiana, no es raro observar su uso en cualquier contexto relativo a la vida social humana. Este mismo fenómeno ha sido denominado por otros autores como *technoference* (McDaniel y Coyne,

2016), que al adaptarlo al español podría quedar como *tecnoferencia*, refiriéndose a la interferencia que tienen en general las tecnologías de la comunicación y la información en la interacción humana.

En la actualidad, el 98% de las familias españolas cuenta con al menos un teléfono móvil (Instituto Nacional de Estadística, 2019) en casa. Es tan grande la vinculación que estamos desarrollando con los teléfonos móviles, que incluso hay quien, cuando se le pregunta por el significado que estos aparatos tienen en su vida, señala que los consideran como una parte más de su propio cuerpo (Karadağ et al., 2016). En este sentido, si se observa nuestro entorno, cada vez se hace más difícil observar a nuestro alrededor sin advertir la presencia de estos aparatos. Este auge por uso de la tecnología en la vida diaria tiene muchos aspectos positivos. Uno de los aspectos positivos es el poder mantener contacto con personas que viven en otros lugares del mundo (por ejemplo, familiares, amigos o compañeros de trabajo). Y en un mundo cada vez más globalizado, es normal que muchas familias cuenten con miembros que han salido de su país o región a buscar trabajo a otro lugar. Como señalaban Leggett y Rossouw (2014), esta utilidad de los teléfonos móviles ha demostrado tener una influencia positiva en las relaciones de pareja, por el hecho de permitir un contacto incluso en la lejanía con el respectivo sentimiento de seguridad hacia la relación. Además, el teléfono móvil inteligente, dadas sus características técnicas que lo hacen ser un ordenador de bolsillo, o como lo denominan Ugur y Koc (2015) la navaja suiza de las tecnologías, ha supuesto una revolución en la manera de relacionarnos con el mundo. Estos aparatos permiten al usuario poder estar siempre conectado y acceder tanto a contenido comunicativo, multimedia, como a la posibilidad de hacer compras con él a través de internet e incluso poder utilizarlo para realizar los pagos en cualquier establecimiento comercial.

Sin embargo, y pese a sus aspectos positivos, también hay ciertos aspectos negativos que se derivan del uso de los teléfonos móviles. No obstante, hemos de señalar que las consecuencias del uso del móvil dependerán del usuario de los mismos, y de la interferencia que ello genere en sus vidas. Es por ello que, pese a que un uso prolongado del teléfono móvil que puede devenir en un uso inapropiado, problemático o adictivo del mismo (p.e., Carbonell, Fúster, Chamarro, y Oberst, 2012; Chóliz, 2012; Chóliz, Villanueva, y Chóliz, 2009; De-Sola, Rodríguez, y Rubio, 2016; Deursen, Bolle, Hegner, y Kommers, 2015; Pedrero, Rodríguez, y Ruiz, 2012; Ruiz-Ruano, López-Salmerón, y Puga, 2019), ello dependerá de si realmente afecta a distintos aspectos de la vida del usuario tal como vienen recogiendo los manuales diagnósticos de trastornos mentales al uso (CIE-11 o DSM-5). En el ámbito laboral también se observa cada día más una mayor intrusión de estos dispositivos, que unas veces facilitan el trabajo a desarrollar, pero otras veces alejan al trabajador de sus propósitos (Roberts y David, 2017). Por su parte, en el ámbito educativo, cada día más, el teléfono móvil aparece como una herramienta no para ayudar al estudiante en su proceso de enseñanza-aprendizaje, sino más bien para distraerlo del mismo (Ugur y Koc, 2015).

En todas estas situaciones comentadas previamente, el teléfono móvil se presenta como un elemento distractor que desvía la atención del individuo del mundo real hacia el mundo comunicativo virtual. Este hecho, conlleva en cualquier situación de interacción social, ya sea en el trabajo, estudios, relaciones familiares o de pareja, dar de lado a la persona o personas con las que se está interaccionando física o realmente. Este fenómeno, es el que hemos descrito brevemente y que ha venido a denominarse como *phubbing* o *tecnoferencia*, y podemos entenderlo como una consecuencia del uso inapropiado de estos dispositivos. No obstante, y como hemos comentado más arriba, no siempre va a entenderse como algo negativo. Según señalan Chotpitayasunondh y Douglas (2016) el *phubbing* puede ser considerado en la actualidad como una norma social más que no siempre está mal vista por los demás. Sin embargo, puede tener consecuencias muy negativas sobre la persona que lo sufre, en la literatura denominado *phubbee* (en español podríamos decir *pasifoneado*), si se siente excluido socialmente (Chotpitayasunondh y Douglas, 2017; David y Roberts, 2017) lo cual tiene una repercusión en el sentido de la reciprocidad del comportamiento, pudiendo adoptar el papel del que ignora o *phubber* (en nuestro idioma podríamos decir *pasifoneador*).

El presente estudio se centra en estudiar los efectos que el *phubbing* o tecnoferencia tienen sobre las relaciones de pareja, aspecto que ya ha sido estudiado anteriormente por otros autores

(véase, por ejemplo, Cizmeci, 2017; Krasnova, Abramova, Notter, y Baumann, 2016; Leggett y Rossouw, 2014; McDaniel y Doyne, 2016; Roberts y David, 2016; Wang, Xie, Wang, Wang, y Lei, 2017). El objetivo que se persigue es explorar cuál es la percepción que tienen los miembros de la pareja sobre la interferencia que genera el móvil en su relación. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, este es el primer trabajo que se realiza donde se tiene en cuenta la opinión de ambos miembros de la pareja, y donde se va a tratar de confrontar la opinión de uno de los miembros de la pareja frente al otro. Del mismo modo, se pretende explorar cuál es la relación que se establece entre sentirse ignorado por el uso del móvil por parte de la pareja con la satisfacción con la relación y la satisfacción con la vida. En este sentido, se espera que la tecnoferencia tenga un impacto negativo sobre la felicidad o satisfacción con la relación de pareja, y sobre la satisfacción vital, tal como ha sido señalado anteriormente por otros autores (Cizmeci, 2017; McDaniel y Coyne, 2016; Roberts y David, 2016; Ruiz-Ruano y Puga, 2018; Wang et al., 2017).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para la realización del estudio se contó con 27 parejas heterosexuales (en total 54 personas), con edades comprendidas entre 27 y 67 (M = 49,76, DT = 9,94), con un tiempo promedio de relación de 26,2 años (DT = 10,21). Todas las parejas estaban casadas y con hijos, excepto dos que se identificaban como novios, no tenían hijos y no vivían juntos. De todas ellas, el 92,6% se definían como felices frente al 7,4% (cuatro personas) que decían no ser felices en su relación. En relación a una posible ruptura de la pareja, el 29,63% señalaba que ha pensado alguna vez en dejar a su pareja, frente al 3,70% que lo están pensando en la actualidad.

MATERIALES

Para la recogida de información se elaboró un cuestionario en papel, en el que se recogía información demográfica y se hacía uso de la adaptación al español de la Escala de Phubbing de pareja (Barberá y Ruiz-Ruano, 2017), la versión española de la Escala de Valoración de la Relación (Moral, 2015), y la Escala de Satisfacción de Vida (Vázquez, Duque, y Hervás, 2012).

La Escala de Phubbing de pareja (Roberts y David, 2016) en su versión adaptada al español por Barberá y Ruiz-Ruano (2017) se compone de nueve ítems medidos en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = *Nunca*, 5 = *Siempre*), con una estructura unifactorial. Todos los ítems están redactados de manera directa, y la puntuación final se obtiene del sumatorio de las puntuaciones dadas en cada uno de los ítems. El rango de puntuaciones oscila entre 9 y 45. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la percepción del participante de que su pareja le ignora por preferir utilizar el teléfono móvil. La consistencia interna de la escala original fue de α = ,93, la de la versión adaptada fue α = ,93, habiéndose obtenido un alfa de Cronbach en el presente estudio de ,87, y una ω = ,89.

Para la valoración de la satisfacción con la relación de pareja, se hizo uso de la Escala de Valoración de la Relación (Hendrick, 1988), en su versión adaptada al español por Moral (2015). La escala se compone de siete ítems puntuados haciendo uso de una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = *pobremente, muy mala, nada,* 5 = *extremadamente bien, muy satisfecho, muy buena*). Todos los ítems están expresados de manera directa, excepto los ítems cuatro y siete que lo están de manera negativa. En este caso, se han de invertir las puntuaciones de estos dos ítems para el cálculo de la puntuación total. La puntuación final de la escala se obtiene del sumatorio de todas las puntuaciones obtenidas en los ítems tras invertir la puntuación de esos dos ítems, oscilando las puntuaciones entre 7 y 35. Cuando más elevada sea la puntuación, mayor es la satisfacción con la relación de pareja. La escala es unidimensional. La consistencia interna de la adaptación de la escala fue de α = ,93 siendo en el presente estudio α = ,91 y ω = ,91.

Por último, para la evaluación de la satisfacción con la vida, se hizo uso de la adaptación al español (Vázquez, Duque, y Hervás, 2012) de la Escala de Satisfacción con la Vida desarrollada originalmente por Diener y colaboradores (1985). La escala está compuesta por cinco ítems en una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta (1 = *fuertemente en desacuerdo*, 7 = *fuertemente de acuerdo*). Todos los ítems están redactados en positivo, y la estructura de la escala es unidimensional. La puntuación final se

obtiene a partir del sumatorio de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems, oscilando entre 5 y 35. Puntuaciones mayores indicarán mayor satisfacción con la vida. La consistencia interna de la escala en este estudio ha sido α = ,91 y ω = ,92, frente al alfa de Cronbach de ,88 obtenido en el estudio de Vázquez et al. (2012).

PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios fueron administrados en formato papel por medio de un investigador. El muestreo fue no probabilístico y se hizo uso de conocidos del investigador que accedieron de manera voluntaria a participar en el estudio. Los cuestionarios fueron administrados de manera conjunta a ambos miembros de la pareja. Una vez cumplimentaron el cuestionario la única gratificación que recibieron fue el agradecimiento por parte del investigador.

DISEÑO

Se realizó un estudio mediante encuestas con muestreo no probabilístico y con acceso a participantes por conveniencia.

RESULTADOS

La media muestral en la puntuación *de phubbing* de pareja es de 24,67 (*DT* = 7,10), oscilando las puntuaciones entre 9 y 39. Con respecto a la congruencia de las puntuaciones obtenidas por la pareja, se ha calculado una puntuación diferencial, restando a la puntuación obtenida por la mujer la puntuación del hombre. De este modo, puntuaciones positivas expresarán una mayor percepción de *phubbing* o tecnoferencia por parte de la mujer, frente a puntuaciones negativas que mostrarán una mayor percepción de esta interferencia por parte del hombre. En este caso, la media obtenida en esta diferencia de percepciones es de 1,70 (*DT* = 8,75) indicando que las mujeres tienen una mayor percepción o un mayor sentimiento de ser ignoradas por sus parejas por el uso del móvil por parte de estos. En la Figura 1 puede observarse la distribución de las puntuaciones diferenciales obtenidas entre las percepciones sobre el *phubbing* o tecnoferencia de ambos componentes de la pareja. El rango de estas puntuaciones diferenciales oscila entre -27 y 18. Sin embargo, no existen diferencias lo

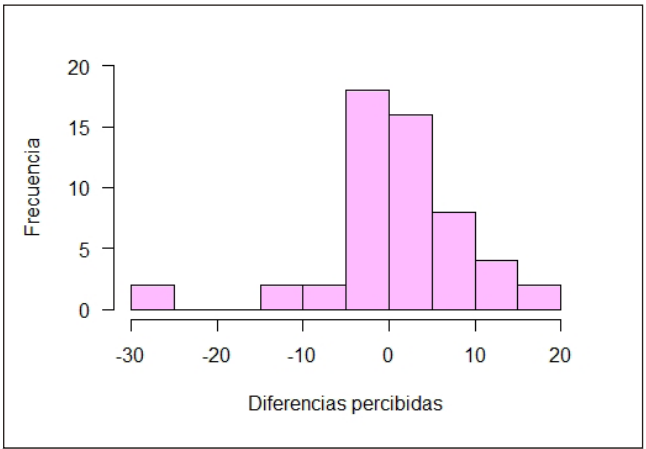


Figura 1. Distribución de las diferencias percibidas entre los miembros de la pareja en relación al *phubbing* o tecnoferencia

suficientemente grandes entre hombres y mujeres que lleven a pensar que realmente las mujeres se sienten más ignoradas por su pareja que los hombres ($t(53) = 1,43$, $p = ,16$).

En cuanto a la relación que se establece entre las puntuaciones en *phubbing* de pareja, la satisfacción con la relación y la satisfacción con la vida, los resultados pueden observarse en la Tabla 1. Como puede verse, los resultados muestran que el sentirse ignorado por la pareja por el uso del teléfono móvil está negativamente relacionado con la satisfacción de la relación de pareja (r = -,25, p = ,03). Estos resultados concuerdan con las previsiones que hacen los propios participantes de que el teléfono móvil interfiere en su relación (24,1% afirman que interfiere en la relación) o que podría interferir en el futuro (46,3%). Igualmente existe una relación negativa con la satisfacción vital (r = -,23, p = ,05).

DISCUSIÓN

Este estudio es pionero dentro del campo de investigación del *phubbing* y la tecnoferencia, por ofrecer la perspectiva de ambos miembros de la pareja en cuanto al grado de interferencia que genera el teléfono móvil en la relación. Como ha podido observarse, parece ser que las mujeres experimentan en mayor grado sentirse ignoradas por su pareja por el uso, por parte de estos, del teléfono móvil, resultados que van en la línea de los obtenidos por Cizmeci (2017). No obstante, y dado el pequeño tamaño de la muestra del estudio, consideramos que los valores extremos obtenidos en alguna de las parejas condicionan los resultados. Es por ello que consideramos

interesante que futuros estudios puedan realizarse contando con una mayor muestra de parejas, para poder comprobar si efectivamente la percepción es diferente entre ambos miembros de la pareja, y si las mujeres son las que normalmente van a percibir un mayor grado de interferencia de la tecnología que los hombres.

Por otro lado, tal como ha podido observarse en los resultados obtenidos en el presente estudio, el hecho de invertir tiempo con el teléfono móvil mientras se comparte tiempo con la pareja es motivo de una disminución de la felicidad o la satisfacción con la relación y con la vida. Los resultados obtenidos concuerdan con los resultados obtenidos anteriormente en otros estudios (Cizmeci, 2017; McDaniel y Coyne, 2016; Roberts y David, 2016; Ruiz-Ruano y Puga, 2018; Wang et al., 2017). En este sentido, y dado que las tecnologías de la información, especialmente los smartphones, han venido para quedarse, es necesario que se eduque a la población y que se ideen campañas para tratar de disminuir estos efectos negativos que, en algunos casos, podrían finalizar en ruptura.

Entre las limitaciones de este estudio, y tal como ya ha sido apuntado, se encuentra el pequeño tamaño de la muestra utilizada así como el método de muestreo. Será necesario que futuros estudios traten de ampliar la muestra y obtener evidencias en relación al impacto que las tecnologías de la información y la comunicación tienen tanto en las parejas, como en otras facetas de la vida, por ejemplo, en la relación con los hijos. Otro aspecto que puede haber condicionado los resultados obtenidos puede haber sido el que el investigador que aplicaba los cuestionarios conociese a los encuestados. En este sentido, los participantes pueden haber sentido comprometida la confidencialidad de los datos y haber contestado tratando de satisfacer la deseabilidad social. No obstante, hemos de señalar que los participantes estaban advertidos que los datos recogidos en la encuesta eran totalmente anónimos y bajo el amparo de la ley de protección de datos de carácter personal. Por último, consideramos que esta línea de investigación merece más atención, y es necesario que sigan desarrollándose estudios que traten de ayudar a comprender las motivaciones que mantienen el comportamiento de ignorar a los demás mientras se comparte tiempo con ellos por estar con sus teléfonos móviles.

CONCLUSIONES

Este estudio aporta datos sobre la perspectiva que tienen ambos miembros de la pareja. Además, trata de arrojar luz sobre los aspectos a trabajar en la terapia de pareja. A la luz de los resultados obtenidos podemos concluir que, la interferencia que el teléfono móvil produce o puede producir en la relación de pareja, conlleva una disminución en la satisfacción con la relación y con la propia vida. Se hace necesario seguir trabajando en esta línea, dada la cada vez más creciente presencia de los móviles en nuestras vidas. Además, desde el aspecto más psicológico, se habrán de idear procedimientos para ayudar a las parejas a establecer unos patrones del uso de los teléfonos móviles que no interfieran en la relación. De este modo, por ejemplo, tal como sugieren Legget y Rossouw (2014) pueden establecerse lugares de la vivienda libres del uso del móvil, o momentos del día en que se aparten esos aparatos para poder compartir con calidad momentos tanto con la pareja, como con el resto de la familia en caso de tenerla. Otro aspecto a tener en cuenta desde la perspectiva de la intervención es determinar si estas conductas, sobre todo por parte del *phubbeador/a* vienen determinadas por estrategias de evitación de problemas en la pareja (como sugiere el estudio de Ruiz-Ruano et al., 2019). Si esto fuese así, podría trabajarse desde la óptica de educar en nuevas estrategias de afrontamiento que se alejen de la evitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barberá, M. J., y Ruiz-Ruano, A. M. (2017). *Adaptación de la escala de Phubbing de Pareja: un estudio piloto*. Comunicación oral presentada en el III Congreso Nacional de Psicología. Oviedo: España. Disponible en: http://www.oviedo2017.es/PROGRAMA-AbstractOviedo2017.pdf

Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., y Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo, 33,* 83-89.

Chóliz, M. (2012). Mobile-phone addiction in adolescence: the test of mobile phone dependence (TMD). *Progress in Health Sciences, 2,* 33-44.

Chóliz, M., Villanueva, V., y Chóliz, M. C. (2009). Ellos, ellas y su móvil: uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias, 34,* 74-88.

Chotpitayasunondh, V., y Douglas, K. M. (2016). How "phubbing" becomes the norm: The antecedents and consequences of snubbing via smartphone. *Computers in Human Behavior, 63,* 9-18. doi: 10.1016/j.chb.2016.05.018

Chotpitayasunondh, V., y Douglas, K. M. (2017). The effects of "phubbing" on social interaction. *Journal of Applied Social Psychology, 48,* 304-316. doi: 10.1111/jasp.12506

Cizmeci, E. (2017). Disconnected, though satisfied: Pphubbing behavior and relationship satisfaction. *The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication, 7*(2), 364-375. doi: 10.7456/10702100/018

David, M. E., y Roberts, J. A. (2017). Phubbed and alone: Phone snubbing, social exclusion, and attachment to social media. *Journal of the Association for Consumer Research, 2*(2), 155-163. doi:10.1086/690940

De-Sola, J., Rodríguez, F., y Rubio, G. (2016). Cell-phone addiction: A review. *Frontiers in Psychiatry, 7*. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00175.

Deursen, A. J., Bolle, C. L., Hegner, S. M., y Kommers, P. A. (2015). Modeling habitual and addictive smartphone behavior: the role of smartphone usage, types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age and gender. *Computers in Human in Behavior, 45,* 411-420. doi:10.1016/j.chb.2014.12.039.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49,* 71-75.

Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and Family, 50*(1), 93-98.

Instituto Nacional de Estadística (2019). España en cifras 2019. Recuperado de: http://ine.es/prodyser/espa_cifras/2019/index.html#zoom=z

Karadağ, E., Tosuntaş, Ş. B., Erzen, E., Duru, P., Bostan, N., Şahin, B. M., Çulha, I., y Babadağ, B. (2016). The virtual world's current addiction: Phubbing. Addicta: *The Turkish Journal on Addictions, 3*(2), 250-269. doi: 10.15805/addicta.2016.3.0013

Krasnova, H., Abramova, O., Notter, I., y Baumann, A. (2016). *Why phubbing is toxic for your relationship: understanding the role of smartphone jealousy among "generation Y" users*. Trabajo presentado en el Twenty-Fourth European Conference on Information Systems (ECIS). Estambul: Turquía.

Leggett, C., y Rossouw, P. J. (2014). The impact of technology use on couple relationships: A neuropsychological perspective. *International Journal of Neuropsychotherapy, 2*(1), 44-57. doi: 10.12744/ijnpt.2014.0044-0099

McDaniel, B. T., y Coyne, S. M. (2016). "Technoference": The interference of technology in couple relationships and implications for women's personal and relational well-being. *Psychology of Popular Media Culture, 5,* 85-98. doi: 10.1037/ppm0000065

Moral, J. (2015). Validación del modelo unidimensional de la Escala de Valoración con la Relación en personas casadas y en unión libre de Monterrey, México. *Revista Internacional de Psicología, 14*(2). doi: 10.33670/18181023.v14i02.134

Pathak, S. (2013). McCann Melbourne made up a word to sell a print dictionary: *New campaign for Macquarie birthed 'phubbing'*. Recuperado de: https://adage.com/article/news/mccann-melbourne-made-a-word-sell-a-dictionary/244595

Pedrero, E. J., Rodríguez, M. T., y Ruiz, J. M. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones, 24,* 132-152.

Roberts, J. A., y David, M. E. (2016). My life has become a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship among romantic partners. *Computers in Human Behavior, 54,* 134-141. doi: 10.1016/j.chb.2015.07.058

Roberts, J. A., y David, M. E. (2017). Put down your phone and listen to me: How boss phubbing undermines the psychological conditions necessary for employee engagement. *Computers in Human Behavior, 75,* 206-217. doi: 10.1016/j.chb.2017.05.021

Ruiz-Ruano, A. M., López-Salmerón, M. D., y Puga, J. L. (2019). Evitación experiencial y uso abusivo del smartphone: un enfoque bayesiano. Adicciones. doi: 10.20882/adicciones.1151

Ruiz-Ruano, A. M., y Puga, J. L. (2018, November 12). *Partner and Parents Phubbing*. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/U7FC6

Ugur, N. G., y Koc, T. (2015). Time for digital detox: Misuse of mobile technology and phubbing. Procedia. *Social and Behavioral Sciences, 195,* 1022-1031. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.06.491

Vázquez, C., Duque, A., y Hervás, G. (2012). Satisfaction with life scale in a representative sample of spanish adults: validation and normative data *Spanish Journal of Psychology,* 1-37. doi: 10.1017/sjp.2013.82

Wang, X., Xie, X., Wang, Y., Wang, P., y Lei, L. (2017). Partner phubbing and depression among married Chinese adults: The roles of relationship satisfaction and relationship length. *Personality and Individual Differences, 110,* 12-17. doi: 10.1016/j.paid.2017.01.014

EFICACIA DEL PROTOCOLO UNIFICADO (UP) EN LOS TRASTORNOS EMOCIONALES: ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO CON RELAJACIÓN Y MINDFULNESS COMO GRUPOS CONTROL

M. Teresa Rosique, Paloma Chorot, Rosa M. Valiente, Julia García-Escalera y Bonifacio Sandín

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) Madrid

Resumen: El objetivo del presente estudio fue examinar la eficacia del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (UP; Barlow et al., 2011) en comparación con otros dos tratamientos psicológicos, uno basado en técnicas de relajación y otro en mindfulness. La muestra estuvo constituida por 81 pacientes diagnosticados con uno o más trastornos emocionales y se tomaron medidas pre y postratamiento. El grupo UP, en comparación con los grupos de relajación y mindfulness, mostró una mayor reducción en las variables ansiedad, depresión y afecto negativo, así como un mayor aumento del afecto positivo. A su vez, el grupo de mindfulness tuvo un mayor impacto en el afecto positivo y negativo que el grupo de relajación. Los resultados de este trabajo señalan que la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica puede ser más eficaz que la relajación y el mindfulness en el tratamiento de los trastornos emocionales en atención especializada.
Palabras clave: Transdiagnóstico; Terapia cognitivo-conductual; Trastornos emocionales; Relajación; Mindfulness.

EFFICACY OF THE UNIFIED PROTOCOL (UP) FOR EMOTIONAL DISORDERS: A CONTROLLED CLINICAL TRIAL WITH RELAXATION AND MINDFULNESS AS CONTROL GROUPS

Abstract: The objective of the present study was to examine the effectiveness of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP; Barlow et al., 2011) in comparison with two other psychological treatments, one based on relaxation techniques and the other on mindfulness. The sample consisted of 81 patients diagnosed with one or more emotional disorders and pre and post-treatment measures were taken. The UP group, in comparison with the relaxation and mindfulness groups, showed a greater reduction in anxiety, depression and negative affect, as well as a greater increase in positive affect. Additionally, the mindfulness group had a greater impact on the positive and negative affect variables than the relaxation group. The results of this study indicate that treatments based on transdiagnostic cognitive-behavior therapy may be more effective than relaxation and mindfulness in the treatment of emotional disorders in specialized care.
Key words: Transdiagnostic; Cognitive-behavior therapy; Emotional disorders; Relaxation; Mindfulness.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastornos depresivos), junto con los adaptativos, han sido denominados "trastornos mentales comunes" por su elevada incidencia y prevalencia en las consultas de atención primaria y de salud mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Atendiendo a su prevalencia, los datos epidemiológicos recientes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señalan que ha habido un aumento de los trastornos emocionales en los últimos años y que, en la actualidad, cerca de 300 millones de personas en el mundo sufren un trastorno depresivo y más de 260 millones un trastorno de ansiedad.

Además de ser frecuentes, los trastornos emocionales aparecen con mucha frecuencia de forma conjunta o comórbida. De hecho, sufrir más

de un trastorno emocional al mismo tiempo parece ser más la regla que la excepción (Sandín, Chorot, y Valiente, 2012) con estudios que señalan que entre el 50% y el 73% de las personas diagnosticadas de un trastorno emocional presentan también un segundo trastorno del mismo tipo (Brown y Barlow, 2002; Provencer, Ladouceur, y Dugas, 2006).

El transdiagnóstico es un enfoque novedoso de la psicopatología que trata de explicar las elevadas tasas de comorbilidad entre los trastornos emocionales estudiando los factores de origen y mantenimiento comunes (Sandín et al. 2012). En esa línea, Barlow, Allen y Choate (2004) desarrollaron una teoría según la cual el alto afecto negativo actuaría como una variable de vulnerabilidad general de los trastornos emocionales. Basándose en ella, elaboraron una intervención transdiagnóstica denominada Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (UP; Barlow et al., 2011). Este protocolo, cuyo objetivo principal es reducir los niveles de afecto negativo, así como mejorar la regulación emocional, está dirigido a adultos diagnosticados con uno o más trastornos de ansiedad y depresión. Está compuesto de ocho módulos que incluyen estrategias cognitivo-conductuales (psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición, etc.) y se aplica en formato individual en unas 12 a 18 sesiones de 50-60 minutos de duración. En el momento actual, el UP acumula un grueso cuerpo de evidencia científica que señala que es eficaz reduciendo los síntomas de ansiedad y depresión y manteniendo esas reducciones en seguimientos a corto y a largo plazo (García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales, y Sandín, 2016).

Otro tipo de intervenciones alternativas para el tratamiento de los trastornos emocionales, ya sea como estrategias únicas o integradas en otras terapias, son las basadas en técnicas de relajación y mindfulness. Distintos estudios apoyan la eficacia del mindfulness (Segal, William, y Teasdale, 2002) sobre los desórdenes emocionales como el trastorno de ansiedad generalizada, los ataques de pánico, la depresión o la agorafobia (Capobianco, Reeves, Morrison, y Wells, 2018; Miller, Fletcher, y Kabat-Zinn, 1995; Roemer y Orsillo, 2007). A la vista de la posible eficacia del mindfulness sobre los trastornos emocionales, varios autores han estudiado la eficacia de protocolos transdiagnósticos que incluyen módulos específicos de atención y conciencia plena (Arpin-Cribbie, Irvine, y Ritvo, 2012; Barlow et al., 2011, 2018; García-Escalera et al., 2017). Respecto a la relajación, diversos estudios han analizado su eficacia sobre los trastornos de ansiedad con resultados muy dispares. Centrándonos en los resultados positivos, algunos trabajos han mostrado un impacto medio-elevado de la relajación sobre los síntomas de ansiedad (Carlson y Hoyle, 1993; Manzoni, Paganini, Castelnuovo, y Molinari, 2008), especialmente sobre el trastorno de ansiedad generalizada (Arntz, 2003; Hoyer et al., 2009; Siev y Chambless, 2007).

El objetivo principal del presente estudio fue comparar la eficacia del UP aplicado en formato grupal con dos grupos de control (relajación y mindfulness) en pacientes con uno o más trastornos emocionales que fueron atendidos en la especialidad de Salud Mental de Sanidad Pública española.

MÉTODO

DISEÑO

Se utilizó un ensayo clínico controlado aleatorizado. Los participantes se asignaron al azar a tres grupos de intervención (grupo transdiagnóstico, grupo relajación y grupo mindfulness). Los grupos de relajación y mindfulness se definieron como grupos de control. Las pruebas psicológicas se aplicaron antes y después del tratamiento. Todos los tratamientos se aplicaron en formato grupal (para más información, véase la sección de Procedimiento).

PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta inicialmente por 90 pacientes derivados a un centro de Salud Mental público de la Comunidad de Madrid. De éstos, 81 completaron los cuestionarios pre y postratamiento y fueron incluidos en el estudio. Los participantes fueron 27 hombres y 54 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años (M = 44,6 y DT = 10,7). No hubo diferencias estadísticamente significativas en edad al comparar los tres grupos [$F(2.78)$ = ,111]. Los participantes se equipararon aproximadamente en las variables sociodemógraficas de estado civil, nivel educativo, nivel económico, y situación laboral.

El grupo UP estuvo formado por 26 participantes, la mayoría diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 76,9%, *n* = 20), aunque también se presentaron como diagnósticos principales la depresión mayor (TDM; 7,7%,), la ansiedad social (TAS; 3,8%, *n* = 1) y el trastorno de pánico con agorafobia (TPA; 3,8%, *n* = 1) y sin agorafobia (TP; 7,7%, *n* = 2). Además, todos los participantes presentaban 1 (7,7%; *n* = 1), 2 (65,4%; *n* = 17), 3 (11,5%; *n* = 3) o 4 (15,4%; *n* = 4) diagnósticos emocionales comórbidos.

En el grupo que recibió el entrenamiento en relajación, el principal diagnóstico también fue el TAG (78,6%; *n* = 22), seguido del TPA (10,7%; *n* = 3), TP (7,1%; *n* = 2) y TDM (3,6%; *n* = 1). Así mismo, los participantes presentaron 0 (10,7%; *n* = 3), 2 (53,5%; *n* = 15), 3 (14,3%; *n* = 4) o 4 (21,4%; *n* = 6) diagnósticos comórbidos de trastornos emocionales.

Finalmente, en el grupo que recibió el tratamiento de mindfulness el trastorno más prevalente fue también TAG (63%; *n* = 17), seguido del TDM (18,5%; *n* = 5), TPA (11,1%; *n* = 3), TP (3,7%; *n* = 1) y TAS (3,7%; *n* = 1). Además, los participantes presentaron 0 (22,2%; *n* = 6), 1 (3,7%; *n* = 1), 2 (51,1%; *n* = 14), 3 (3,7%; *n* = 1) o 4 (18,5%; *n* = 5) diagnósticos emocionales comórbidos.

INSTRUMENTOS

Los siguientes instrumentos fueron administrados una semana antes y después de la intervención por parte de los terapeutas que realizaron el tratamiento.

- *Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión* (ESTAD; Sandín, Chorot y Valiente, 2013; Sandín, Valiente, Pineda, García-Escalera y Chorot, 2018).). Es un cuestionario de 35 ítems que sigue los criterios del DSM-5. Aunque consta de 7 subescalas, para la presente investigación sólo se utilizó la subescala que evalúa los síntomas del trastorno depresivo mayor (TDM). Las opciones de respuesta varían entre 0 ("*nunca*") y 4 ("*muchas veces*"). La escala posee adecuadas propiedades psicométricas, tanto en lo que concierne a su estructura factorial como a la fiabilidad y validez (Sandín et al., 2018). Para la subescala TDM, en el presente estudio se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de ,77.
- *Escala de Ansiedad* (EA; Sandín, Chorot, y Valiente, 2014). Se trata de una escala breve diseñada para evaluar la ansiedad sin que afecten constructos cercanos como la depresión o el afecto negativo. Consta de 9 ítems que miden los componentes de la ansiedad cognitivos, fisiológicos y afectivos. La escala de respuesta varía entre 0 ("*nunca o casi nunca*") y 4 ("*muchas veces o casi siempre*"). Sus propiedades psicométricas son excelentes (Sandín, Chorot, Pineda, García-Escalera, y Valiente, 2017). Para el presente estudio, el coeficiente alfa de Cronbach fue de ,92.
- *Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo* (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988; versión española de Sandín, Valiente, y Chorot, 1999). Consta de 20 ítems que miden la intensidad de la emoción experimentada en una escala entre 1 ("*nada o casi nada*") y 5 ("*muchísimo*") en las dimensiones afecto positivo y negativo. Estas escalas han mostrado índices elevados de validez de constructo y consistencia interna (Sandín et al., 1999). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue ,84 en la escala de afecto positivo y ,82 en la de afecto negativo.

PROCEDIMIENTO

La investigación fue aprobada por los Comités de Bioética del Hospital Universitario Ramón y Cajal y de la UNED. Los pacientes de las tres intervenciones grupales firmaron el Consentimiento informado. Como criterios de inclusión se establecieron: tener entre 18 y 65 años, disponer de un tratamiento farmacológico estable y presentar disponibilidad para asistir al centro. Como criterios de exclusión, se estipuló que no podían participar pacientes con diagnósticos de adicción, trastorno de personalidad, trastorno psicótico, retraso mental, trastorno neurocognitivo o con ideación autolítica grave. La derivación fue realizada por los psicólogos clínicos o psiquiatras de referencia que establecieron el diagnóstico de los pacientes a través de una entrevista similar a la *International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1998; Ferrando et al., 2000).

Las intervenciones se llevaron a cabo durante 8 sesiones de 75-90 minutos. Cada grupo estuvo compuesto por 8-10 pacientes y se realizaron un total de nueve grupos, tres por condición experimental: UP (26 pacientes), relajación (28 pacientes) y mindfulness (27 pacientes). Las intervenciones UP y mindfulness se llevaron a cabo en formato de coterapia, el primero por dos

psicólogas clínicas entrenadas en la aplicación del UP, el segundo por una psiquiatra y una psicóloga clínica formadas por profesionales instruidos en la Clínica de Reducción del estrés del Centro de Medicina de la Universidad de Massachusetts. El grupo de relajación fue conducido por una terapeuta ocupacional o un enfermero con experiencia clínica.

La intervención UP siguió el formato original de ocho módulos (Barlow et al., 2011). El grupo de relajación incluyó el entrenamiento en respiración diafragmática, abdominal y profunda, la relajación de Jacobson y la visualización. El programa de mindfulness fue similar al *Mindfulness based stress reduction* de Kabat-Zinn (1994), con ejercicios de atención plena en la respiración, conciencia centrada en el presente y escáner corporal.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el SPSS 24.0. Se aplicaron ANOVAs y ANCOVAs de un factor para examinar las diferencias entre los grupos. Para controlar el posible efecto de las puntuaciones obtenidas durante la fase de pretratamiento, en cada análisis de covarianza se incluyó como covariable la puntuación correspondiente a dicha fase. Las comparaciones entre los grupos se realizaron a través de la prueba *post-hoc* de Bonferroni.

RESULTADOS

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas (ESTAD, EA y PANAS) entre los tres grupos en la fase de pretratamiento. Los ANCOVAs reflejaron efectos significativos del factor grupos de tratamiento para las cuatro variables dependientes examinadas (ansiedad, depresión, afecto positivo y afecto negativo), tras controlar el efecto producido por las puntuaciones obtenidas durante la fase de pretratamiento (Tabla 1). Tras comparar las puntuaciones obtenidas entre los grupos aplicando la prueba *post-hoc* de Bonferroni, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento transdiagnóstico y los dos grupos

Tabla 1
Estadísticos descriptivos y resultados de los ANCOVA. Se incluye el tamaño del efecto (*d* de Cohen).

	Postratamiento		*d* de Cohen		
Variable	*M (DT)*	*F*(2.80)	UP vs. RE	UP vs. MF	MF vs. RE
EA		11,84***	1,46	1,40	,03
UP	7,54 (2,90)[a]				
RE	17,14 (10,19)[b]				
MF	16,81 (10,29)[b]				
ESTAD-TDM		16,98***	1,88	1,01	,42
UP	3,62 (2,28)[a]				
RE	10,25 (4,75)[b]				
MF	7,96 (6,36)[b]				
PANAS-P		30,97***	1,65	0,87	,60
UP	35,54 (3,88)[a]				
RE	26,83 (6,64)[b]				
MF	30,89 (6,81)[c]				
PANAS-N		25,51***	2,12	1,29	,71
UP	16,96 (4,78)[a]				
RE	3021 (7,75)[b]				
MF	24,78 (7,48)[c]				

Nota: UP = protocolo Unificado; RE = grupo de relajación; MF = grupo de mindfulness; EA = Escala de Ansiedad; ESTAD-TDM = Escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión: Depresión; PANAS-P = Escalas PANAS de Afecto Positivo; PANAS-N = Escalas PANAS de Afecto Negativo. Las medias que comparten superíndice no muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí ($p < ,05$). ***$p < ,001$.

restantes, para todas las variables dependientes incluidas en el estudio. También hubo diferencias significativas entre el grupo de mindfulness y el de relajación para las variables de afecto positivo y negativo (Tabla 1).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se compararon los efectos de tres tipos de intervenciones aplicadas en formato de grupo, en concreto, la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica (UP), el entrenamiento en relajación, y el mindfulness. El UP mostró mayor eficacia frente a los dos grupos control tanto en relación con las variables clínicas estudiadas (ansiedad y depresión) como con relación a las variables transdiagnósticas (afecto positivo y afecto negativo). Es decir, hubo una clara superioridad de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica sobre dos técnicas utilizadas habitualmente en psicología clínica, la relajación y el mindfulness. Por otra parte, merece la pena señalar la superior eficacia del mindfulness, en comparación con la relajación, en la mejora de las variables de afectividad (esto es, incremento del afecto positivo y reducción del afecto negativo).

Distintas investigaciones han apoyado la eficacia del UP, fundamentalmente en formato individual. Bentley (2017) y Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard y Barlow (2010) señalaron la eficiencia del UP en casos de comorbilidad psicopatológica, mientras que Rosique, Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot (2019) encontraron, además, una disminución de los niveles de ansiedad, depresión, afecto negativo y un aumento del afecto positivo en un estudio de caso. Por su parte, Farchione et al. (2012), en un estudio controlado previo, hallaron cambios significativos en 26 pacientes con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad y diagnóstico comórbido de ansiedad o depresión, y comprobaron una desaparición de la clínica comórbida, un aumento del afecto positivo y una disminución del negativo; datos similares a los obtenidos por Sauer-Zavala, Boswell y Gallagher (2012).

La aplicación grupal del UP en población de habla española se ha llevado a cabo recientemente. Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios (2015) encontraron reducciones significativas de los síntomas de ansiedad y depresión. Por otro lado, Castellano, Osma, Crespo y Fermoselle (2015) analizaron los datos de seguimiento a un año de los resultados obtenidos de Osma et al. (2015) y defendieron la eficacia, efectividad y eficiencia del UP aplicado en formato grupal. En la misma línea, Grill, Castañeiras y Fasciglione (2017) aplicaron el UP en formato grupal en un centro de atención especializada argentino y encontraron una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva.

A pesar de los resultados favorables encontrados en la presente investigación, esta no está exenta de ciertas limitaciones como la falta de datos respecto al mantenimiento de los logros, haber utilizado una muestra relativamente pequeña y el uso de cuestionarios autoinformados. En cuanto a las líneas futuras de investigación resultaría necesario disponer de datos sobre la eficiencia del UP en comparación con el tratamiento habitual que se emplea para abordar los trastornos emocionales en la Sanidad Pública española

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que el protocolo transdiagnóstico UP es una intervención eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y depresión, aumentar el afecto positivo y reducir el afecto negativo en pacientes con trastornos emocionales. Además, en esta investigación se han obtenido efectos terapéuticos superiores con el UP que con los tratamientos basados en relajación y en mindfulness, respectivamente. No obstante, se precisan estudios futuros que incluyan muestras más amplias, así como seguimientos a largo plazo y que incluyan otros tipos de variables clínicas y transdiagnósticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 633-646.

Arpin-Cribbie, C.A., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 22,* 194-207.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004).

Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behaviour Therapy, 35,* 205-230.

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C., Fairchione, T. J., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Nueva York: Oxford University Press.

Bentley, K. H. (2017). Applying the unified protocol transdiagnostic treatment to nonsuicidal self-injury and co-occurring emotional disorders: A case illustration. *Journal of Clinical Psychology, 73,* 547-558.

Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol of the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 17,* 102-113.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 292-327). New York, NY: Guilford Press.

Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A. P., & Wells, A. (2018). Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: A randomized feasibility trial. *Psychiatry Research, 259,* 554-561.

Carlson, C. R., & Hoyle, R. H. (1993). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: a quantitative review of behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 1059-1067.

Castellano, C., Osma, J. J., Crespo, E., y Fermoselle, E. (2015). Adaptación grupal del protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales. *Ágora de Salut, 2,* 151-162.

Chorot, P., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., y Sandín, B. (2017). Escala de Síntomas de Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Propiedades psicométricas y diferencias entre varones y mujeres. *Póster presentado en X Congreso de la Asociación Española de Psicopatología y Psicología Clínica,* Albacete, España.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders

Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). *MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV. Recuperado de: http://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=MINI.pdf

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21,* 147-175.

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., & Sandín, B. (2017). The Spanish version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: Study protocol of a cluster randomized controlled trial. *JMIR Research Protocol, 6*(8), 1-18.

Grill, S. S., Castañeiras, C., y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22,* 171-181.

Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A.T., Runge, J., Höfler, M., & Becker, E.S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78,* 106-115.

Manzoni, G. M., Paganini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry, 8,* 41.

Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17,* 192-200.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, España: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Salud mental*. Génova: World Health Organization.

Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Psicología conductual, 23,* 447-466.

Provencher, M. D., Ladouceur, R., & Dugas, M. J.

(2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: Prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Revue Canadienne de Psychiatrie, 51,* 91-99.

Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Therapy, 38,* 72-85.

Rosique, M., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: Aplicación del protocolo unificado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 28,* 79-91.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M.A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema, 11,* 37-51.

Sandín, B., Chorot, P., Pineda, D., García-Escalera, J., y Valiente, R.M. (2017, octubre). Escala de ansiedad (EA): Prueba breve no contaminada para la evaluación del nivel de ansiedad. *Póster presentado en X Congreso de la Asociación Española de Psicopatología y Psicología Clínica,* Albacete, España.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17,* 185-203.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2014). Escala de Ansiedad (EA). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid (no publicado).

Sandín, B., Valiente, R. M., y Chorot, P. (1999). *Material de apoyo para la evaluación de los miedos y las fobias*. En B. Sandín (Ed.), Las fobias específicas (pp. 161-188). Madrid, España: Klinik.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2013). *Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión* (ESTAD). Madrid: UNED.

Sandín, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de las Trastornos de Ansiedad y Depresión: Datos preliminares sobre su estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 23,* 163-177.

Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., & Gallagher, M. W. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50,* 551-557.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York, NY: Guilford Press.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., … & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59,* 22-33.

Siev, J., & Chambless, D.L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 513-522.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1063-1070.

MODALIDADES DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO A NIVEL ESCOLAR: ANÁLISIS DE SU EFECTIVIDAD

Alba Val-Noguerol y Mª Carmen Míguez

Universidade de Santiago de Compostela

Resumen: El suicido representa un grave problema de salud pública en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en adolescentes. El objetivo del presente estudio es conocer los programas de prevención del suicido que existen a nivel escolar para poder dilucidar qué tipo de programas son los más efectivos. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los estudios publicados de 2010 a 2018 en las bases de dato PsycINFO, Medline y SCOPUS. Se hallaron 18 investigaciones que abarcaban 4 tipos de programas de prevención de la conducta suicida: universal, selectiva, indicada y multimodal. Los resultados muestran que los programas de prevención universal son los más empleados a nivel escolar y también los que mejores resultados obtienen. Los aspectos más abordados por dichos programas son la educación sobre signos y síntomas asociados con el suicidio y el entrenamiento en habilidades, especialmente en resolución de problemas.
Palabras clave: Suicidio, Prevención, Escolar, Programa, Adolescente.

MODALITIES OF SCHOOL-BASED SUICIDE PREVENTION PROGRAMS: ANALYSIS OF EFFECTIVENESS

Abstract: Suicide represents a serious public health problem throughout the world and is the second leading cause of death among adolescents. The objective of the present study is to know the suicide prevention programs that exist at the school level in order to be able to elucidate which type of programs are the most effective. A literature review of the studies published from 2010 to 2018 has been carried out in the databases PsycINFO, Medline and SCOPUS. There were 18 investigations that included 4 types of prevention programs for suicidal behavior: universal, selective, indicated and multimodal. The results show that universal prevention programs are the most used at the school level and also those that obtain the best results. The aspects most addressed by these programs are education about signs and symptoms associated with suicide and skill training, especially in problem solving.
Key words: Suicide, Prevention, School, Program, Adolescent.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el suicidio representa un grave problema de salud pública en todo el mundo con alrededor de un millón de muertes cada año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Esto nos revela el impactante dato, aportado por la OMS, de que cada 40 segundos una persona se suicida y, cada tres, otra lo intenta. Además, se ha convertido en una de las principales causas de muerte entre los jóvenes (Patton et al., 2009), constituyendo actualmente la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 29 años (OMS, 2018). Cabe destacar que en estos datos no están incluidas las tentativas de suicidio, cuyas tasas más altas ocurren entre los 15 y 25 años, y que pueden llegar a ser 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (OMS, 2012). Por tanto, reducir la pérdida de vidas por suicidio se ha convertido en una meta prioritaria de salud mental internacional.

En España, las estadísticas de suicidio, publicadas en 2017 por el INE, nos revelan que el suicidio se mantuvo como la primera causa

de muerte externa, con 3.569 fallecimientos. La distribución por sexos es muy desigual, siendo 3 veces superior en hombres, situándose en éstos como la primera causa por muerte externa, y la tercera en mujeres (INE, 2017). En cuanto a la edad, 273 suicidios corresponden a edades comprendidas entre los 15 y 29 años, lo que supone el 13,1 % de las muertes por esta causa.

A pesar de que los datos del INE colocan al suicidio en España como la primera causa de muerte externa y la tercera causa de muerte en jóvenes (15-29 años), en nuestro país no existe un plan nacional de prevención del suicidio (Fundación de Salud Mental de España [FSME], 2017).

El objetivo del presente estudio es obtener conocimiento acerca de los programas existentes destinados a prevenir la conducta suicida en el ámbito escolar, para poder dilucidar cuáles han demostrado ser más eficaces.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión de las publicaciones realizadas sobre los programas de prevención de la conducta suicida a nivel escolar. Las bases de datos consultadas fueron PsycINFO, Medline y SCOPUS. Como palabras clave se han utilizado: "suicide", "prevention", "school", "program" y "adolescent".

Los criterios de inclusión para seleccionar los estudios fueron: artículos científicos evaluados por expertos, publicados entre el 1 de enero del 2010 y el 31 de diciembre del 2018, en inglés y español, que incluyeran las palabras clave de búsqueda en el título y/o resumen y que fueran intervenciones psicológicas aplicadas en el ámbito escolar.

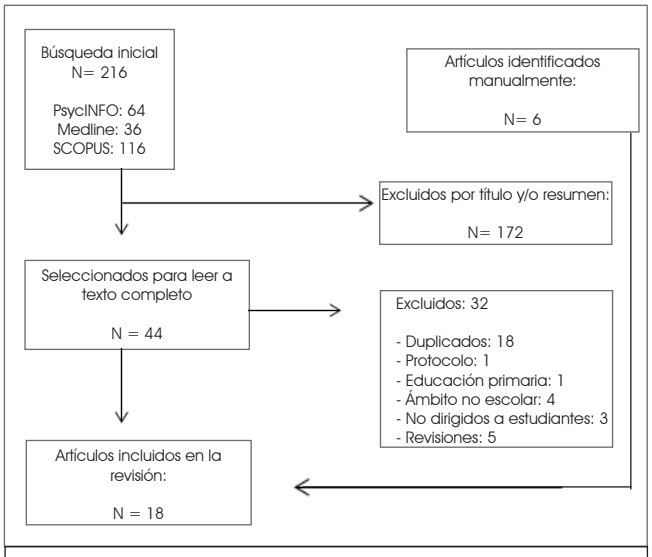


Figura 1. Fases del proceso de búsqueda bibliográfica

Tras aplicar los criterios de inclusión a la búsqueda inicial (Figura 1), se incorporaron 18 artículos a la revisión.

RESULTADOS

Se hallaron 4 tipos de programas de prevención de la conducta suicida en adolescentes escolarizados: universal, selectiva, indicada y multimodal.

En el ámbito escolar los programas de *prevención universal* son aquellos que van dirigidos a toda la población estudiantil. Estos programas pretenden aumentar la conciencia sobre el suicido proporcionando información sobre factores de riesgo y signos de advertencia relacionados con el mismo. También se centran en desmentir los mitos y enseñar a los estudiantes a cómo pedir ayuda si lo necesitan.

Los programas de *prevención selectiva* van dirigidos a estudiantes que presentan riesgo de suicidio y suelen incluir módulos de entrenamiento en habilidades. También se encargan de proporcionar apoyo y servicios a los estudiantes.

Los programas de *prevención indicada* están diseñados para estudiantes que presentan deseos de morir o intentos de suicidio recientes. El objetivo es reducir los conflictos o crisis actuales proporcionando estrategias de toma de decisiones, de cómo acceder a servicios de emergencia o cómo buscar ayuda.

Por último, se encontró un tipo de programas poco frecuentes, los *programas multimodales*. Su principal característica es que integran tanto estrategias de prevención universal como de prevención selectiva.

En esta revisión fueron seleccionados 18 artículos en los que se analizan 13 programas diferentes aplicados en el ámbito escolar. La mayoría de los artículos revisados, 13 concretamente, corresponde a programas de prevención universal (tabla 1). Las investigaciones restantes son 2 programas de prevención selectiva (tabla 2), 1 de prevención indicada (tabla 3), y 2 programas multimodales (tabla 4). En las tablas 1, 2, 3 y 4 se presentan los datos aportados por cada tipo de estrategia preventiva.

Tabla 1
Programas de prevención universal

Autores	Muestra	Duración	Intervención	Resultados
Zachariah et al. (2018)	GI: 34 estudiantes entre 10 y 15 años	Sesiones semanales de 45 ´durante 8 meses	GI: Educación y entrenamiento de pares	No resultados
Cañón et al. (2018)	GI: 103 estudiantes entre 12 y 15 años	8 sesiones semanales (30-180 minutos)	GI: Screening, entrenamiento de habilidades y educación	*Pretest* / *Postest* 42,7% / 6,8% Riesgo suicida 56,9% / 45,1% Autoestima baja 68,9% / 44,7% Asertividad confrontativa 2,8% / 4,5% Ideas acertadas sobre el suicidio
Schilling et al. (2016)	1575 estudiantes de 13 años. GI: 1369 GC: 949	Dos días	GI: Programa SOS: screening y educación GC: sin intervención	*Pretest* / *Postest* GI: M= 4,62 / M= 5,15 *Conocimiento GI: M= 3,71 / M= 3,74 *Actitudes hacia la depresión y el suicidio GI: 1,8 % / 1,7% *Intentos de suicidio GC:9% / GI:6,9% Ideación suicida GC:8,3% / GI:6,1% Planificación suicida
Calear et al. (2016)	Estudiantes entre 12-15 años	3 meses	GI: Programa Sources of Strength: Entrenamiento de pares, de "guardianes", de habilidades y educación GC: sin intervención	No resultados
Petrova et al. (2015)	706 estudiantes entre 13-19 años GI1: 252 GI2: 244 GC: 210	4 meses	GI[1]: Programa Sources of Strength GI[2]: Programa Sources of Strength + actividades interactivas en el aula. GC: sin intervención.	*A los 12 meses* GC: M= 2,83 / GI[1,2]: M= 2,95; 3,05 *Actitudes de afrontamiento GC: M= 3,23 / GI[1,2]: M= 3,32; 3,32 *Percepción de apoyo

GI: grupo intervención; GC: grupo control; *: estudios que han demostrado una diferencia estadísticamente significativa (p< ,05) entre el GC y GI o entre medida pretest y postest. M: media.

Tabla 1 (Continuación)
Programas de prevención universal

Autores	Muestra	Duración	Intervención	Resultados
Wasserman et al. (2015)	2920 estudiantes entre 14-16 años. GI: 2721 GC: 199	5 sesiones de una hora en 4 semanas	GI: Programa YAM: educación y entrenamiento de habilidades GC: exposición a posters	*Pretest* | *3meses* | *12meses* GI: 4% | 0,9% | 0,7% *Intentos de suicidio GI: 4% | 1,5% | 0,8% *Ideación suicida
Schmidt et al. (2015)	GI: 5949 estudiantes entre 11- 18 años	Entre 25 minutos y hora y media	GI: Programa YRSPP: educación, entrenamiento de "guardianes" y de pares	*Pretest* | *1año* | *2años* | *3años* | *4años* GI: 11% | 14,3% | 12,7% | 9,1% | 9,3% Ideación suicida Aumento del conocimiento sobre el suicidio y búsqueda de ayuda
Strunk et al. (2014)	1547 estudiantes entre 12-18 años. GI: 966 GC:581	4 sesiones de 50´en 4 días	GI: Programa Surviving the Teens: educación y entrenamiento en habilidades GC: sin intervención	*Pretest* | *Postest* GI: M=18,75 | M= 21,09 *Proporcionar ayuda a un amigo GI: M=13,29 | M=13,63 *Conocimiento GI: M=16,10 | M=16,30 *Intención de ayudar GI: M=11,90 | M=10,93 *Estigma GI: M=15,14 | M=15,28 *Manejo de problemas GI: M=20,64 | M=20,69 *Autoestima
Schilling et al. (2014)	Estudiantes entre 13-19 años. GI:299 GC: 87	4 meses	GI: Programa SOS: screening y educación GC: complementar cuestionarios	*A los 3 meses* GC: 10,5% | GI: 3,7% *Ideación suicida GC:11,6% | GI: 4,7% *Plan suicida GC: M= 4,55 | GI: M =4,58 *Conocimiento GC: M= 4,05 | GI: M= 4,01 Búsqueda de ayuda

GI: grupo intervención; GC: grupo control; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas ($p < ,05$).

Tabla 1 (Continuación)
Programas de prevención universal

Autores	Muestra	Duración	Intervención	Resultados	
Jegannathan et al. (2014)	Estudiantes con media de edad 16 años. GI: 168 GC: 131	6 sesiones (90-100 minutos)	GI: Educación y habilidades para la vida GC: 3 sesiones sobre salud	No datos generales, se explica en función del género.	
King et al. (2011)	GI: 1030 estudiantes 13-14 años	4 sesiones de 50' en 4 días	GI: Programa Surviving the Teens: educación y entrenamiento en habilidades	*Pretest*	*3meses*
				3,6%	2,8%
				*Comportamiento suicida	
Freedenthal (2010)	GI: 870 escuelas sin suicidios en los 5 años anteriores GC: 1600 escuelas con suicidios en los 5 años previos	110 minutos	GI: Programa YRSPP: educación, entrenamiento de "guardianes" y de pares GC: no se describe	*Pretest*	*3meses*
				GI: 2,2%	6,2%
				*Búsqueda de ayuda	
				GI: 11,2%	14,7%
				Pensamientos o intentos de suicidio	
Wasserman et al. (2010)	11000 estudiantes media 15 años GI: 2750 GC: 2750	4 semanas	GI: Educación y entrenamiento de "guardianes" GC: exposición a pósteres	No resultados	

GI: grupo intervención; GC: grupo control; *: estudios que han demostrado una diferencia estadísticamente significativa ($p < ,05$).

Tabla 2
Programas de prevención selectiva

Autores	Muestra	Duración	Intervención	Resultados			
Wasserman et al. (2015)	GI: 2764 estudiantes entre 14-16 años GC: 306	20 minutos (screening) y 4 semanas de atención especializada	GI: Programa ProfScreen: Screening e intervención especializada. GC: exposición a posters	*Pretest*		*3meses*	*12meses*
				GI:	4%	1,2%	1%
				Intentos de suicidio			
				GI:	4%	1,2%	1,1%
				Ideación suicida			
Hetrick et al. (2014)	GI: Estudiantes entre 14-18 años con ideación suicida el mes anterior	8 sesiones semanales	GI: Programa Reframe-IT. TCC a través de internet. Screening y entrenamiento en habilidades	*Pretest*		*Postest*	
				GI:	M=39,2	M=31,7	
				Orientación negativa hacia los problemas			
				GI:	M=55,0	M=41,5	
				Afrontamiento centrado en la emoción			

GI: grupo intervención; GC: grupo control

Tabla 3
Programa de prevención indicada

Autores	Muestra	Duración	Intervención	Resultados
Hooven et al. (2010)	GI: 593 estudiantes entre 14-18 años con riesgo de suicidio	3-4 horas	GI: Programa CARE (care, asses, respond, empower) Screening y entrenamiento de habilidades	No datos cuantitativos

Tabla 4
Programas de prevención multimodal

Autores	Muestra	Duración	Intervención	Resultados	
Gijzen et al. (2018)	Estudiantes entre 12 y 15 años	10-15´durante 5 días. 8 sesiones de 60 minutos de TCC	Programa multimodal: Screening y detección temprana, entrenamiento de "guardianes", trabajar el estigma, prevención de la depresión (TCC)	No resultados	
Silverstone et al. (2015)	3244 estudiantes entre 11-18 años con y sin riesgo suicida	8 sesiones de 45 minutos	GI1 sin riesgo suicida: TCC guiada por internet. GI2 con riesgo suicida: entrevista individualizada + TCC guiada por internet. GI3: intervención universal, TCC para reducir síntomas depresivos. GC: sin intervención	Pretest: N=125	Postest: N=30
				Pretest	*12semanas*
				GI_1: M= 3,71	M= 3,17
				GI_2: M= 3,86	M= 3,51
				*Depresión	
				GI_1: M= 6,97	M=6,22
				GI_2: M= 4,83	M= 4,72
				*Ansiedad	
				GI_1: M= 1,90	M=3,59
				GI_2: M= 1,86	M= 3,55
				DAT	
				GI_1: M= 7,32	M= 3,18
				GI_2: M= 6,95	M= 3,25
				*Autoestima	
				GI_1: M= 6,39	M= 6,16
				GI_2: M= 3,36	M= 3,45
				*Calidad de vida	
				A las 12 semanas	
				GI_3: 0,36 ± 3,01	
				GC: 0,52 ± 3,01	

TCC: terapia cognitivo-conductual; GI: grupo intervención; GC: grupo control; *: diferencia estadísticamente significativa (p< ,05); M: media; DAT: drogas, alcohol y tabaco

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente revisión bibliográfica fue conocer qué tipo de programas de prevención del suicidio se aplican a nivel escolar, qué aspectos abordan y cuáles son los más efectivos.

Con respecto al tipo de programas aplicados en el ámbito escolar, se observó que los programas de prevención del suicidio pueden clasificarse en cuatro grupos: programas universales, programas selectivos, programas indicados y programas multimodales. En cuanto a los primeros, cabe destacar que son el tipo de estrategia más empleada a nivel escolar, concretamente 13 de los 18 programas revisados corresponden a la prevención universal. Por otra parte, los programas

de tipo selectivo e indicado no son tan comunes en este ámbito, únicamente se han encontrado dos programas de prevención selectiva (Hetrick et al., 2014; Wasserman et al., 2015) y uno de prevención indicada (Hooven et al., 2010). Esto posiblemente esté relacionado con el hecho de que con este tipo de programas aumenta el riesgo de etiquetas y estereotipos negativos hacia aquellos estudiantes que presentan alto riesgo de cometer un suicidio, lo que a la par puede suponer que rechacen participar en los programas. Además, estos estudiantes suelen necesitar de una atención especializada o de emergencia que, en la mayoría de los casos, no está disponible a nivel escolar.

En cuanto a los aspectos que abordan los programas de prevención del suicidio en este ámbito, se ha visto que éstos son diversos. Diez de los programas incluyen la educación entre sus estrategias de intervención, cuyo objetivo es familiarizar a los estudiantes con los signos y síntomas del suicidio. Algunos también abordan el estigma (Gijzen et al., 2018; Strunk et al., 2014). A su vez, tres (Calear et al., 2016; Gijzen et al., 2018; Petrova et al., 2015; Schmidt et al., 2015) utilizan el entrenamiento de "guardianes", que consiste en que los alumnos sean capaces de reconocer los signos y síntomas del suicidio en los demás y saber cómo reaccionar ante ellos de manera adecuada. Dado que es más probable que los estudiantes confíen en sus compañeros que en los adultos, hay programas que emplean el entrenamiento de "pares líderes" (ej., Petrova et al., 2015; Strunk et al., 2014, Zachariah et al., 2018), para que éstos ayuden a sus compañeros enseñándoles a responder de manera adecuada y remitir a aquellos en peligro a un adulto de confianza. Otro aspecto que suelen abordar los programas es el entrenamiento en habilidades. Su objetivo es prevenir el suicidio de manera indirecta, incrementando los factores protectores entrenando en habilidades de afrontamiento, de resolución de problemas, en toma de decisiones y/o en habilidades cognitivas. De los programas descritos, seis realizan entrenamiento en habilidades. Por último, algunos programas incluyen screening (Hooven et al., 2010; Schilling et al., 2014; Wasserman et al., 2015), con el objetivo de identificar a estudiantes de alto riesgo para cometer un comportamiento suicida y derivarlos a atención especializada.

Centrándonos en la efectividad, la prevención universal es la que ha obtenido más resultados positivos, pues 7 de los 13 programas muestran diferencias significativas. Concretamente, 4 presentan disminución significativa de la ideación y tentativas de suicidio. Además, también producen un efecto indirecto en la reducción de estos comportamientos, al aumentar de forma significativa el conocimiento y las actitudes positivas hacia este tipo de problemática (ej., Cañón et al., 2018; Petrova et al., 2015; Schilling et al., 2016; Wasserman et al., 2015), enseñar cómo pedir ayuda (ej., Schilling et al., 2014; Schmidt et al., 2015; Strunk et al., 2014) y dotar de habilidades de resolución de problemas y de afrontamiento a los estudiantes (Cañón et al., 2018; Jegannathan et al., 2014; Petrova et al., 2015; Strunk et al., 2014). Por su lado, los programas selectivos aunque muestran una reducción en la intención e ideación de suicidio, ésta no es significativa.

Por todo lo comentado anteriormente, queda patente que la prevención universal parece ser la más adecuada para aplicar en el ámbito escolar, y la que ha conseguido resultados más beneficiosos en diferentes variables relacionadas con la conducta suicida. A pesar de ello, estos programas también presentan alguna desventaja. En primer lugar, suelen acarrear más recursos económicos, ya que van dirigidos a poblaciones amplias. También es más difícil medir las mejorías en este tipo de intervenciones porque en muchas de ellas no hay una medición pre-intervención que nos permita compararla con la medida post-intervención. Además, los resultados pueden verse afectados por la participación de sujetos que presentan factores de riesgo importantes, e incluso podría ser una desventaja someterlos a este tipo de intervención cuando necesitarían una atención especializada. Por contra, los programas selectivos contrarrestan estas desventajas al permitir medir los cambios y poder atribuirlos a la intervención, ya que hay una medida previa a la intervención con la que podemos comparar las medidas posteriores, pero acarrean otros problemas como la posibilidad de que se etiquete y estigmatice a los adolescentes. Posiblemente este enfoque se beneficiaría de actividades diseñadas para reducir el estigma de los problemas de salud mental entre alumnos y padres, y así ayudar a la sociedad a ser más abierta sobre los problemas de salud mental.

Es necesario destacar las principales limitaciones halladas a lo largo de la revisión realizada. Aunque se ha visto que el suicidio es un tema prevalente en la actualidad, no existen mucha investigación

relacionada con la prevención del mismo. Además, muchos de los programas existentes presentan limitaciones a nivel metodológico. Por una parte, varios programas no incluyen grupo control (ej., Calear et al., 2016; Cañón et al., 2018; Zachariah et al., 2018), lo que no permite conocer si hay diferencia entre los estudiantes que participan en la intervención frente a los que no la reciben. También hay estudios en los que se utilizan cuestionarios que no están adaptados a la población adolescente (Hetrick et al., 2014).

Por otro lado, en la mayoría de las investigaciones no se realizan seguimientos a largo plazo, únicamente realizan medidas inmediatamente posteriores a la intervención (Cañón et al., 2018; Hetrick et al., 2014; Strunk et al., 2014) o seguimiento a los 3 meses (ej. Freedenthal et al., 2011; King et al., 2011; Schilling et al., 2016), lo que impide conocer si sus resultados se mantienen a lo largo del tiempo. Además, existe una gran variedad de módulos incluidos en los diversos programas que conforman este tipo de intervenciones (screening, educación, entrenamiento de habilidades de resolución de problemas, de guardianes), por lo que es difícil poder discriminar cuáles son los componentes que causan la mejoría.

Otro aspecto a destacar es la diversidad de personal responsable de impartir el programa, desde profesionales de la salud mental, a personal escolar o la utilización del enfoque de pares líderes. Este último enfoque es una nueva forma de trabajar y, parece ser una alternativa prometedora (ej. Calear et al., 2016; Strunk et al., 2014). Por último, un aspecto que se ha detectado en algunos estudios es una importante pérdida de sujetos a lo largo del programa (ej., Silverstone et al., 2015; Zachariah et al., 2018), lo que no permite que los resultados obtenidos sean fiables y generalizables.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, queda de manifiesto que a pesar de las tasas de prevalencia existentes, la investigación en este terreno es todavía muy limitada. Por tanto, es necesaria una mayor investigación que permita comprobar la efectividad de los programas de intervención en la prevención del suicidio a nivel escolar y de sus componentes de forma particular, tanto a corto como a largo plazo, sobre las variables de interés, en este caso la conducta e ideación suicida, principalmente.

Dado el impacto que tiene el suicidio en nuestra sociedad, es urgente la realización de programas de prevención efectivos que permitan reducir su prevalencia en todos los grupos etarios. Se destaca la importancia de la adolescencia, debido a que es en esta etapa de la vida en la que aparece la ideación suicida (FSME, 2017), primer indicador y factor de riesgo que puede evolucionar hacia una acto irreversible en muchos casos. Debería preocuparnos el hecho de que en España no exista todavía un protocolo nacional para abordar este tipo de problemática.

CONCLUSIONES

Se han hallado 4 tipos de programas preventivos de la conducta suicida a nivel escolar: universales, selectivos, indicados y multimodales. Los programas abordan diversos aspectos entre los que destacan: educación, screening, entrenamiento de habilidades, entrenamiento de "guardianes" y entrenamiento de pares. Los módulos educativo y de entrenamiento de "guardianes" han demostrado tener gran relevancia en este tipo de intervenciones. El entrenamiento en habilidades también ha obtenido resultados positivos, ya que permite construir factores que protegen del suicido, dotando y mejorando a los estudiantes de habilidades de afrontamiento, de resolución de problemas y de comunicación.

En base a la bibliografía revisada los programas universales parecen situarse como los más prevalentes y efectivos en el ámbito escolar, si bien falta saber si los resultados obtenidos se mantienen a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Calear, A., Brewer, J., Batterham, P., Mackinnon, A., Wyman, P., LoMurray, M.,...Christensen, H. (2016). The Sources of Strength Australia Project: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Biomedical Central Psychiatry, 17*(349). doi: 10.1186/s13063-016-1475-1

Cañón, S., Castaño, J.J., Mosquera, A.M., Nieto, L.M., Orozco, M., & Giraldo, W.F. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). Diversitas: *Perspectivas en Psicología, 14*(1), 27-40. doi: 10.15332/s1794-9998.2018.0001.02

Freedenthal, S. (2010). Adolescent help-seeking and the yellow ribbon suicide prevention program: an evaluation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(6), 628-639. doi: 10.1521/suli.2010.40.6.628.

Fundación de Salud Mental de España [FSME] (2017). Suicidios España 2016. *Observatorio del Suicidio en España*. Disponible en: https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/

Gijzen, M.W.M., Creeners, D.H.M., Rasing, S.P.A., Smit, F., & Engels, R.C.M.E. (2018). *Biomedical Central Psychiatry, 18*(1), 124. doi: 10.1186/s12888-018-1710-2

Hetrick, S., Yuen, H., Cox,G., Bendall, S., Yung, A., Pirkis, J., & Robinson, J. (2014). Does Cognitive Behavioural Therapy have a role in improving problem solving and coping in adolescents with suicidal ideation?. *The Cognitive Behaviour Therapist, 7*. doi: 10.1017/S1754470X14000129

Hooven, C., Herting, J.R., & Snedker, K.A. (2010). Long-term outcomes for the promoting care suicide prevention program. *American Journal Health Behavior, 34*(6), 721-736. doi: 10.5993/AJHB.34.6.8

Instituto Nacional de Estadística (2017). *Defunciones según la causa de muerte,* año 2016. Disponible: https://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf

Jegannathan, B., Dahlblom, K., & Kullgren, G. (2014). Outcome of a school-based intervention to promote life-skills among young people in Cambodia. *Asian Journal of Psychiatry, 9,* 78-84. doi: 10.1016/j.ajp.2014.01.011

King, K.A., Strunk, C.M., & Sorter, M.T. (2011). Preliminary effectiveness of surviving the teens suicide prevention and depression awareness program on adolescents´suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *Journal of School Health, 81*(9), 581-590. doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00630.x.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevención del Suicidio* (SUPRE). Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). *Surveillance of suicide and suicide attempts 2017*. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Organización Mundial de la Salud (2018). *Datos y cifras sobre el suicidio: Infografía*. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/

Patton, G., Coffey ,C., Sawyer, S., Viner, R., Haller, D., Bose, K., Vos, T., Ferguson, J. & Mathers, C. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet, 374,* 881-892. doi:10.1016/S0140-6736(09)60741-8.

Petrova, M., Wyman, P.A., Schmeelk-Cone, K., & Pisani, A.R. (2015). Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates´coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide Life Threatening Behavior, 45*(6), 651-663. doi:10.1111/slbt.12156

Schilling, E. A., Aseltine, R.H., & James A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science, 17,* 157-166. doi: 10.1007/s11121-015-0594-3

Schilling, E.A., Lawless, M., Buchanan, L., & Aseltine, R.H. (2014). "Signs of Suicide" shows promise as a middle school suicide prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(6), 653-667. doi: 10.1111/sltb.12097

Schmidt, R., Iachini, A., George, M., Koller, J., & Weist, M. (2015). Integrating a suicide prevention program into a school mental health system: A case example from a rural school district. *Children & Schools, 37*(1), 18–26. doi: 10.1093/cs/cdu026

Silverstone, P.H., Bercov, M., Suen, V.Y.M., Allen, A., Cribben, I., Goodrick J,...McCabe, C. (2015) Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which may help reduce depression and suicidality in youth. *PLoS ONE 10*(5). doi:10.1371/journal.pone.0125527

Strunk, C.M., King, K.A., Vidourek, R.A., & Sortes, M.T. (2014). Effectiveness of the surviving the teens suicide prevetion and depression awareness program: An impact evaluation utilizing a comparasion group. *Health Education & Behavior, 41*(6), 605-613. doi:10.1177/1090198114531774

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., . . . Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet, 385*(9977), 1536-1544. doi:10.1016/S0140-6736(14)61213-7

Wasserman, D., Caril, V., Wasserman, C., Aprter, A., Balazs, J., Bobes, J.,... Hoven, C.W. (2010). Saving and Empowering Young lives in

Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *Biomedical Central Public Health, 10*(192). doi: 10.1186/1471-2458-10-192.

Zachariah, B., De Wit, E.E., Bahirat, J.D., Bunders-Aelen, J. F. G., & Regeer, B.J. (2018). What is in it for them? understanding the impact of a Support, Appreciate, Listen Team SALT-based suicide prevention peer education program on peer educators. *School Mental Health, 10,* 462-476. doi: 10.1007/s12310-018-9264-5

PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DEL ALUMNADO CON ALTAS CAPACIDADES: PROGRAMA AMENTÚRATE

Teresa Gallego-Álvarez, Alba Ibáñez-García, Juan Amodia-de la Riva, Maricel Totoricagüena-Martín, Ruth Villalón-Molina, Rocío Ruiz-Cobo y Verónica Guillén-Martín

Universidad de Cantabria

Resumen: De acuerdo con el Ministerio de Educación, en España existen 27.133 niños detectados con AACC, lo que supone el 0,3% de los alumnos matriculados en enseñanzas oficiales, por lo que existe un número alto de escolares con altas capacidades no detectados (García-Barrera y De la Flor, 2016). Aunque el Comité Económico y Social Europeo (2013) recomienda la atención en esta área (Luque y cols., 2018), los centros educativos no disponen de una oferta educativa suficientemente diversificada, generando que los alumnos no desarrollen todo su potencial afectando a su bienestar. La Universidad de Cantabria ha desarrollado a lo largo del curso académico 2018/2019 un programa de mentorías universitarias que responda, en lo posible, a estos alumnos en la etapa de la E.S.O. tratando de orientarlo, no sólo desde la vertiente académica o vocacional sino también atendiendo a sus necesidades socio-afectivas.
Palabras clave: Altas capacidades, Necesidades educativas especiales, Psicología educativa, Mentoring.

ATTENTION TO THE NEEDS OF STUDENTS WITH HIGH ABILITIES: AMENTÚRATE PROGRAM-UC

Abstract: According to the Ministry of Education, in Spain there are 27,133 children detected with Gifted Children / Talented / High capabilities, which represents 0.3% of students enrolled in official education, so there is a high number of schoolchildren with high undetected capacities (García-Barrera and De la Flor, 2016). Although the European Economic and Social Committee (2013) recommends attention in this area (Luque et al., 2018), educational centers do not have a sufficiently diversified educational offer, causing students not to develop their full potential affecting their welfare. Throughout the academic year 2018/2019, the University of Cantabria has developed a university mentoring programme that responds, as far as possible, to these students in the Secondary Education stage, trying to guide them, not only from an academic or vocational point of view, but also by attending to their socio-affective needs.
Key words: High capacities, Special educational needs, Educational psychology, Mentoring.

INTRODUCCIÓN

Según las estadísticas del Ministerio de Educación Cultura y Deporte a finales del curso 2015/2016 en España existen 27.133 niños detectados con AACC, lo que supone el 0,3% de los alumnos matriculados en enseñanzas oficiales. La cifra de menores identificados varía en función de la provincia, encontrando que en Cantabria hay alrededor de 93.000 alumnos escolarizados, lo que podría aproximarse a un porcentaje de alumnado con alta capacidad identificado de apenas el 0,13%, cuando los profesionales de la materia aluden que debería rondar entre el 5-10% (Tourón, 2004).

Si atendemos al artículo 76 de la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, corresponde a las administraciones educativas adoptar las medidas necesarias para identificar al alumnado con altas capacidades intelectuales y valorar de forma temprana sus necesidades. De la misma forma deben de desarrollar planes de actuación, y programas de enriquecimiento curricular que respondan a las necesidades del alumnado para desarrollar al máximo sus capacidades. No obstante, existe un número de estudiantes con alta capacidad que no están siendo evaluados a nivel psicopedagógico y, en consecuencia, no están recibiendo una adecuada atención educativa.

A partir de estas premisas desde la Universidad de Cantabria se plantea una propuesta educativa dirigida a estudiantes con AACC no universitarios, basada en un Programa de Mentorías Universitarias.

LA MENTORÍA COMO CONCEPTO EDUCATIVO

La mentoría puede definirse como una relación diádica, relativamente estable en el tiempo, entre un mentor experimentado y un aprendiz menos experimentado, caracterizado por la confianza y respeto mutuo, con el propósito de promover el aprendizaje, el desarrollo y, finalmente, el progreso del aprendiz (Bisland, 2001; Grassinger, Porath y Ziegler, 2010).

Uno de los aspectos fundamentales a trabajar con el alumnado de altas capacidades, según señala Wood (2010) es la orientación académica y vocacional, que, junto con otras áreas como el enriquecimiento cognitivo o socioafectivo, son objetivos fundamentales para poder trabajar con el alumnado. En esta línea, la posibilidad de conocer y compartir las inquietudes profesionales o talentos con un mentor o experto, pude motivar a los alumnos a aprender y, de hecho, se relacionan de forma consistente con el rendimiento académico (Siegle y McCoach, 2013). En consecuencia, la mentoría podría estimular a alumnos con mayor riesgo de fracaso a promover el sentimiento de autoeficacia, la capacidad de autorregulación o el trabajo hacia metas significativas.

Pese a la escasez de estudios empíricos sobre el impacto y la puesta en práctica de mentorías a nivel tanto internacional como nacional, algunos autores defienden que puede obtener resultados positivos tanto para el alumnado como para el profesorado implicado y las familias (Casey & Shore, 2000; Little, Kearney & Britner, 2010). En este sentido, los estudiantes con altas capacidades tendrían la oportunidad obtener nuevos retos, exigencias de calidad y rigor académico y oportunidades para madurar, valorar salidas académicas y laborales, aplicar conocimientos escolares y, por último, observar modelos positivos en quienes les sirve de mentor o guía de aprendizaje.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL ALUMNADO CON ALTAS CAPACIDADES

Existen diversas formas de conceptualizar las altas capacidades y diferentes modelos teóricos que abordan el término, desde concepciones más psicométricas, los modelos de desarrollo del talento o la perspectiva del desempeño (Pfeiffer, 2017). Algunos de los modelos más conocidos pueden encontrarse el modelo de Gagné, quien comprende las altas capacidades como una cualidad que se desarrolla gracias a un entorno estimulante y un proceso educativo que actúa como catalizador (Gagné, 2015). El modelo de Rena Subotnik, en la misma línea resalta las variables psicosociales como factores críticos para el desarrollo del éxito en el potencial de estos alumnos (Olszewski-Kubilius, Subotnik, & Worrell, 2015). El modelo de los tres anillos del Renzulli, que señala por un lado las altas capacidades escolares, asociadas frecuentemente con el rendimiento académico y las puntuaciones en las pruebas de inteligencia y por otro, las productivo-creativas, en las que la innovación y la producción de cosas extraordinarias son los aspectos clave. Todos estos modelos resaltan la interacción entre la capacidad como tal y los componentes no intelectuales, incluidos los elementos ambientales que influyen en el desarrollo del talento (Patti, Brackett, Ferrándiz y Ferrando, 2011). Por último, se señala dentro de estos modelos el Modelo Tripartito defendido por Steven I. Pfeiffer (2013) quien defiende que existen al menos tres formas diferentes, pero complementarias, de identificar a los alumnos con un potencial o una alta capacidad poco común, avanzada o excepcional. Estos tres puntos de vista serían:

1. Alta capacidad a través de la lente de la alta inteligencia. Los alumnos que muestran una mayor probabilidad de alcanzar logros extraordinarios o sobresalientes en uno o más dominios culturalmente valiosos para una sociedad determinada
2. Alta capacidad a través de la lente del alto rendimiento. Aquellos que demuestran un rendimiento sobresaliente o evidencia un potencial para sobresalir en su rendimiento académico
3. Alta capacidad a través de la lente del potencial para rendir de modo excelente

Aquellos que, por diversas razones: escolares, culturales, sociales o familiares, no han disfrutado de oportunidades o no han recibido el estímulo intelectual suficiente para que desarrollen sus capacidades, de tal forma que estas permanecen en un estado de latencia

El modelo tripartito sobre la alta capacidad incorpora ideas y conceptos propuestos por

muchos de los principales teóricos en este campo. Además, como afirman Valler, Burko, Pfeiffer y Branagan (2016), este modelo "no establece umbrales específicos o puntuaciones de corte para la inclusión o exclusión en cualquiera de los tres tipos alternativos de dones; el modelo deja esta decisión a los que son responsables de la supervisión de los programas de educación para dotados (Pfeiffer, 2013), preferentemente a nivel local" (Lohman, 2009. p. 8).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MENTORÍAS UNIVERSITARIAS CON ALTAS CAPACIDADES

Los Objetivos generales del programa que se lleva a cabo en la Universidad de Cantabria podrían resumirse en:

- OG1.- Responder a una necesidad de la Comunidad Educativa de nuestro entorno, como es dar una atención educativa de calidad al alumnado con altas capacidades.
- OG2.- Impulsar el desarrollo de actuaciones que complementen la atención educativa al alumnado con altas capacidades, apoyando las iniciativas de los centros educativos y/o las entidades representativas del alumnado con altas capacidades.
- OG3.- Favorecer la transferencia de conocimiento de la UC a la sociedad Cántabra y los vínculos de la misma con las personas con altas capacidades.

Así mismo, los objetivos específicos:

- OE1.- Proponer un Programa de Mentorías universitarias colaborativo e inclusivo, que tenga como eje al estudiante con sus necesidades específicas y sus intereses, para promover su desarrollo integral.
- OE2.- Orientar e impulsar las vocaciones en diferentes áreas de conocimiento canalizando el potencial del alumnado a través de la figura del mentor/a.
- OE3.- Contemplar todas las áreas de la persona, no sólo la cognitiva o académica, haciendo hincapié en el dominio socioafectivo para lograr una actitud positiva hacia el aprendizaje e impulsar relaciones sociales positivas.
- OE4.- Validar la eficacia del Programa de Mentorías universitarias con criterios de calidad científica.

PRINCIPIOS DEL PROGRAMA

El programa a desarrollar pretende, por una parte, estimular aprendizajes de forma respetuosa y el ritmo de cada alumno, centrado en la motivación y los intereses de éste a la vez que fomenta la motivación, perseverancia y resistencia a la frustración, favoreciendo la participación del alumnado en la planificación y evaluación de las tareas permitiendo la confianza en su profesorado. Así mismo el programa pone énfasis en el bienestar del alumnado tanto en los aspectos sociales, estimulando los sentimientos de pertenencia y de respeto, así como trata de desarrollar una autoestima sana que permita el desarrollo de seguridad en sí mismos, de valía y de confianza, ya que según Sword (2005) la complejidad cognitiva de estos alumnos se combina con el área emocional, pudiendo ser sus vivencias emocionales más complejas e intensas que las de sus compañeros.

Existe evidencia en la literatura, aunque la cuestión es controvertida (Amini, 2005), que indica que los alumnos con altas capacidades no sólo son académicamente precoces, sino que también muestran mayor madurez social y emocional que sus compañeros, pudiendo manifestar un avanzado juicio moral, mayor sentido de auto–conciencia y sensibilidad a las expectativas y sentimientos de los otros (Patti, Brackett, Ferrándiz y Ferrando, 2011) o mayor sensibilidad a los conflictos interpersonales (Lubinski & Benbow, 2000).

La importancia del bienestar y su relación con el logro de su potencial está reflejada en numerosos estudios, encontrando que la falta de apoyo se relaciona con bajo rendimiento y/o aburrimiento (Kroesbergen et al.2016; Subotnik et al., 2011; Preckel, Götz, & Frenzel, 2010). y éste con fracaso escolar. Por eso el programa trata desde sus principios, de potenciar las relaciones entre iguales, el sentimiento de pertenencia, de éxito y de bienestar que fomente el éxito y la confianza en sí mismo.

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

El programa está formado por tres grupos principales de participantes: el grupo de mentees, un total de 28 alumnos/as de las etapas de

Educación Secundaria Obligatoria, que presenta altas capacidades, de ellos 34% fueron mujeres y un 66%, varones. Para participar en el programa es necesario que los alumnos y alumnas envíen una carta motivacional, así como sus padres y un profesor o tutor que recomiende el programa por los beneficios que cree puede generar en el menor.

Las funciones del alumnado en el programa son el abordaje y profundización en contenidos y retos formativos, el contacto con las líneas de investigación y las actividades científicas que se están realizando en la actualidad y la búsqueda de un desarrollo óptimo de sus vocaciones profesionales. Para ello deben de acordar con el mentor y su familia la duración y periodicidad de las sesiones de mentoría, comprometerse a realizar el programa durante el tiempo establecido, así como colaborar en la evaluación del programa. Como actividad final, deben de idear un proyecto o producto y exponerlo en las jornadas de finalización del programa.

Por otro lado, el grupo de mentores, que están formados por el profesorado de la Universidad de Cantabria que de forma voluntaria participa en el programa. Su objetivo es establecer un sistema de mentoría en el que mostrará y guiará al estudiante a través de un aprendizaje por descubrimiento en aquellas cosas que más le interesen de sus líneas de investigación.

Su labor comienza con el desarrollo de un taller temático afín a su rama de conocimiento y/o línea de investigación. El objetivo es, no sólo conocer las diversas áreas de conocimiento, sino también poner en contacto al mentor y al mentee para que puedan conocerse y vincularse en función de su afinidad. De hecho, las investigaciones sobre eficacia en mentorías destacan como clave en los resultados, la confianza, comodidad, las relaciones de apoyo y la complicidad entre el mentor y el *mentee* (Aspfors & Fransson, 2015). Para llevar a cabo las mentorías los mentores deben acordar con el estudiante la periodicidad y duración de las sesiones, utilizar estrategias educativas eficaces y desarrollar, en la medida de lo posible aprendizajes por descubrimiento, así como posibilitar actividades en grupo cooperativo e intentar actividades poco estructuradas o incluso abiertas, con variedad de recursos didácticos, así como participar en la evaluación del programa.

Finalmente, el programa cuenta con un equipo técnico, compuesto por profesorado del Departamento de Educación de la Universidad de Cantabria y familiares miembros de la Asociación Cántabra de apoyo a las Altas Capacidades, cuyas funciones son diseñar el proyecto, llevarlo a efecto y difundirlo, recoger y evaluar datos, coordinar el programa y proponer aspectos de mejora para futuro. De la misma forma el equipo técnico acompaña a los mentores y mentees, y también a las familias, a lo largo del programa atendiendo que se cubran las necesidades y solventando las dificultades que puedan aparecer.

DISEÑO

El programa se encuentra encuadrado dentro de la metodología de investigación-acción en tanto que busca la mejora y/o transformación de la práctica social y/o educativa, a la vez que procurar una mejor comprensión de dicha práctica, trata de acercarse a la realidad vinculando el cambio y el conocimiento, además de hacer protagonistas de la investigación a todos los actores implicados (Latorre, 2007). De esta forma tanto el alumnado como sus familias son co-investigadores, participando en la identificación de las necesidades o los potenciales problemas por investigar, en la recolección de información, en la toma de decisiones, en los procesos de reflexión y acción.

El programa se desarrolla en base a tres bloques principales de actividades:

Inicialmente el programa cuenta con una serie de mentorías grupales o talleres de enriquecimiento, en los que a través de pequeños grupos se llevan a cabo actividades que favorecen que el alumnado se familiarice con el método científico y profundice en sus ámbitos de interés. Podemos diferenciar, por un lado, los talleres temáticos que fomentan el conocimiento de un área concreta de conocimiento y, por otro, los talleres transversales,

Figura 1. Estructura del programa.

que incluyen actividades centradas en el desarrollo social y emocional del alumnado.

Todos estos talleres tienen como objetivo también, establecer vínculos entre mentor y mente.

También se llevan a cabo actividades lúdicas, cuyo objetivo se centra en la cohesión del grupo, el trabajo en equipo, la creatividad y el desarrollo social de los *mentees*. Una parte de estas actividades son ofrecidas desde el programa y otras actividades son decididas por consenso del propio grupo de *mentees*. Investigaciones como López-Aymes y cols. (2015) indican que la interacción entre pares es clave en el desarrollo socioafectivo, la solución de problemas, negociación o la adquisición de roles y para el bienestar integral de los menores.

Una vez los talleres han tenido lugar, se emparejarán los *mentees* y sus mentores a través de la elección por preferencias de ambos y se llevan a cabo las mentorías individuales. En congruencia con la definición de Grassinger et al. (2010) esta segunda propuesta se define en base al proceso en el que una persona experta guía a en la investigación y profundización de conocimientos a alguien con menor, Esto supone que los emparejamientos se realizan en diadas y que debe partir del interés y motivación del alumnado, fomentando así una realización más completa y adecuada (Jiménez-Pascual, 2016). Algunos estudios como los de Roedell (2011) han encontrado que los niños con altas capacidades pueden sentir frustración cuando su esfuerzo no es valorado, de ahí el énfasis en el trabajo personal con el alumno, que fomente su interés y lo acompañe en el descubrimiento del aprendizaje, validando sus éxitos y guiándole en el proceso.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos con el programa están siendo prometedores. Según un análisis inicial de las cartas motivacionales y las expectativas por parte de mentees y familias, los objetivos con los que se adentran en el programa fueron el aprendizaje de nuevos conocimientos, aspectos relacionados con la socialización y conocer personas con sus mismos intereses y aspectos relacionados con el bienestar y la vocación. En las entrevistas posteriores, los mentees y las familias señalan que, efectivamente, el programa cumple los objetivos y las expectativas iniciales con los que se inscribieron al programa. La satisfacción con los talleres, realizada mediante cuestionarios, está obteniendo muy buenos resultados encontrando los talleres interesantes y acordes con las ideas iniciales que presentaban los alumnos. Así mismo, el interés generado por la propuesta ha iniciado mayor demanda tanto por otras familias interesadas como por empresas y corporaciones con interés en el desarrollo del talento. De esta forma, unos de los objetivos propuestos desde el programa es la formación y vencer los mitos que pueden existir aún en día sobre estos alumnos, ya que como indican Narea, Lissi & Arancibia (2006) estos niños están en riesgo de no desarrollar sus capacidades debido a las creencias y mitos acerca de ellos y podemos observar a través de la iniciativa que cada vez son más los colectivos interesados en formarse y trabajar en el conocimiento sobre la alta capacidad y el fomento del talento.

Por su parte los mentores también están manifestando un beneficio en tanto que supone un reto estimulante a la hora de dar a conocer su trabajo a un target diferente del de costumbre y adaptar las actividades a otros ritmos y formas de enseñar, al igual que reflejan algunos estudios (Clarke et al. 2013; Patrick et al., 2010) en tanto que refieren que los mentores también encuentran provecho y utilidad en las mentorías en tanto que les ayuda a reflexionar sobre su práctica y estimula a aprender nuevas formas de enseñar. Por lo tanto, el programa podría suponer un beneficio no sólo para los mentees participantes sino también para los mentores y para la comunidad.

El programa está desarrollándose en la actualidad y con ello debemos de esperar hasta obtener los resultados finales que nos indiquen si el camino iniciado es correcto y cuáles son los cambios que debemos de realizar para cubrir los amplios objetivos con los que Amentúrate arrancó en esta primera edición. Por ahora podemos indicar que el proyecto presenta resultados preliminares positivos que apoyan la línea de continuar trabajando e investigando sobre los efectos de las mentorías en estudiantes con altas capacidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amini, M. (2005). Identifiying stressors and reaction to stressors in gifted and non–gifted students. *International Education Journal, 6*(2), 136–140.

Aspfors, J. & Fransson, G. (2015). Research on mentor education for mentors of newly qualified teachers:

A qualitative meta-synthesis. *Teaching and teacher education. 48,* 75-86.

Bisland, A. (2001). Mentoring: An educational alternative for gifted students. *Gifted Child Today, 24*(4), 22–26.

Casey, K. M. A. & Shore, B. M. (2000). Mentors' contributions to gifted adolescents' affective, social, and vocational development. *Roeper Review, 22*(4), 227–230.

Clarke, M., Killeavy, M. & Moloney, A. (2013). The genesis of mentors' professional and personal knowledge about teaching: perspectives from the Republic of Ireland. *European Journal of Teacher Education, 36*(3), 364 - 375.

Gagné, F. (2015). *De los genes al talento: la perspectiva DMGT/CMTD: From genes to talent: the DMGT/CMTD perspective*. Ministerio de Educación.

García-Barrera, A. & de la Flor, P. (2016). Percepción del profesorado español sobre el alumnado con altas capacidades. *Estudios pedagógicos (Valdivia), 42*(2), 129-149.

Grassinger, R., Proath, M. & Ziegler, A. (2010). Mentoring the gifted: A conceptual analysis. High Ability Studies, 21(1), 27–46.

Jimenez-Pascual, M. E. (2016). *Medidas de enriquecimiento curricular en Educación Primaria y Educación Secundaria*. Recuperado el 20 de febrero de 2019 de: https://bit.ly/2YPF32g

Kroesbergen, E. H., Van Hooijdonk, M., Van Viersen, S., Middel-Lalleman, M. M. & Reijnders, J. J. (2016). The psychological well-being of early identified gifted children. *Gifted Child Quarterly, 60*(1), 16-30.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), *Boletín Oficial del Estado* (BOE). 10 de diciembre de 2013.

Little, C. A., Kearney, K. L. & Britner, P. A. (2010). Students' self-concept and perceptions of mentoring relationships in a summer mentorship program for talented adolescents. *Roeper Review, 32*(3), 189–199.

Lohman, D. F. (2009). Identifying academically talented students: Some general principles, two specific procedures. In L. V. Shavinia (Ed.), *International handbook in giftedness* (pp. 971-997). New York, NY: Springer.

López-Aymes, G., Vázquez, N., Navarro, M. I., y Acuña, S. R. (2015). Características socioafectivas de niños con altas capacidades participantes en un programa extraescolar. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 085-090.

Lubinski, D. & Benbow, C. (2000). States of excellence. *American Psychologist, 55,* 137–150.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (25 de marzo de 2019). Datos y Cifras. *Curso escolar 2015/2016*. Recuperado de: https://bit.ly/33uLbLR

Narea, M., Lissi, M. y Arancibia, V. (2006). Impacto en la sala de clases de un programa extracurricular para alumnos con talentos académicos. *Psykhe, 15*(2), 81-92.

Olszewski-Kubilius, P., Subotnik, R. F. & Worrell, F. C. (2015). *Re-pensando las altas capacidades: una aproximación evolutiva: Rethinking Giftedness: A Developmental Approach*. Ministerio de Educación.

Olszewski-Kubilius, P., Subotnik, R. F. & Worrell, F. C. (2015). Conceptualizations of giftedness and the development of talent: Implications for counselors. *Journal of Counseling & Development, 93*(2), 143-152.

Patrick, F., Elliot, D., Hulme, M. & McPhee, A. (2010). The importance of collegiality and reciprocal learning in the professional development of beginning teachers. *Journal of Education for Teaching, 36*(3), 277-289.

Patti, J., Brackett, M. A., García, C. F. y Prieto, M. F. (2011). ¿Por qué y cómo mejorar la inteligencia emocional de los alumnos superdotados? *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado, 14*(3), 145-156.

Pfeiffer, S. I. (2013). *Serving the gifted*. New York, NY: Routledge.

Pfeiffer, S. I. (2017). *Identificación y evaluación del alumnado con altas capacidades: Una guía práctica*. La Rioja: UNIR Editorial.

Preckel F., Götz T. & Frenzel A. (2010). Ability grouping of gifted students: Effects on academic self-concept and boredom. *British Journal of Educational Psychology, 80,* 451-472.

Roedell, W. (2011). Vulnerabilities of highly gifted children. *Roeper Review, 6*(1), 127-130.

Siegle, D. & McCoach, D. B. (2013). Underachieving gifted students. In C. M. Callaham & H. L. Hertberg-Davis (Eds.) Fundamentals of gifted education. *Considering multiple perspectives* (pp.377-387). New York: Routledge.

Subotnik R. F., Olszewski-Kubilius, P. & Worrell, F. C. (2011). Rethinking giftedness and gifted education: A proposed direction forward based on psychological science. *Psychological Science in the Public Interest, 12*, 3-54.

Sword, L. K. (2005). Emotional intensity in gifted children. Obtenido 25 de marzo de 2018 de www.sengifted.org

Tourón, J. (2004). De la superdotación al talento:

evolución de un paradigma. En C. Jiménez (Coord). *Pedagogía Diferencial. Diversidad y Equidad* (pp. 369-400). Madrid: Pearson Educación.

Valler, E. C., Burko, J. A., Pfeiffer, S. I. & Branagan, A. M. (2016). The test authors speak: Reporting on an Author Survey of the Leading Tests Used in Gifted Assessment. *Journal of Psychoeducational Assessment,* 1–14.

Wood (2010). Best Practices in Counseling the Gifted in Schools: What's Really Happening? *Gifted Child Quarterly, 54*(1) 42–58.

UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA LA MEJORA DEL AJUSTE ESCOLAR A TRAVÉS DE VARIABLES PSICOLÓGICAS

Arantzazu Rodríguez-Fernández, Inge Axpe-Saez e Iker Izar de la Fuente

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

Resumen: Este trabajo expone una propuesta de diseño e implementación de una intervención psicoeducativa que favorezca el ajuste escolar de alumnado adolescente. Para lograr tal mejora se plantea que el programa de intervención tome como variable diana un importante factor contextual o microsistema adolescente: la familia, concretamente, los progenitores. Es decir, el diseño de intervención que se pretende poner a prueba, trataría de mejorar las variables individuales y el ajuste del alumnado valiéndose de su principal contexto de desarrollo. Se describe el diseño y futura aplicación piloto de esta breve intervención psicoeducativa (8 semanas) dirigida a progenitores para tratar de mejorar el autoconcepto, inteligencia emocional, y resiliencia adolescentes, factores implicados, todos ellos, en el ajuste escolar. Se indican las sesiones del programa, el procedimiento para la implementación y la manera en que será evaluado, esperando contar en un futuro próximo con los resultados de la aplicación piloto preliminar.
Palabras clave: Intervención psicoeducativa, Adolescencia, Progenitores, Ajuste escolar

A PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION PROGRAM TO IMPROVE SCHOOL ADJUSTMENT THROUGH PSYCHOLOGICAL VARIABLES

Abstract: This paper presents the design for the implementation of a psychoeducational intervention that favors the school adjustment of adolescent students through the psychoeducational education of parents. The objective is to try to improve individual variables (family communication, self-concept, emotional intelligence, and resilience) and student adjustment using the family as the main development context. A battery of pre-post-test questionnaires will be applied both to the experimental group and to the control of parents and children (80-100 participants). The design of the sessions (objectives, activities, procedure…) is described and both the viability and the need for this type of programmes are discussed.
Key words: Psychoeducational intervention, Adolescence, Parents, School adjustment.

INTRODUCCIÓN

La relevancia social y económica de un adecuado ajuste escolar es patente, dada su asociación con los logros educativos y su oposición frente a los fenómenos de disrupción, bullying, fracaso y abandono escolar (Wang, y Fredricks, 2014). Estos fenómenos son especialmente significativos en la adolescencia, un periodo vital en el que los y las jóvenes deben afrontar, de manera simultánea, numerosos cambios y retos en distintos ámbitos, tanto personales como sociales. De este modo, el diseño de intervenciones dirigidas a lograr y optimizar un buen ajuste escolar en Educación Secundaria resulta un objetivo deseable y prioritario.

El ajuste escolar puede definirse como la adaptación del alumno o alumna a las características y exigencias del sistema escolar, y englobaría también la percepción del propio estudiante respecto a la comodidad, compromiso y aceptación que siente en contextos educativos (Appleton, Christeson, y Furlong, 2008). Durante la infancia y la adolescencia el contexto escolar

constituye uno de los principales microsistemas de desarrollo humano, por lo que el comportamiento ajustado en dicho contexto se convierte en uno de los principales indicadores del ajuste psicosocial (Rodríguez-Fernández, Droguett, y Revuelta, 2012). La implicación escolar se encuentra estrechamente ligada al ajuste escolar y se contempla como un posible antídoto ante la falta de motivación, el bajo rendimiento o el abandono escolar (Fredricks, Blumenfeld, y Paris, 2004). Por último, el éxito, logro o *rendimiento académico,* concebido como una medida o reflejo del ajuste y la implicación escolar, constituye un predictor importante del futuro estatus social y bienestar adolescente (Sijtsema, Verboom, Penninx, Verhulst, y Ormel, 2014).

Sobre el ajuste escolar, implicación escolar y rendimiento académico inciden distintos factores, tanto personales o psicológicos como contextuales. Entre los factores psicológicos o individuales, el autoconcepto, la inteligencia emocional (IE) y la resiliencia resultan fundamentales para el ajuste escolar, personal y social. Todos ellos estarían fuertemente vinculados al contexto familiar, y muy especialmente, al trato y educación recibida por parte de los progenitores. De hecho, el familiar, se considera un microsistema con influencia directa y bidireccional sobre el adolescente en desarrollo (Bonfrenbrenner, 1977), ejerciendo, por tanto, los padres y madres, una de las tareas más complejas y con mayor repercusión a nivel social y personal (Altafim, Pedro, y Linhares, 2016).

Esta interacción progenitor-hijo/a constituye, en el caso de suponer un apoyo positivo, un recurso importante en el ajuste escolar (Rodríguez, et al., 2012), tanto de forma directa como a través de su influencia sobre variables de tipo personal como la competencia percibida o la motivación intrínseca (Ishak, Low, y Lau, 2012). En este sentido, el autoconcepto, la IE y la resiliencia constituyen variables personales con un fuerte componente social, desarrolladas en la interacción con las personas significativas del entorno próximo. Se ha observado, por ejemplo, que prácticas parentales inadecuadas como el control psicológico muestran una asociación negativa con el autoconcepto académico filial (Lu, Walsh, White, y Shield, 2017), el cual, a su vez, media sobre el rendimiento académico (Weiser y Riggio 2010). Se ha comprobado, también, que las prácticas parentales adecuadas, al contribuir a co-regular durante la infancia las emociones filiales, predicen un mejor ajuste escolar (Herbers, Cutuli, Supkoff, Narayan, y Masten, 2014). Igualmente la resiliencia filial se relaciona positivamente con la experiencia de apoyo parental (Bowes, Maughan, Caspi, Moffitt y Arseneault, 2010).

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

El amplio consenso internacional en relación al profundo efecto que la parentalidad tiene sobre el desarrollo infantil ha supuesto reconocer la importancia de las relaciones parento-filiales positivas, basadas en vínculos afectivos en los que prima la aceptación y la demostración de cariño, se apoya el aprendizaje cotidiano y escolar, se comparte tiempo de calidad y se reconocen los logros evolutivos de los hijos/as (Suárez, Byrne, y Rodrigo, 2016).

Así, se recomienda a los estados que proporcionen apoyos psico-educativos para que los progenitores puedan desarrollar mejor su tarea parental. Esto resulta especialmente necesario en la adolescencia, ya que dicha etapa implica una serie de cambios rápidos que sitúan a los jóvenes en una mayor posición de vulnerabilidad, lo que complica la labor educadora (Rodríguez-Gutiérrez, Martín-Quintana, y Cruz-Sosa, 2016). Contribuir y facilitar esta tarea parental podría lograrse a través de medidas y programas que mejoran las prácticas parentales, los cuales han demostrado ser recursos de bajo costo y alta eficacia (Asmussen, 2011). No obstante, para asegurar su eficacia, los programas educativos deben estar basados en la evidencia. Es decir, deben basarse en la investigación y conocimiento científico previo relativo a las prácticas parentales óptimas para un buen desarrollo infantil; deben recoger con detalle su implementación y deben haber sido revisados y evaluados respecto a su eficacia, considerando el logro de objetivos a corto y largo plazo (Arranz, et al., 2016). Igualmente, sería preciso recoger y analizar las estrategias de implementación utilizadas para desarrollar el programa, señalando tanto la fidelidad con la que la aplicación se ajusta al diseño original como la responsividad (atención y motivación…) de las personas participantes (Hidalgo, Jiménez, López-Verdugo, Lorence, y Sánchez, 2016).

Intervenciones previas con programas de estas características han mostrado, por lo general, resultados positivos en relación a los progenitores (Altafim y Linhares, 2016). Sin embargo, resultan

mucho más escasos los trabajos en los que se evalúa el impacto que tiene la implementación sobre los y las menores (Cowan y Cowan, 2014).

Este hecho resulta llamativo si se considera que los programas dirigidos a progenitores, al aumentar su conocimiento en relación al desarrollo infantil y potenciar el desarrollo de prácticas parentales adecuadas, impactarían sobre la conducta filial, mejorarían la relación y beneficiarían también el logro académico (Proctor, y Brestan-Knight, 2016).

En vista de la eficacia que los programas para la mejora de la parentalidad revelan sobre distintos aspectos de la conducta paterno/materna, y considerando los efectos que ésta muestra sobre variables filiales tales como el autoconcepto, la IE y la resiliencia, el objetivo del programa que se presenta en este capítulo sería mejorar el ajuste escolar del alumnado de E.S.O. a través de la mejora del apoyo de los progenitores, y su influencia sobre variables psicológicas relacionadas. Como objetivos específicos se establecerían:

- Proporcionar conocimientos y técnicas a los progenitores para el fomento de su apoyo a los hijos/as
- Facilitar la reflexión por parte de los progenitores acerca de sí mismos y de sus prácticas educativas
- Que los progenitores reelaboren sus conocimientos, creencias y actitudes hacia el apoyo facilitado a los hijos/as

METODOLOGÍA

El programa de intervención que se presenta en este capítulo se implementará en forma piloto durante el curso 2019-20, por lo que, a continuación, se indican los participantes previstos, así como las herramientas de evaluación y procedimiento que implentarán.

PARTICIPANTES

Tomarán parte un máximo de 20 padres y/o madres con, al menos, un hijo/a adolescente. Todos ellos procederán de centros educativos del País Vasco. El grupo experimental o de tratamiento lo constituirán tanto los padres que han recibido el tratamiento como sus hijos/a, mientras que el grupo control lo conformarán los hijos/as de padres que no recibieron dicho tratamiento.

MATERIALES

La evaluación de la intervención considerará, por un lado, el diseño e implementación de la misma, tomando en cuenta aspectos como: la adecuación de la estructura y formato de las sesiones, de las actividades y materiales utilizados, la implicación y adherencia de los padres y madres, la realización de las tareas propuestas para casa, la fidelidad de la implementación al diseño inicial, la satisfacción de las personas participantes, etc.

Por otro lado, se evaluará la efectividad del programa, tanto en el caso de los padres y madres, como en sus hijos/as adolescentes, utilizando, para ello, diversos cuestionarios.

En el caso de los progenitores se evaluarán las siguientes variables mediante las herramientas indicadas a continuación:

- Parentalidad positiva: Cuestionario de Parentalidad Positiva para Padres de Hijos Adolescentes (Iglesias, Pérez y Martínez, 2015)
- Autoconcepto: Cuestionario Autoconcepto Dimensional AUDIM-33 (Fernández-Zabala, Goñi, Rodríguez-Fernández y Goñi, 2015)
- Resiliencia: Escala Abreviada de Resiliencia CD–RISC 10 (Campbell-Sills y Stein, 2007).
- Inteligencia emocional: Escala de Inteligencia Emocional Percibida-4 IEP-4 (Antonio-Agirre, 2014).

En el caso de los hijos/as se tomarán en cuenta las siguientes variables:

- Apoyo de los padres: Escala de apoyo parental del Cuestionario de apoyo social percibido APIK (Izar de la Fuente, Rodríguez-Fernández y Escalante-Mateos, 2019).
- Estilos educativos parentales: Escala de Afecto EA-H y Escala de Normas y Exigencia ENE-H (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001).
- Autoconcepto: Cuestionario Autoconcepto Dimensional AUDIM-33 (Fernández-Zabala, Goñi, Rodríguez-Fernández y Goñi, 2015)
- Resiliencia: Escala Abreviada de Resiliencia CD–RISC 10 (Campbell-Sills y Stein, 2007).
- Inteligencia emocional: Escala de Inteligencia Emocional Percibida-4 IEP-4 (Antonio-Agirre, 2019).
- Implicación escolar: School Engagement Measurement SEM (Ramos, Rodríguez-Fernández y Revuelta, 2016).

• Ajuste escolar: Escala Breve de Ajuste Escolar EBAE (Moral, Sanchez y Villarreal, 2010)

• Rendimiento académico: nota media de las asignaturas cursadas

PROCEDIMIENTO

Para el diseño y elaboración del programa de intervención se consultaron previamente distintos programas basados en la evidencia e implementados en el territorio español (Martínez, 2009; Rodrigo et al., 2010; Rodrigo, Máiquez, Martín, Byrne, y Rodríguez, 2015; Oliva, Hidalgo, Martín, Parra, Ríos, y Vallejo 2007), a fin de conocer su estructura, cantidad de sesiones y recomendaciones respecto a número de personas participantes. Tomando en cuenta las directrices y observaciones de dichos materiales, se diseñaron, ad hoc, las actividades para las sesiones propuestas en este capítulo (ver apartado de resultados).

En lo que respecta a la implementación del programa, al inicio del curso escolar se acudirá a las reuniones con padres y madres realizadas en los centros escolares participantes, a fin de dar a conocer el programa y facilitar el contacto e inscripción de las personas interesadas. La intervención se desarrollará a lo largo de 8 sesiones de una hora y media de duración, en las instalaciones cedidas por los propios centros escolares, y en un horario que favorezca la presencia de los progenitores.

DISEÑO

Se utilizará un diseño cuasiexperimental, con medidas pre-test y pos-test, grupo de tratamiento y grupo control. Las medidas de eficacia del tratamiento se tomarán antes del inicio de la intervención, facilitando los instrumentos de evaluación a las familias que hayan manifestado su interés en participar en el programa. Al finalizar las 8 sesiones se solicitará una segunda cumplimentación de los instrumentos, así como un cuestionario específico para evaluar la satisfacción con la implementación y la calidad de la misma. Se realizará una tercera evaluación de seguimiento pasados 6 meses.

RESULTADOS

El programa se desarrollará semanalmente, en sesiones de hora y media de duración, con una estructura común:

• Entrada, saludo y bienvenida

• Repaso de la sesión anterior

• Identificación de las dificultades percibidas en la práctica semanal de las estrategias aprendidas.

• Presentación de los objetivos de la sesión

• Presentación de los contenidos de la sesión

• Explicación y práctica de las estrategias parentales

• Reflexión y resumen de lo tratado en la sesión

• Entrega de síntesis de ideas a recordar durante la semana

• Sugerencia de puesta en práctica en casa de lo aprendido

• Despedida y cierre de la sesión

Las sesiones y sus objetivos se muestran en la tabla 1.

El programa será implementado por dos profesionales universitarios miembros del equipo de la presente investigación, acompañados de un tercer profesional con un rol de observador participante, encargado de realizar la evaluación de la calidad y fidelidad de la implementación.

DISCUSIÓN

Si bien no es posible discutir aún los resultados obtenidos tras la implementación de la intervención, pueden ya preverse dificultades y posibles limitaciones que será preciso tener en cuenta, especialmente de cara a la captación de progenitores, sin los cuales no sería posible llevar a cabo la implementación piloto ni evaluar la efectividad del programa. En este sentido, debe tenerse en cuenta que, entre los progenitores, además de la falta de tiempo para acudir a este tipo de formaciones, tiende a existir cierta desconfianza frente a la posible eficacia de asistir a este tipo de talleres educativos, además de un posible estigma al tratarse de un curso sobre técnicas educativas parentales. Por ello se considera que lo más adecuado para facilitar la captación es que la iniciativa parta del centro educativo, de manera que la sesión explicativa de captación se haga en reuniones de padres-madres habituales al inicio del curso escolar (AMPA, reuniones con tutores/as…). El momento más apropiado sería el cambio de Primaria a ESO, debido a que tiende a ser un importante hito educativo que coincide con la pubertad e inicio de la adolescencia, siendo habitual del desconcierto parental ante el cambio en sus hijos/as.

Tabla 1
Sesiones y objetivos del programa psicoeducativo para padres y madres

Sesión 1	Presentación del programa y Características adolescentes
Objetivos	Presentar el programa, a las personas formadoras y participantes
	Ajustar las expectativas y establecer las normas de participación
	Conocer los cambios físicos, cognitivos, emocionales y de relaciones sociales que se dan en la adolescencia
	Entender las consecuencias de estos cambios sobre la conducta adolescente y las relaciones en la familia
Sesión 2	Mejorando el autoconcepto
	Saber qué es el autoconcepto/autoestima y cómo se forma, y conocer la diferencia entre el yo real y el yo ideal
	Identificar el propio autoconcepto y expresiones de baja autoestima
	Identificar las distorsiones cognitivas que pueden estar afectando al autoconcepto
	Conocer estrategias para mejorar el autoconcepto
Sesión 3	¿Cómo expreso mi afecto y me comunico con mi hijo/a?
	Conocer qué son los estilos educativos parentales
	Entender los cambios de comunicación y expresión de afecto con los progenitores que necesitan los adolescentes
	Identificar pautas correctas de comunicación entre padres/madres-hijos/as
Sesión 4	La importancia de la inteligencia emocional (I): la percepción y comprensión emocional
	Atender y percibir las diferentes emociones
	Comprender, diferencias y etiquetar las emociones
	Aprender a ser conscientes de la propia emoción
	Tomar conciencia de la influencia de las emociones en los pensamientos y la conducta
Sesión 5	La importancia de la inteligencia emocional (II): la percepción y comprensión emocional
	Aprender estrategias para regular las emociones negativas y utilizarlas
Sesión 6	Potenciando la resiliencia: el pensamiento alternativo
	Conocer en qué consiste la resiliencia
	Conocer estrategias para lograr un pensamiento alternativo
Sesión 7	La disciplina y la resolución de conflictos
	Conocer formas adecuadas e inadecuadas de control parental
	Entender que el conflicto puede ser positivo para el cambio
	Conocer las fases en la resolución de conflictos
	Identificar estrategias adecuadas para resolver conflictos
Sesión 8	Cierre del programa
	Repasar las ideas y contenidos más importantes del taller
	Ofrecer tareas para fortalecer estrategias más complejas o que hayan presentado mayor dificultad
	Reflexionar sobre el ajuste del taller a las expectativas iniciales
	Evaluar el programa y aplicar los cuestionarios post-test
	Despedir y cerrar el programa agradeciendo la participación

Además, para facilitar la asistencia y adherencia al programa, sería importante asegurar la impartición de las sesiones en el propio centro, en un horario que posibilite acudir a los progenitores sin interferir en sus principales tareas. Dada además, la multitud de quehaceres parentales, será importante tener en cuenta sus necesidades, problemas y preocupaciones de cara a ajustar lo máximo posible los contenidos y actividades diseñados a sus intereses y prioridades. Las sesiones deberán, además, ser eminentemente prácticas y no contar con más de 20 asistentes, para poder asegurar la participación activa de todas las personas.

CONCLUSIONES

A pesar de que el ejercicio de la parentalidad es susceptible de mejora y optimización, un programa breve de 8 sesiones puede tener un efecto limitado, siendo factible preguntarse hasta qué punto se mantendrán los posibles resultados positivos. En este sentido, de cara tanto al sostén como a la consolidación y práctica de las competencias adquiridas durante la intervención, se considera importante facilitar una síntesis de las actividades y de los contenidos trabajados en cada sesión al

final de las mismas, para que los padres y madres puedan consultarlas incluso habiendo finalizado la intervención. Estos materiales favorecerían el recuerdo de lo trabajado, aumentando la posibilidad de que las mejoras se mantengan en el tiempo. Para ello se cuidará que resulten fáciles de usar y de releer, proporcionando, además, referencias de bibliografía (libros, revistas, webs…) para profundizar en la temática. En cualquier caso, será la evaluación de la implementación piloto la que permitirá constatar si los esfuerzos realizados en el diseño de la intervención y materiales han sido suficientes, y permitirán constatar aspectos de mejora de cara a optimizar el programa.

• Este trabajo se ha realizado bajo la financiación del grupos Consolidado de Investigación IT934-16 del Sistema Universitario Vasco y del proyecto EDU2017-83949-P del subprograma estatal de Generación del Conocimiento del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altafim, E. R. P., Pedro, M. E. A., y Linhares, M. B. M. (2016). Effectiveness of ACT Raising Safe Kids Parenting Program in a developing country. *Children and Youth Services Review, 70,* 315-323.

Altafim, E. R. P., y Linhares, M. B. M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention, 25,* 27-38.

Antonio-Agirre, I. (2014). Un nuevo cuestionario para evaluar la inteligencia emocional percibida: IEP-4. En J. Cruz y M. Díaz (Eds), Investigar en psicodidáctica: una realidad en auge. Lejona: Universidad del País Vasco.

Appleton, J., Christeson, S., y Furlong, M. (2008). Student engagement: Critical conceptual and methodological issues of the construct. *Psychology in the Schools, 45*(5), 369-386.

Arranz, E. B., Olabarrieta, F., Manzano, A., Martín, J. L., Cruz, N., y Etxaniz, A. (2016). Assessment of positive parenting programmes in the Autonomous Region of the Basque Country (Spain). *Psychosocial Intervention, 25*(2), 127-134.

Asmussen, K. (2011). The evidence-based parenting practitioner's handbook. London: Routledge.

Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., y Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: Evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(7), 809-817.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist, 32*(7), 513.

Campbell-Sills, L., y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 20*(6), 1019-1028.

Cowan, P. A., y Cowan, C. P. (2014). Controversies in couple relationship education (CRE): Overlooked evidence and implications for research and policy. *Psychology, Public Policy, and Law, 20*(4), 361-383.

Fernández-Zabala, A., Goñi, E., Rodríguez-Fernández, A., y Goñi, A. (2015). Un nuevo cuestionario en castellano con escalas de las dimensiones del autoconcepto. *Revista Mexicana de Psicología, 32*(2), 149-159.

Fredricks, J., Blumenfeld, P. C., y Paris, A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research, 74,* 59 – 109.

Fuentes, M. J., Motrico, E. y Bersabé, R. M. (1999). Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE): Versión hijos y versión padres. Universidad de Málaga.

Herbers, J. E., Cutuli, J. J., Supkoff, L. M., Narayan, A. J., y Masten, A. S. (2014). Parenting and co-regulation: Adaptive systems for competence in children experiencing homelessness. *American Journal of Orthopsychiatry, 84,* 420-430.

Hidalgo, M. V., Jiménez, L., López-Verdugo, I., Lorence, B., y Sánchez, J. (2016). "Family Education and Support" program for families at psychosocial risk: The role of implementation process. *Psychosocial Intervention, 25*(2), 79-85.

Ishak, Z., Low, S. F., y Lau, P. L. (2012). Parenting style as a moderator for students' academic achievement. *Journal of Science Education and Technology, 21*(4), 487-493.

Iglesias, M. T., Pérez, M. H., y Martínez, R. A. (2015). Parentalidad positiva: Cuestionario de Parentalidad Positiva para Padres de Hijos Adolescentes. *Investigar Con y Para la Sociedad, 1*(1), 91-102.

Izar de la Fuente, Rodríguez-Fernández, A., y Escalante-Mateos, N. (2019). Apoyo social percibido e implicación escolar: Correlaciones y variabilidad. *European Journal of Child Development, 7*(1), 23-35.

Lu, M., Walsh, K., White, S., y Shield, P. (2017). The associations between perceived maternal psychological control and academic performance and academic self-concept in Chinese adolescents: The mediating role of basic psychological needs. *Journal of Child and Family Studies, 26*(5), 1285-1297.

Martínez, R. A. (2009). Programa-guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Moral, J. C., Sánchez-Sosa, J. C., y Villarreal-González, M. E. (2010). Desarrollo de una Escala Breve de Ajuste Escolar. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada, 15*(1), 1-11

Oliva, A., Hidalgo, V., Martín, V., Parra, A., Ríos, M. y Vallejo R. (2007). *Programa de apoyo a madres y padres de adolescentes*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Proctor, K. B., y Brestan-Knight, E. (2016). Evaluating the use of assessment paradigms for preventive interventions: A review of the Triple P - Positive Parenting Program. *Children and Youth Services Review, 62,* 72-82

Ramos-Díaz, E., Rodríguez-Fernández, A., y Revuelta, L. (2016). Validation of the Spanish Version of the School Engagement Measure (SEM). *The Spanish journal of psychology, 19*(e86), 1-9.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C., Byrne, S., y Rodríguez, B. (Eds.). (2015). Manual práctico de parentalidad positiva. Madrid: Síntesis.

Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Máiquez, M. L., Álvarez, M., Byrne, S., González, A., et al. (2010). Programa Vivir la Adolescencia en Familia. Programa de apoyo psicoeducativo para promover la convivencia familiar. Toledo: Gobierno de Castilla La Mancha.

Rodríguez-Fernández, A., Droguett, L., y Revuelta, L. (2012). Ajuste escolar y personal en la adolescencia: El papel del autoconcepto académico y del apoyo social percibido. *Revista de Psicodidáctica, 17*(2), 397-414.

Rodríguez-Gutiérrez, E., Martín-Quintana, J. C., y Cruz-Sosa, M. (2016). "Living Adolescence in Family" parenting program: Adaptation and implementation in social and school contexts. *Psychosocial Intervention, 25*(2), 103-110.

Sijtsema, J. J., Verboom, C. E., Penninx, B., Verhulst, F. C., y Ormel, J. (2014). Psychopathology and academic performance, social well-being, and social preference at school. The TRAILS study. *Child Psychiatry and Human Development, 45*(3), 273–284.

Suárez, A., Rodríguez, J. A., y Rodrigo, M. J. (2016). The Spanish online program "Educar en Positivo" ("The Positive Parent"): Whom does it benefit the most? *Psychosocial Intervention, 25*(2), 119-126.

Wang, M. T., y Fredricks, J. A. (2014). The reciprocal links between school engagement, youth problem behaviors, and school dropout during adolescence. *Child Development, 85,* 722-737.

Weiser, D. A., y Riggio, H. R. (2010). Family background and academic achievement: Does self-efficacy mediate outcomes? *Social Psychology of Education, 13,* 367-383.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

EL CONSUMO DE CAFEÍNA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Montserrat Belinchón-Ortiz

Grupo 5

Resumen: Las personas con trastorno mental grave (TMG) tienden a abusar de la cafeína a pesar de los efectos nocivos que ello conlleva, ya que agudiza algunos trastornos mentales (Kruger, 1996). Nuestro objetivo consistió en describir el consumo de cafeína en personas con TMG para evaluar el impacto que puede tener la cafeína en su salud mental. El estudio se llevó a cabo a través de una entrevista semiestructurada en una muestra de pacientes con TMG (*N*=30) y de personas sin antecedentes psiquiátricos (*N*=30). Los resultados mostraron que el 72,4% de los pacientes toman cafeína a diario de forma moderada debido, principalmente, a contrarrestar los efectos secundarios de la medicación. La cafeína tendría efectos perjudiciales en su salud psíquica debido a que interfiere con la medicación psiquiátrica, simula algunos síntomas psicóticos y ansiógenos y reduce la calidad del sueño, por lo que se sugiere elaborar programas educativos para concienciar respecto.
Palabras clave: Trastorno mental grave, Enfermedad mental, Consumo de cafeína, Psicoestimulantes.

CAFFEINE CONSUMPTION IN PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS

Abstract: People with severe mental illness are used to intake high caffeine doses despite its harmful effects helping to accelerate and maintain some mental disorders (Kruger, 1996). The purpose of this study was to analyse and describe caffeine consumption in people with severe mental illness in order to evaluate the impact on their mental health. The study was carried with a semi-structured interview for used for a sample of patients with severe mental illness (*N*=30) and people without mental disorders (*N*=30). Results showed that 72.4% of the patients use moderate doses of caffeine daily and the main reason for that is to counter side effects of the medications. Despite modest consumption, caffeine has adverse effects on their mental health because it interacts with psychiatric medication, exacerbates psychotic and anxiety symptoms and reduces sleep quality. For that reason, we suggest developing programs in order to raise awareness, both in patients and professionals.
Key words: Severe mental illness, Mental disorders, Caffeine consumption, Psychostimulants.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la cafeína es la droga psicoactiva más popular consumida en el mundo, así como la más aceptada socialmente (Winston, Hardwick y Jaberi, 2005), y se encuentra presente en diferentes alimentos y bebidas como el café, té, cacao, chocolate y en algunos refrescos y medicamentos (Diksha, Sanjita, Seema y Nupur, 2014). El consumo de cafeína estimula el Sistema Nervioso Central (SNC), incrementando el estado de alerta, la vigilancia, la atención y la percepción de energía mientras que disminuye la sensación de fatiga (Barreda-Abascal, Molina, Haro-Valencia, Alford y Verster, 2012).

Se estima que el consumo medio diario de cafeína en la población adulta oscile entre 200 y 400 mg (Barreda-Abascal et al., 2012; Scott et al., 1989; citado en Winston et al., 2005), que equivaldría a dos o tres tazas de café al día. En España se calcula que el 80% de la población adulta tiene un consumo medio de entre 200 y 300 mg diarios (Lozano, García, Tafalla y Albaladejo, 2007). A pesar de que no existe un consenso entre

cuáles son los límites saludables de la ingesta de cafeína diaria, se considera un consumo moderado y seguro en torno a los 300 mg (Nawrot et al., 2003). No obstante, diversos estudios han encontrado que el consumo de cafeína es más alto en la población psiquiátrica que en la población normal (Diksha et al., 2014; Ferre, Fuxe y von Euler, 1992; Greden, Fontaine, Lubetsky y Chamberlin, 1978; Kruger, 1996; Mermi et al., 2016; Núñez et al., 2015), siendo especialmente elevada entre los pacientes con trastornos psicóticos donde el consumo medio de cafeína rondaba los 500 mg (Finkel, Clark y Cubeddu, 2009). Algunos autores (Hughes, McHugh y Holtzman, 1998; López, Macías y Tapiador, 2016) han intentado hallar cuáles son las principales causas de este elevado consumo en pacientes psiquiátricos y coinciden en que se debe principalmente al alivio de los efectos secundarios que produce la medicación psiquiátrica, entre los que se encuentra la fatiga, el cansancio o el retraso psicomotor, ya que la cafeína les ayudaría a contrarrestar el sueño y les proporcionaría mayor energía. Hughes et al. (1998) señalaron que podría estar asociado a su vez a contrarrestar el aburrimiento y la apatía o por la sequedad de boca que producen los fármacos.

Sin embargo, la ingesta de cafeína en sujetos con trastorno mental grave (TMG) podría tener consecuencias negativas a pesar de un consumo seguro y moderado por dos razones fundamentales: ayudaría a precipitar y mantener algunos síntomas psicóticos y ansiógenos y, por otro lado, interferiría con la medicación psiquiátrica. En primer lugar, parece que un consumo elevado y continuado de cafeína podría estar asociado etiológicamente a diversos trastornos mentales como son los de ansiedad, de alimentación, del sueño, la esquizofrenia y el abuso a otras substancias (Kruger, 1996). Así pues, en personas con mucha sensibilidad a la cafeína, como es el caso de sujetos con altos niveles de ansiedad (Wardle, Treadway y de Wit, 2012), un consumo moderado podría provocar condiciones físicas y psíquicas poco deseables como nerviosismo, irritabilidad, cansancio, insomnio, dolor de cabeza o taquicardia (Nkondjock, 2007, citado en Diksha et al., 2014), intensificando o produciendo la agitación inicial de la ansiedad y manteniendo dicha patología (Vilarim, Rocha Araujo y Nardi, 2011).

En el caso de los trastornos psicóticos, un consumo excesivo de cafeína podría producir síntomas muy similares a los síntomas positivos de la esquizofrenia hasta el punto de llegar a confundirlos (Fusar-Poli et al., 2012). Además, cuando desaparecen los síntomas de la cafeína aparecen otros como la fatiga y la somnolencia, que podrían concebirse como efectos secundarios de la medicación antipsicótica. En términos generales, dada la similitud entre los efectos del consumo de cafeína con los síntomas positivos de la esquizofrenia es muy probable que dicha substancia pueda contribuir a precipitar, mantener y exacerbar la sintomatología psicótica (Hyde, 1990; Kruger, 1996).

Por otro lado, la cafeína, incluso en pequeñas dosis, interfiere con algunos psicofármacos, especialmente con los neurolépticos y las benzodiazepinas, provocando efectos secundarios importantes (Ismail y Yaheya, 2009). Se ha documentado (Weinstein, et al., 2017) que las personas con trastornos psicóticos tienen un funcionamiento anormal de la dopamina, ya que se segrega en mayores cantidades en comparación con otros sujetos, dando lugar a un exceso del neurotransmisor en muchas de las vías dopaminérgicas (Diksha et al., 2014). De esta forma, la actuación de los antipsicóticos ha estado centrada en bloquear los receptores dopaminérgicos en estas vías para que la dopamina tenga menos efecto cuando es liberada (Diksha et al., 2014). Sin embargo, la cafeína bloquea los receptores de adenosina A1 y A2a, que tienen efectos inhibitorios sobre el SNC a través de su inhibición presináptica de la liberación de dopamina (Michaelis, Michaelis y Mayers, 1979; citado en Kruger, 1996), por lo que la cafeína, al bloquear dichos receptores, incrementaría la liberación de dopamina en el cerebro, convirtiéndose así en su agonista. Por este motivo, en pacientes con trastorno psicótico el aumento de los niveles dopaminérgicos podría incrementar a su vez los síntomas positivos de la esquizofrenia (Kruger, 1996). Adicionalmente, la cafeína reacciona también in vitro con algunos antipsicóticos que forman un precipitado insoluble causando un decremento de la absorción de los fármacos como el haloperidol (Kruger, 1996) o potenciando los efectos secundarios de la clozapina (Odom-white y de León, 1996) debido a que inhibe de forma competitiva el metabolismo del fármaco y aumenta así sus concentraciones plasmáticas (Donovan y DeVane, 2001). Asimismo, también se ha encontrado que la cafeína disminuye los efectos ansiolíticos de algunas benzodiazepinas como el lorazepam (Rush et al., 1994; citado en Kruger, 1996) y actúa como antagonista competitivo para el diazepam en las áreas de ligación del SNC (Kaplan,

Tai, Greenblatt y Shader, 1990), provocando que los efectos tranquilizantes puedan invertirse dando lugar a un incremento de la ansiedad (Kruger, 1996).

Por otro lado, el consumo continuado y excesivo de cafeína reduce el sueño de ondas lentas en la primera parte de la noche mientras que incrementa la fase REM en la última parte (Nicholson y Stone, 1980; citado en Winston et al., 2005) y la latencia para conciliar el sueño, provocando un periodo inferior de descanso y de peor calidad (Kruger, 1996). Este hecho podría estar relacionado con la gran cantidad de pacientes psiquiátricos crónicos que tienen problemas de sueño y precisan de hipnóticos para dormir (López et al., 2016; Mermi et al., 2016), sin embargo, los efectos hipnóticos de dichos fármacos pueden verse contrarrestados por los efectos estimulantes de la cafeína (Greden et al., 1978). Así pues, un consumo elevado de cafeína podría tanto aumentar la privación del sueño como anular los efectos somníferos de los hipnóticos.

A pesar de que la mayoría de los estudios apuntan a una estrecha y peligrosa relación entre el consumo de cafeína y la sintomatología psicótica y ansiógena en pacientes psiquiátricos, no existe mucha literatura que aporte datos cuantitativos o cualitativos sobre su consumo. En este aspecto, nuestro objetivo es describir y entender el consumo de bebidas estimulantes en personas diagnosticadas de TMG con la finalidad de estudiar y evaluar los impactos nocivos que pueda tener la cafeína en su salud mental.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaron 30 sujetos adultos de entre 21 a 63 años (M=41,36, SD=7,8) diagnosticados de TMG por algún centro de salud mental (CSM) y derivados al recurso residencial de corta estancia (Mini-residencia) donde se llevó a cabo el estudio. La muestra de pacientes psiquiátricos estuvo compuesta de 22 hombres y 18 mujeres. La mayoría de los pacientes (93,31%) presentaba algún tipo de trastorno psicótico, aunque la comorbilidad con los trastornos de ansiedad y de personalidad era muy elevada. Paralelamente se seleccionó otra muestra de 30 sujetos sin antecedentes psiquiátricos, tanto trabajadores como estudiantes universitarios (M=38,22, SD=10,96), formado por 17 hombres y 23 mujeres. Todos ellos participaron de forma voluntaria y el criterio de exclusión fue la falta de comprensión o dificultades con el lenguaje.

MATERIALES

Se desarrolló una entrevista semiestructurada donde se incluyeron preguntas relacionadas con el consumo diario de bebidas con cafeína, el uso de psicofármacos, los efectos secundarios que éstos les producen, el motivo principal por el que consumen dichas bebidas, si presentan dificultades para conciliar el sueño y el uso de hipnóticos para dormir. A pesar de que la mayoría de las preguntas eran cerradas, se decidió mantener abiertas las preguntas sobre el motivo principal del consumo y los efectos secundarios con el objetivo de hallar nuevas respuestas que no se hubieran contemplado hasta el momento.

Debido a que las dosis de cafeína dependen de las diferencias genéticas de los granos y también de la tradición y el tiempo en cómo éstos se prearan (Lozano et al., 2007), se decidió tomar los datos de una fuente española (OCU, s.f.) ya que existía una alta variabilidad con respecto a otras fuentes extranjeras. El gramaje para cada bebida (ver Tabla 1) estaba establecido en función de su presentación prototípica (vaso, taza, lata, etc.), no obstante, para tener una medida más exacta, se midió la cantidad (ml) aproximada que se consumía de cada bebida (vaso de máquina, taza pequeña, grande, lata, botella de 0,5 l, 1 l. etc.) y se realizó una proporción para calcular la cafeína total consumida. La OCU (s.f.) establece tres criterios de división del consumo: bajo (<100 mg), moderado (100 – 400 mg) y alto (> 400 mg).

Tabla 1
Cafeína (*mg*) que contiene cada bebida en función del volumen (*ml*) de su formato prototípico.

Bebidas	Con cafeína	Sin cafeína
Café tostado	90mg/60ml	7,5mg/60ml
Café instantáneo	71mg/125ml	4,2mg/125ml
Otros cafés	128,20mg/100ml	3,8mg/100ml
Cola	25,74mg/330ml	0,66mg/330ml
Bebida energética	60,20mg/200ml	-
Té	42mg/125ml	-
Chocolate con leche	3mg/125ml	-

DISEÑO

Se trata de un diseño no experimental cuya finalidad es descriptiva. La recogida de datos cuantitativos y cualitativos se realizó a través de una entrevista semiestructurada con preguntas tanto cerradas como abiertas.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se informó a los sujetos del objetivo de la investigación y se les entregó un consentimiento informado tras el cual se procedió a realizar la entrevista que se desarrolló en un entorno privado e íntimo dentro de la residencia o de los centros de trabajo. Posteriormente se codificaron los datos y se realizó un análisis de frecuencias, así como una prueba t de Student para muestras independientes a través del software SPSS (15.2).

RESULTADOS

CONSUMO DE CAFEÍNA

Tras el análisis previo de los datos utilizando métodos gráficos exploratorios se eliminó un caso de la muestra de pacientes psiquiátricos que presentaba valores extremos, de esta manera, las dos muestras eran normales. Los resultados señalaron que el 98,5% de los usuarios de la Mini-residencia consumen cafeína de forma diaria mientras que el 1,5% solo la toman de forma esporádica. A pesar de ello, la mayoría (72,4%) tiene un consumo diario moderado, siendo menos frecuente el consumo alto (ver Figura 1). La ingesta media de cafeína en un día para los pacientes psiquiátricos es de 348,72 mg mientras que la ingesta diaria para los sujetos sin antecedentes psiquiátricos es de 265,61 mg. A pesar de que ambos se encuentran en el intervalo de un consumo moderado, los pacientes psiquiátricos tienen un consumo superior a los sujetos sin antecedentes psiquiátricos ($t(57)=1,71$, $p=,03$, $\alpha=,05$) aunque con una potencia estadística baja ($\beta=,06$) y un tamaño del efecto moderado ($d=0,468$).

Por otro lado, aunque un porcentaje también muy elevado de la muestra de sujetos sin antecedentes psiquiátricos (82,6%) toma cafeína de manera habitual, una de las diferencias cualitativas entre ambos grupos podría radicar en que la mayoría (86,3%) de esta muestra basa su consumo en dos o tres cafés diarios, mientras que gran parte de los pacientes psiquiátricos (74,9%) combinan tanto cafés como refrescos cafeinados durante el día.

EFECTOS SECUNDARIOS PRODUCIDOR POR PSICOFÁRMACOS

El 87,3% de aquellos pacientes que toman psicofármacos padecen de efectos secundarios producidos por los mismos. Los más comunes son la fatiga y la somnolencia (46,3%), la falta de concentración (35,6%) o la sequedad de boca (28,5%), entre otros.

PRINCIPALES MOTIVOS DEL CONSUMO DE CAFEÍNA

El 36,4% de los usuarios que toman cafeína diariamente reportaron que el principal motivo se debe a disminuir los efectos secundarios que padecen debido a los psicofármacos, que suelen componerse de antipsicóticos y ansiolíticos, y el segundo motivo por el que consumen cafeína es debido a que les gusta su sabor (31,8%). Otros motivos que se han encontrado, aunque con menos frecuencia, es la adicción y su uso para sociabilizar o para quitar el hambre (ver Figura 2).

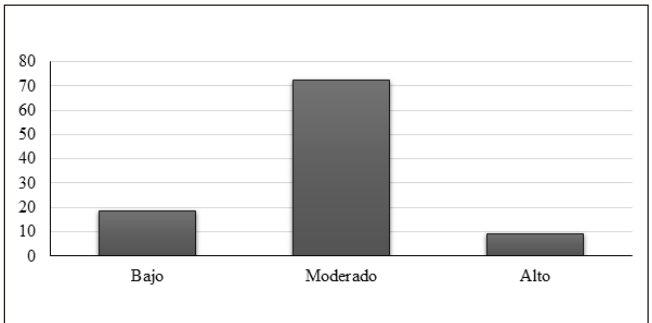


Figura 1: . Frecuencia del consumo diario de cafeína de los pacientes psiquiátricos (*N*=29)

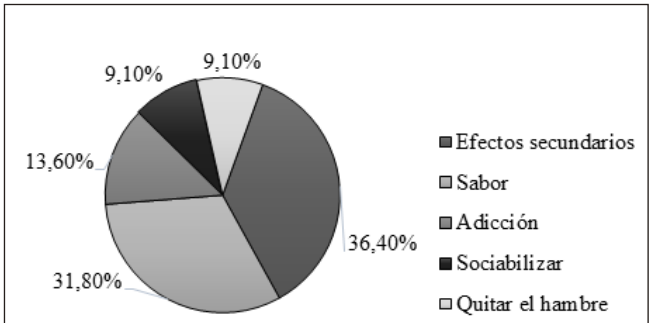


Figura 2: . Principales motivos del consumo

Por otro lado, el 75% de aquellas personas cuyo consumo principal se debe a contrarrestar los efectos de la medicación o por adicción no aceptarían cambiar y tomar la alternativa descafeinada, mientras que el 100% de aquellos que toman cafeína para sociabilizar o por gusto sí aceptarían la versión descafeinada.

CALIDAD DEL SUEÑO

De entre todos los pacientes que toman cafeína diariamente, el 86,7% reportaron que tienen problemas para conciliar el sueño y el 78,5% precisa de hipnóticos para dormir. No obstante, de la muestra de sujetos sin antecedentes psiquiátricos, tan solo el 26% padecen problemas para conciliar el sueño y ninguno de ellos se encuentra consumiendo hipnóticos.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación consistía en describir el consumo de bebidas con cafeína en pacientes psiquiátricos y estudiar de qué manera dicha substancia interfiere en su salud mental. Al igual que otros autores han observado con anterioridad (Diksha et al., 2014; Ferre, Fuxe y von Euler, 1992; Greden, Fontaine, Lubetsky y Chamberlin, 1978; Kruger, 1996; Mermi et al., 2016), parece que el consumo de cafeína es mayor en personas con TMG en comparación con aquellos sin antecedentes psiquiátricos. Nuestros datos indican que el consumo es moderado y está dentro de los límites seguros mientras que otros autores (Finkel et al., 2009) han encontrado consumos más elevados en los pacientes psiquiátricos. Esta diferencia podría deberse a la variabilidad que existe en los métodos de medición así como en las cantidades promedio de cafeína para las diferentes bebidas. Asimismo, Diksha et al. (2014) manifestaron cierta falta de consenso con respecto a los niveles de cafeína consumidos por pacientes psiquiátricos, por lo que sería necesario disponer de mediciones estables y estandarizadas para poder tener mayor fiabilidad.

Por otro lado, parece que el principal motivo de la ingesta de cafeína está orientado a contrarrestar los efectos secundarios producidos por la medicación psiquiátrica tal y como otros estudios mostraron previamente (Hughes et al., 1998; López et al., 2016). No obstante, en comparación con la muestra de sujetos sin antecedentes psiquiátricos, los pacientes parecen tomar más cafeína en forma de refrescos y bebidas energéticas. Esto podría deberse, por un lado, a que los refrescos disminuyen la sequedad de boca que producen algunos fármacos y, por otro lado, a que están disponibles en formato de botella, lo cual permite compartirla y facilita la sociabilización. En este último aspecto sería interesante estudiar una posible relación entre el tipo de bebida y el motivo principal por el que se consume, pues pareciera ser que los refrescos se utilizan en gran medida para relacionarse (en la Mini-residencia es frecuente que se compartan). Sin embargo, sería necesario estudiar la ingesta de cafeína en otras personas con TMG que no habiten en recursos residenciales, ya que el consumo en estos recursos podría ser mayor puesto que facilita la sociabilización y ayuda a combatir el aburrimiento.

Por último, al igual que otros autores señalan (López et al., 2016; Mermi et al., 2016), nuestros datos muestran que la mayoría de los pacientes que consumen cafeína diariamente presentan problemas para conciliar el sueño y por ello recurren al uso de hipnóticos. Este hecho es importante ya que los efectos somníferos podrían verse reducidos por la cafeína, teniendo que recurrir a mayores dosis de los fármacos.

Con todo ello, tenemos suficientes indicios para pensar que la cafeína, a pesar de ingerirla en dosis moderadas, puede resultar perjudicial para la salud mental de las personas con TMG ya que potencia algunos síntomas psicóticos y ansiógenos e interfiere con la medicación psiquiátrica, por lo que podría agudizar y mantener algunos trastornos mentales. Según Mikkelsen (1978), en el caso de la esquizofrenia, el uso continuado de cafeína produciría un circuito de retroalimentación positiva donde los efectos de sedación de la medicación incitarían a un mayor consumo de cafeína que agudizaría los síntomas psicóticos y reduciría la eficacia de la medicación, por lo que los psiquiatras, ante el intento de combatir los síntomas, incrementarían las dosis de los antipsicóticos, aumentando a su vez los efectos secundarios de los mismos y potenciando un mayor consumo de cafeína para contrarrestarlos. Además de los efectos ya señalados, el abuso de cafeína reduce la calidad del sueño y, por ende, podría empeorar la sintomatología y agravar el trastorno mental.

No obstante, parece existir un desconocimiento considerable sobre los efectos de la cafeína en la salud mental de las personas con TMG. Ya otros autores (Winston et al., 2005) manifestaron una gran preocupación puesto que no es una

práctica habitual en psiquiatría indagar sobre el consumo de cafeína, quizás debido a que es una droga socialmente aceptada y su consumo está normalizado. Sin embargo, es imprescindible que los psiquiatras exploren el consumo de cafeína, y no solo el de otras drogas, para poder entender mejor el funcionamiento de la sintomatología del paciente y la efectividad que estaría teniendo la medicación. Por ello, existe una creciente necesidad de fomentar el consumo de bebidas descafeinadas entre las personas con TMG, así como de elaborar programas educativos para concienciar al respecto, orientados tanto a pacientes como a profesionales.

CONCLUSIÓN

En conclusión, nuestros datos son consistentes con la literatura previa, mostrando que las personas con TMG tienen un elevado consumo de cafeína que parece estar asociado principalmente a reducir los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica. A pesar de que su consumo es moderado, la cafeína podría tener efectos nocivos para su salud psíquica debido a que interfiere con la medicación psiquiátrica, simula algunos síntomas psicóticos y ansiógenos y reduce la calidad del sueño. No obstante, el consumo excesivo de cafeína en los recursos residenciales psiquiátricos es habitual y hay una falta de conocimiento, tanto de pacientes como de profesionales, sobre los efectos que la cafeína tiene en la salud mental de las personas con TMG, por lo que es importante elaborar programas para concienciar al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreda-Abascal, R., Molina, L., Haro-Valencia, R., Alford, C., y Verster, J. C. (2012). Actualización sobre los efectos de la cafeína y su perfil de seguridad en alimentos y bebidas. *Revista Médica del Hospital General de México, 75*(1), 60-67.

Diksha, P., Sanjita, D., Seema, G., y Nupur, G. (2014). Interaction of antipsychotics drugs and caffeine. *Sch. Acad. J. Pharm, 3*(5), 383-387.

Donovan, J. L., y DeVane, C. L. (2001). A primer on caffeine pharmacology and its drug interactions in clinical psychopharmacology. *Psychopharmacology bulletin, 35*(3), 30-48.

Ferré, S., Fuxe, K., Von Euler, G., Johansson, B., y Fredholm, B. B. (1992). Adenosine-dopamine interactions in the brain. *Neuroscience, 51*(3), 501-512.

Finkel, R., Clark, M. A., y Cubeddu, L. X. (Eds.). (2009). Pharmacology. Lippincott Williams & Wilkins. *Philadelpia*: 151

Fusar-Poli, P., Deste, G., Smieskova, R., Barlati, S., Yung, A. R., Howes, O., ... y Borgwardt, S. (2012). Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry, 69*(6), 562-571.

Greden, J. F., Fontaine, P., Lubetsky, M., y Chamberlin, K. (1978). Anxiety and depression associated with caffeinism among psychiatric inpatients. *The American journal of psychiatry.*

Hughes, J. R., McHugh, P., y Holtzman, S. (1998). Alcohol & Drug Abuse: Caffeine and Schizophrenia. *Psychiatric Services, 49*(11), 1415-1417.

Hyde, A. P. (1990). Response to "Effects of caffeine on behavior of schizophrenic inpatients".

Ismail, M. Y. M., y Yaheya, M. (2009). Drug-food interactions and role of pharmacist. *Asian journal of pharmaceutical and clinical research, 2*(4), 1-10.

Kaplan, G. B., Tai, N. T., Greenblatt, D. J., y Shader, R. I. (1990). Separate and combined effects of caffeine and alprazolam on motor activity and benzodiazepine receptor binding in vivo. *Psychopharmacology, 101*(4), 539-544.

Kruger, A. (1996). Chronic psychiatric patients' use of caffeine: pharmacological effects and mechanisms. *Psychological reports, 78*(3), 915-923.

López S, Macías J y Tapiador F. Relación de cafeína, bebidas excitantes, neurolépticos y benzodiazepinas. *Ponencia presentada en el XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. 2016, marzo 13-15; Cádiz, España.

Lozano, R. P., García, Y. A., Tafalla, D. B., y Albaladejo, M. F. (2007). Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso. *Adicciones, 19*(3), 225-238.

Mermi, O., Kilic, F., Gürok, M. G., Yilmaz, S., Baykara, S., Canan, F., ... y Kuloglu, M. (2016). Habitual caffeine use in psychiatric patients: relationship with sleep quality and symptom severity. *Anatolian Journal of Psychiatry, 17*(1).

Mikkelsen, E. J. (1978). Caffeine and schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry.*

Nawrot, P., Jordan, S., Eastwood, J., Rotstein, J., Hugenholtz, A., y Feeley, M. (2003). Effects of caffeine on human health. *Food Additives & Contaminants, 20*(1), 1-30.

Núñez, C., Stephan-Otto, C., Cuevas-Esteban, J., Haro, J. M., Huerta-Ramos, E., Ochoa, S., ... y Brébion, G. (2015). Effects of caffeine intake and smoking on neurocognition in schizophrenia. *Psychiatry research, 230*(3), 924-931.

OCU (s.f). Calcula tu consumo de cafeína. Extraído de: https://www.ocu.org/alimentacion/cafe/calculadora/cafeina

Odom-White, A., & de Leon, J. (1996). *Clozapine levels and caffeine*.

Raaska, K., Raitasuo, V., Laitila, J., y Neuvonen, P. J. (2004). Effect of caffeine-containing versus decaffeinated coffee on serum clozapine concentrations in hospitalised patients. *Basic & clinical pharmacology & toxicology, 94*(1), 13-18.

Vilarim, M. M., Rocha Araujo, D. M., y Nardi, A. E. (2011). Caffeine challenge test and panic disorder: a systematic literature review. *Expert review of neurotherapeutics, 11*(8), 1185-1195.

Wardle, M. C., Treadway, M. T., y de Wit, H. (2012). Caffeine increases psychomotor performance on the effort expenditure for rewards task. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 102*(4), 526-531.

Weinstein, J. J., Chohan, M. O., Slifstein, M., Kegeles, L. S., Moore, H., y Abi-Dargham, A. (2017). Pathway-specific dopamine abnormalities in schizophrenia. *Biological psychiatry, 81*(1), 31-42.

Winston, A. P., Hardwick, E., y Jaberi, N. (2005). Neuropsychiatric effects of caffeine. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*(6), 432-439.

MARCO CONCEPTUAL PARA DESARROLLAR FACTORES DE PROTECCIÓN DE LOS 3 A LOS 16 AÑOS PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO: EL COMPONENTE DE GESTIÓN EMOCIONAL DEL PROGRAMA SI!

Vanesa Carral[1], Carla Rodríguez[1], Xavier Orrit[1], Mercedes de Miguel[1,2], Domènec Haro[1], Patricia Bodega[1,2], Amaya de Cos-Gandoy[1,2], Isabel Carvajal[1], Juan M Fernández-Alvira[2], Rodrigo Fernández-Jiménez[2], Gloria Santos-Beneit[1,2,3], Valentín Fuster[2,3]

[1] International SHE Foundation, Barcelona, Spain
[2] Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, Spain
[3] Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, United States

Resumen: Este trabajo presenta un marco conceptual basado en evidencias científicas, para la promoción de la gestión emocional en niños y adolescentes de 3 a 16 años en centros escolares como factor protector frente al consumo de tabaco. Con este propósito se presenta un ejemplo de intervención fundamentada en este marco conceptual: El componente de gestión emocional del Programa SI!. El Programa SI! se adapta al plan de estudios de cada Etapa Educativa (Educación Infantil, Primaria y Secundaria). La intervención educativa parte del trabajo en el aula. Las familias, los profesores y el entorno escolar contribuyen también a la consolidación de conocimientos, actitudes y hábitos. El objetivo del componente es enseñar, desde la Etapa de Educación Infantil, la gestión de las emociones y de competencias orientadas a la promoción de factores protectores frente al consumo de sustancias tóxicas como el tabaco. La base científica del componente se presenta en este documento.
Palabras clave: Promoción de salud cardiovascular; Educación emocional; Prevención de consumo de tabaco; Infancia; Adolescencia.

A CONCEPTUAL FRAMEWORK TO DEVELOP PROTECTIVE FACTORS FOR SMOKING PREVENTION FROM 3 TO 16 YEARS: THE EMOTIONAL MANAGEMENT COMPONENT OF THE SI! PROGRAM

Abstract: This work provides a conceptual framework based on scientific evidence for the promotion of emotional management in children and adolescents from 3 to 16 years in schools as a protective factor against the consumption of tobacco. For this purpose, an example of intervention based on this conceptual framework is presented: The emotional management component of the SI! Program. The SI! Program is tailored to the curriculum content and according to the Educational Stage (Preschool, Elementary School and Secondary School). The focus of the Program is in the classroom. Families, teachers, and the school environment also contribute to the consolidation of knowledge, attitudes and habits. The objective of the component is to teach, from Preschool, the management of emotions and competencies oriented to the promotion of protective factors against the consumption of toxic substances such as tobacco. The scientific basis of the component is presented in this document.
Key words: Cardiovascular health promotion; Emotional education; Prevention of tobacco consumption; Childhood; Adolescence.

INTRODUCCIÓN

Consumir tabaco constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (Carlsson et al., 2013). Los programas educativos que incluyen la gestión del estrés y de las emociones pueden ayudar a prevenir el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco (Thomas, McLellan y Perera, 2013). Además, hay algunas condiciones psicológicas (como depresión o ansiedad) que a su vez promueven comportamientos de estilo de vida poco saludables (Cohen, Edmondson y Kronish, 2015), y que también se pueden prevenir con programas que aumentan las habilidades emocionales (Barrett y Turner, 2001). Por lo tanto, para la promoción de la salud cardiovascular, la educación emocional es un punto relevante. Varios metaanálisis demuestran que la enseñanza de

habilidades socioemocionales se puede realizar de forma efectiva desde las escuelas (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor y Schellinger, 2011; Sklad, Diekstra, De Ritter, Ben y Gravesteijn, 2012).

Este artículo proporciona un marco conceptual basado en evidencias científicas para la promoción de la gestión emocional como factor protector frente al consumo de tabaco. Con este fin se presenta una intervención fundamentada en dicho marco: El componente de gestión emocional del Programa SI!.

El Programa SI! es una intervención educativa desarrollada por la Fundación SHE para promover la salud cardiovascular desde los 3 a los 16 años. Su efectividad para aumentar los hábitos relacionados con la salud cardiovascular ha sido demostrada en niños de 3 a 6 años (Peñalvo et al., 2013b; Peñalvo et al., 2015), y se está evaluando en niños de 6 a 12 años (Santos-Beneit et al., 2019) y en adolescentes (Fernández-Jimenez et al., 2019).

MÉTODOS

PARTICIPANTES

El Programa SI! se ha desarrollado en tres Etapas Educativas (Infantil, de 3 a 6 años; Primaria, de 6 a 12 años; y Secundaria, de 12 a 16 años). En las tres etapas se implementa y evalúa en centros de educación pública: 24 escuelas de infantil de Madrid (entre 2011 y 2014), 48 escuelas de primaria de Madrid (entre 2014 y 2020), y 24 institutos de enseñanza secundaria de Madrid y Barcelona (entre 2017 y 2021).

INSTRUMENTOS

Para la elaboración del componente de gestión emocional del Programa SI!. se ha formado un equipo de expertos de diferentes áreas (Psicología, Medicina, Epidemiología, Biología, Actividad Física, Nutrición, Educación, Sociología y Tecnologías de la información y comunicación). Se han definido estrategias, objetivos y contenidos según evidencias científicas, y posteriormente se han adaptado según la edad y teniendo en cuenta el plan de estudios de cada etapa.

DISEÑO

El foco del Programa es el alumnado (a través de actividades en el aula), que se apoya en la familia, los maestros y el entorno escolar para consolidar los hábitos de vida saludables (Peñalvo et al., 2013a). Incluye cuatro componentes educativos e interrelacionados: 1) Alimentación saludable; 2) Actividad física; 3) Cuerpo y corazón; y 4) Gestión emocional.

PROCEDIMIENTO

Para definir el marco teórico del componente de gestión emocional como factor protector frente al consumo de tabaco, se ha partido de los principios (ver Tabla 1) propuestos por el Instituto Nacional de Prevención de drogas de Estados Unidos (NIDA, 2003). Posteriormente, se han buscado metaanálisis y revisiones sistemáticas sobre la

Tabla 1
Principios basados en la evidencia para prevenir el inicio del consumo de sustancias tóxicas (NIDA, 2003)

Área	Principio
Factores de riesgo y de protección	Mejorar los factores de protección (como la supervisión parental) y reducir los factores de riesgo (como el comportamiento agresivo temprano).
Familia	Fortalecer los vínculos familiares y proporcionar formación sobre drogas.
Educación Infantil	Intervenir desde la Educación Infantil.
Educación Primaria	Mejorar el autocontrol, la conciencia emocional, la comunicación, la resolución de problemas sociales y el apoyo académico.
Educación Secundaria	Promocionar los hábitos de estudio y el apoyo académico, la comunicación, las relaciones con los compañeros, la autoeficacia y asertividad, las habilidades de resistencia frente a las drogas, el refuerzo de actitudes antidrogas y los compromisos personales contra el abuso de drogas.
Población	Dirigir el programa a la población general, para reducir el riesgo de estigmatización.
Duración de la intervención	Diseñar actuaciones a largo plazo con intervenciones repetidas para reforzar los objetivos de prevención.
Formación del profesorado	Incluir formación a los docentes sobre buenas prácticas de gestión del aula.
Técnicas didácticas	Emplear técnicas interactivas que permitan una participación activa en el aprendizaje.

prevención del consumo de tabaco para definir los objetivos generales. Estos se han complementado con búsqueda de evidencias de los modelos ASE y PRECEDE de cambio de conducta para la etapa de educación secundaria. Finalmente, se han buscado evidencias sobre el desarrollo de las competencias de gestión emocional incluidas en el Programa. A continuación, se explican las evidencias más relevantes para cada etapa educativa.

EDUCACIÓN INFANTIL

Esta etapa es un período para el desarrollo de habilidades socioemocionales básicas, que sientan las bases para una competencia socioemocional posterior (Denham y Burton, 2003). Los fundamentos de la competencia social, que se desarrollan en los primeros cinco años de vida, están vinculados al bienestar emocional y afectan a la capacidad posterior de un niño para adaptarse a la escuela y formar relaciones. (Consejo Científico Nacional sobre el Niño en Desarrollo, 2004). Desarrollar habilidades como el llevarse bien con los compañeros, seguir las reglas y rutinas del aula o enfocar la atención, serán además necesarias para la futura competencia académica (Bierman y Motamedi, 2015). Este período es también una etapa sensible para construir un buen vínculo entre padres e hijos, que será uno de los principales factores de protección en la adolescencia.

Según Bierman y Motamedi (2015), es importante incluir el apoyo de los adultos y una gestión positiva en el aula durante este período para lograr bajos niveles de comportamiento agresivo-disruptivo, así como relaciones positivas entre maestros y estudiantes. Ambas habilidades son necesarias para el desarrollo de las capacidades de autorregulación, empatía e interacciones sociales de los niños. En cuanto a las estrategias de instrucción, deben ser breves, atractivas, experienciales y concretas. Así mismo, se deben ofrecer abundantes oportunidades para practicar las habilidades y repetir la experiencia.

En resumen, los maestros tienen un papel clave en el desarrollo de competencias socioemocionales durante el tiempo en el aula y su capacitación es necesaria. Según las teorías del desarrollo algunas estrategias que se pueden enseñar a partir de los 3 años son el reconocimiento e identificación verbal de las emociones básicas a partir de las señales expresivas faciales y corporales, y posteriormente la comprensión de cómo los factores externos influyen en la experiencia emocional (Pons y Harrys, 2004; Nelson, 2011).

EDUCACIÓN PRIMARIA

Las habilidades de regulación emocional constituyen un factor protector. Ben y Tak (2011) establecieron que influye positivamente en las intervenciones antidrogas que los adolescentes: 1) sean capaces de identificar sus emociones; 2) comprendan el mecanismo a través del cual pueden regular sus emociones, y; 3) sean conscientes de las consecuencias de sus emociones y los comportamientos que desencadenan. El desarrollo de estas habilidades permite que las situaciones estresantes sean menos estresantes y sea menos probable que recurran a sustancias para regular su estado de ánimo. El aprendizaje de la regulación emocional es posible comenzarlo ya durante la Educación Primaria teniendo en cuenta que:

- Entre los 6 y los 8 años, los niños son capaces de usar estrategias conductuales para la regulación emocional. Por ejemplo, pueden evitar una situación o sonreír ante el reproche de un amigo. También tienen mayor capacidad para reconocer y comprender las emociones en otras personas, así como para tener metacognición de la propia emoción.
- Entre los 8 y los 10 años comienzan a usar estrategias psicológicas para la regulación emocional como la distracción o la negación.
- Entre los 10 y los 12 años son capaces de utilizar distintas estrategias realistas para la regulación del estrés, así como tener una mayor sensibilidad social y conciencia de las señales sociales.

EDUCACIÓN SECUNDARIA

Existe evidencia de la eficacia en la prevención del consumo de tabaco de acuerdo con el modelo ASE de cambio de conducta. Las intervenciones con mayor influencia en los adolescentes españoles son aquellas que promueven: la autoeficacia para decir "NO" a la presión de grupo, las actitudes negativas hacia el tabaco (Vitoria, Salgueiro, Silva y De Vries, 2009; Markham, López y Aveyard, 2009), las habilidades asertivas (Cortés, Schiaffino, Marti y Fernández, 2005), la autoestima -especialmente en las chicas- y la promoción del tiempo libre no asociado con el consumo de sustancias tóxicas -especialmente en chicos- (Nebot et al., 2009). La enseñanza de la competencia y la influencia social también puede prevenir el inicio del consumo de tabaco (Thomas et al., 2013). Ambas pretenden

ayudar a los adolescentes a rechazar las propuestas a fumar, aumentando habilidades como: resolución de problemas, toma de decisiones, autocontrol, habilidades cognitivas para resistir las influencias interpersonales o mediáticas, aumento de la autoestima, estrategias para afrontar el estrés, habilidades asertivas y habilidades de resistencia ante la presión de grupo.

Los principales comportamientos de riesgo para el consumo de tabaco en adolescentes españoles son: altos niveles de consumo de alcohol, presión de personas referentes y de iguales para consumir, y ansiedad en situaciones sociales (Moreno, Rivera, Jiménez-Iglesias y García I, 2012). Por lo tanto, la actitud negativa hacia el alcohol, y las habilidades para rechazar su consumo, también son objetivos importantes para prevenir el consumo de tabaco.

RESULTADOS

En esta sección, se presenta la intervención del componente de gestión emocional del Programa SI!, que está basado en el marco conceptual expuesto, tal y como se detalla a continuación:

- Los contenidos de la intervención educativa se seleccionan para reducir los factores de riesgo (como una mala regulación de la ira) y desarrollar factores protectores (como el control de los impulsos y la supervisión de los padres).
- Es un Programa a largo plazo, con posibilidad de intervenir en estudiantes desde los 3 hasta los 16 años.
- Todos los estudiantes están incluidos en la intervención, sin diferenciar entre alto y bajo riesgo de enfermedad cardiovascular.
- El aprendizaje socioemocional está presente desde las Etapas de Educación Infantil y Primaria (autocontrol, conciencia emocional, comunicación y habilidades sociales) hasta la Etapa de Educación Secundaria (comunicación y relaciones con los compañeros, autoeficacia y asertividad, las habilidades de resistencia a las drogas y las actitudes negativas hacia el tabaco y el alcohol, entre otros).
- En Educación Infantil y Primaria, la formación de maestros incluye técnicas para ayudarles a aceptar y modular la respuesta emocional de los alumnos. También se ofrecen pautas escritas para lograr una buena atmósfera emocional en el aula.
- En Educación Primaria y Secundaria se incluyen técnicas interactivas, como los grupos de discusión y los juegos de roles.
- La familia se incluye como parte principal de la intervención, con el fin de desarrollar habilidades emocionales en el hogar y fortalecer el vínculo.

En la Tabla 2 se presenta un resumen del componente de gestión emocional del Programa SI! para cada nivel de intervención. En las tres Etapas, los profesores reciben formación con contenido

Tabla 2
Intervención del componente de gestión emocional del Programa SI!

	Aula	Profesorado	Familia	Ambiente escolar
Educación Infantil	Actividades de aula (10 horas cada curso académico)	Formación al profesorado en gestión emocional (6 horas) Guías con instrucciones para las actividades de aula Guías para gestionar un clima emocional positivo en el aula Asesoramiento continuo por el personal de la Fundación SHE	Actividades en familia (4 cada curso) Guías para realizar las actividades y gestionar las emociones Participación en la Jornada de la Salud	Documento con recomendaciones de salud Jornada de la salud
Educación Primaria	Actividades de aula (3/6 horas cada curso académico)		Actividades en familia (de 1 a 3 cada curso) Guías para realizar las actividades y gestionar las emociones Participación en la Jornada de la Salud	
Educación Secundaria	Actividades de aula (4/6 horas cada curso académico)	Guías con instrucciones para las actividades de aula Asesoramiento continuo por el personal de la Fundación SHE	Comunicaciones (3 cada curso) Participación en la Jornada de la salud	

de gestión emocional, y se ofrece información a las familias para promover habilidades desde el entorno familiar

Además, se proponen acciones a nivel del centro educativo para promover un buen clima socioemocional a través de una serie de recomendaciones. Éstas se dirigen principalmente a la inclusión de rutinas de actividad física y de descanso/relajación. La implementación de un sistema de mediación y resolución de conflictos también se recomienda en la Etapa de Educación Secundaria.

En las etapas de Educación Infantil y Primaria hay carteles para imprimir y colocar en el centro escolar con mensajes clave de salud para las familias. Los mensajes animan a las familias a escuchar e interpretar las emociones de sus hijos, a promover su autoconfianza y a implementar rutinas de movimiento físico y relajación en el hogar.

Finalmente, los centros participantes celebran una jornada anual de salud que involucra a todo el centro. Su objetivo es reforzar los mensajes de salud del Programa en un ambiente lúdico y comunitario con actividades saludables.

EDUCACIÓN INFANTIL

La intervención se focaliza en promover la conciencia emocional de las emociones primarias, la regulación emocional a través de los adultos de referencia (principalmente a través de la capacitación de maestros y recomendaciones a la familia), la autonomía personal, el autoconocimiento, la autoestima y la empatía con los compañeros de clase. Se anima tanto a los maestros como a la familia a crear una relación positiva con los niños aceptando y comprendiendo su expresión emocional, y a aprender a promover su regulación. Los maestros ayudan a los niños a identificar y comunicar sus emociones de una manera no violenta y a transferir este aprendizaje al entorno familiar a través de las actividades en familia.

Los contenidos se repiten y amplían a lo largo de los tres niveles, incluyendo un amplio repertorio de actividades experimentales con el objetivo de que se conviertan en hábitos.

EDUCACIÓN PRIMARIA

El Programa enseña a los alumnos principalmente habilidades de regulación emocional para promover el autocontrol y las habilidades sociales (incluida la resolución de problemas sociales). Al final de la Etapa, se introducen habilidades que permiten el rechazo de sustancias tóxicas.

Para ello, durante toda la Etapa se propone trabajar las siguientes habilidades: conciencia emocional, autoestima, responsabilidad social, empatía y habilidades de escucha y comunicación. En los tres primeros cursos, el autoconcepto y el autocontrol se trabajan principalmente con estrategias conductuales. En los tres últimos cursos, el aprendizaje se centra en la regulación emocional con estrategias psicológicas, regulación del estrés, autoconocimiento, toma de decisiones y actitud crítica.

Las actividades familiares y de aula se presentan como desafíos activos y dinámicos, que los estudiantes resuelven generalmente de forma interactiva.

EDUCACIÓN SECUNDARIA

La intervención está dirigida principalmente a trabajar las habilidades que permiten el rechazo de sustancias tóxicas. Se dedica especial atención a la actitud negativa hacia el tabaco y el alcohol, y a la autoeficacia para decir NO a la presión de grupo, ya que explican el 55% de la variación de la intención de fumar en adolescentes españoles (Vitoria et al. 2009, Markham et al., 2009).

Los adolescentes participantes también realizan actividades para mejorar la autoestima y gestionar situaciones de estrés y ansiedad, especialmente en situaciones sociales con sus compañeros e identificar talentos y actividades de ocio saludables de su interés.

Las comunicaciones a las familias se envían una vez realizadas las actividades en el aula. Informan a cerca de las actividades desarrolladas y ofrecen sugerencias sobre objetivos educativos y lecturas para promover los buenos hábitos desde el ámbito familiar.

Las metodologías de enseñanza incluyen técnicas interactivas que tienen como objetivo inculcar una actitud crítica entre los adolescentes y, por lo tanto, conducir a un mejor autocontrol de su propio comportamiento.

DISCUSIÓN

Actualmente existen amplias evidencias científicas para la promoción de la gestión emocional como factor protector contra el consumo de tabaco.

Estas evidencias pueden incluso adaptarse a las diferentes Etapas Educativas. La mayoría de los programas preventivos sólo se dirigen a la población adolescente, pero para los niños pequeños que presentan factores de riesgo, retrasar la intervención hasta la adolescencia probablemente dificultará la superación de los riesgos. En la adolescencia, las actitudes y los comportamientos están bien establecidos y no se cambian fácilmente (NIDA, 2003). Por otro lado, muchos programas preventivos abordan la regulación emocional sólo durante la adolescencia (Ben y Tak, 2011), pero se puede comenzar este aprendizaje con anterioridad (Pons y Harrys, 2004; Saarni, 1999).

Las recomendaciones para la prevención del consumo de tabaco deben adaptarse a cada país y cultura. Por ejemplo, los hábitos de estudio y el apoyo académico no están incluidos como objetivos del Programa SI! porque en el sistema educativo español, donde se aplica el Programa, cada centro escolar ofrece apoyo académico a los alumnos a través del servicio de orientación. Pero este objetivo debería incluirse como parte de la intervención en países sin esos recursos. Por otro lado, hay evidencias de que la efectividad depende de factores culturales. Por ejemplo, en adolescentes españoles, la autoeficacia justifica mejor la intención de fumar que la influencia social, pero el patrón opuesto se observa en otros países (Camila, 2007).

Un área de mejora del Programa podría ser incluir la formación para familias. La supervisión parental es crítica para la prevención del consumo de sustancias tóxicas y pueden ser mejorada con programas universales (Kosterman, Hawkins, Haggerty, Spoth y Redmond, 2001). Sin embargo, los centros participantes destacan que involucrar a las familias es difícil. Cuando se han desarrollado iniciativas, pocas familias han asistido, y aquellas con mayores necesidades generalmente son las que menos se involucran.

La formación es esencial para la efectividad de un programa. En el Programa SI! al menos un profesor en cada centro se forma. Sin embargo, en la Educación Secundaria se detectan resistencias para recibir capacitación debido principalmente al alto estrés y la presión académica. Es por este motivo por lo que no se ha incluido en la formación de docentes las buenas prácticas de gestión emocional en el aula, pero sería una buena estrategia para mejorar la autoestima y el bienestar emocional de los adolescentes.

Por último, algunas de las fortalezas del Programa SI! son las siguientes: desarrollo de factores de protección, inclusión de varios entornos en la intervención (aula, familia, profesorado, ambiente escolar), intervención temprana a partir de los 3 años de edad, inclusión de una amplia capacitación sobre competencias basadas en evidencias y la inclusión de guías con pautas escritas para maestros y familias.

CONCLUSIONES

El Programa SI! es una intervención educativa para promover hábitos saludables para el corazón desde la infancia. La gestión emocional, dirigida principalmente a mejorar la adopción de comportamientos saludables y promover factores protectores contra el consumo de sustancias como el tabaco, es un componente clave del Programa.

La intervención de este componente enseña a los niños de Educación Infantil y Primaria sobre la gestión emocional según la edad de desarrollo. El trabajo en Educación Secundaria está dirigido principalmente a adquirir las habilidades que permiten el rechazo de sustancias tóxicas, así como la gestión de situaciones de estrés y ansiedad. En todas las etapas escolares, la intervención proporciona material para promover los factores protectores en diferentes entornos: aula, familia, profesorado y ambiente escolar. Los estudios científicos que se están realizando, permitirán evaluar su efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barrett, P., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *Br J Clin Psychol, 40*(Pt 4), 399-410.

Bierman, K. L., & Motamedi, M. (2015). SEL programs for preschool children. In J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg, & T. P. Gullotta (Eds.), Handbook for social and emotional learning: *Research and practice* (pp. 135-150). New York, NY: The Guilford Press.

Camila. (2007). Modelo ASE para el consumo de fruta en población española. *IJBNPA, 4*(57).

Carlsson, A. C., Wandell, P. E., Gigante, B., Leander, K., Hellenius, M. L., & de Faire, U. (2013). Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: a cohort study. *Int J Cardiol, 168*(2), 946-952.

doi:10.1016/j.ijcard.2012.10.045
Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens, 28*(11), 1295-1302. doi:10.1093/ajh/hpv047
Cortés, M., Schiaffino, A., Martí, M., & Fernández, E. (2005). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria, 19,* 36-44.
Denham, S. A., & Burton, R. (2003). *Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers*. New York: Kluwer-Plenum.
Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev, 82*(1), 405-432. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
Fernandez-Jimenez, R., Santos-Beneit, G., Tresserra-Rimbau, A., Bodega, P., de Miguel, M., de Cos-Gandoy, A., . . . Fuster, V. (2019). Rationale and design of the school-based SI! Program to face obesity and promote health among Spanish adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *Am Heart J, 215*, 27-40. doi:10.1016/j.ahj.2019.03.014
Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R., & Redmond, C. (2001). Preparing for the drug free years: session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *J Drug Educ, 31*(1), 47-68. doi:10.2190/3KP9-V42V-V38L-6G0Y
Law, B. M., & Lee, T. Y. (2011). Importance of emotional competence in designing an antidrug education curriculum for junior secondary school students in Hong Kong. ScientificWorldJournal, 11, 2257-2265. doi:10.1100/2011/127894
Markham, W. A., Lopez, M. L., Aveyard, P., Herrero, P., Bridle, C., Comas, A., . . . Thomas, H. (2009). Mediated, moderated and direct effects of country of residence, age, and gender on the cognitive and social determinants of adolescent smoking in Spain and the UK: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 9,* 173. doi:10.1186/1471-2458-9-173
Moreno, C. R. P., Rivera, F., Jimenez-Iglesias, A., & García, I. (2012). *Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2010): Ministerio de Sanidad SSeI* (Ed.).
Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S., López, M. J., & Juárez, O. (2009). Factores de inicio de tabaquismo en adolescentes de Barcelona. *Arch Bronconeumol, 40*(11), 495-501. doi:https://doi.org/10.1016/S0300-2896(04)75580-5
Nelson, N. L., & Russell, J. A. (2011). Preschoolers' use of dynamic facial, bodily, and vocal cues to emotion. *J Exp Child Psychol, 110*(1), 52-61. doi:10.1016/j.jecp.2011.03.014
NIDA. (2003). Preventing drug abuse among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators and community leaders. (2nd ed.). *Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse*.
NSCDC. (2004). Children's emotional development is built into the architecture of their brains. Working Paper No. 2. *National Scientific Council on the Developing Child*. Retrieved from http://www.developingchild.net
Penalvo, J. L., Santos-Beneit, G., Sotos-Prieto, M., Bodega, P., Oliva, B., Orrit, X., . . . Fuster, V. (2015). The SI! Program for Cardiovascular Health Promotion in Early Childhood: A Cluster-Randomized Trial. *J Am Coll Cardiol, 66*(14), 1525-1534. doi:10.1016/j.jacc.2015.08.014
Penalvo, J. L., Santos-Beneit, G., Sotos-Prieto, M., Martinez, R., Rodriguez, C., Franco, M., . . . Fuster, V. (2013). A cluster randomized trial to evaluate the efficacy of a school-based behavioral intervention for health promotion among children aged 3 to 5. *BMC Public Health, 13,* 656. doi:10.1186/1471-2458-13-656
Penalvo, J. L., Sotos-Prieto, M., Santos-Beneit, G., Pocock, S., Redondo, J., & Fuster, V. (2013). The Program SI! intervention for enhancing a healthy lifestyle in preschoolers: first results from a cluster randomized trial. *BMC Public Health, 13,* 1208. doi:10.1186/1471-2458-13-1208
Pons, F., Harris, P. L., & de Rosnay, M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental periods and hierarchical organization. *European Journal of Developmental Psychology, 1*(2), 127-152. doi:10.1080/17405620344000022
Saarni, C. (1999). The development of emotional competence. New York, NY, US: Guilford Press.
Santos-Beneit, G., Bodega, P., de Miguel, M., Rodriguez, C., Carral, V., Orrit, X., . . . Fuster, V. (2019). Rationale and design of the SI! Program for health promotion in elementary students aged 6 to 11 years: A cluster randomized trial. *Am Heart J, 210*, 9-17. doi:10.1016/j.ahj.2018.12.011
Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M. d., Ben, J., & Gravesteijn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment?

Psychology in the Schools, 49(9), 892-909. doi:10.1002/pits.21641

Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev(4)*, CD001293. doi:10.1002/14651858.CD001293.pub3

Vitoria, P. D., Salgueiro, M. F., Silva, S. A., & De Vries, H. (2009). The impact of social influence on adolescent intention to smoke: combining types and referents of influence. *Br J Health Psychol, 14*(Pt 4), 681-699. doi:10.1348/135910709X421341

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA: PROPUESTA DE UNA APP PARA MEJORAR LA REGULACIÓN EMOCIONAL

Usue de la Barrera[1], Silvia Postigo-Zegarra[2], José Antonio Gil-Gómez[3] e Inmaculada Montoya-Castilla[1]

[1]Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universitat de València, Valencia, España.
[2] Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea, Valencia, España.
[3] Instituto Universitario de Automática e Informática Industrial, Universitat Politècnica de València, Valencia, España.

Resumen: La adolescencia es un período de grandes cambios y la dificultad para afrontarlos suele tener un impacto negativo en la salud. Un adecuado nivel de competencias emocionales puede ser un factor protector de psicopatología. El objetivo del estudio fue analizar la influencia de las competencias emocionales sobre el bienestar y la sintomatología emocional. Los participantes fueron 352 adolescentes (*M* = 12,80 años; *DT* = 0,71 años; 49,70% chicas). Se realizaron regresiones jerárquicas mediante el programa SPSS v.23. Los resultados mostraron que las competencias emocionales influían positivamente en el bienestar y negativamente en la sintomatología emocional, siendo la regulación emocional el mayor predictor de la varianza. En conclusión, se evidencia la necesidad de diseñar programas de intervención para mejorar las competencias emocionales centrados en la regulación. Se presenta el diseño de un programa de intervención para promover el bienestar adolescente a través de una app *(emoTIC)* que desarrolla las competencias emocionales.
Palabras clave: Adolescencia, Competencias emocionales, Bienestar subjetivo, Sintomatología emocional, TIC.

HEALTH PROMOTION IN ADOLESCENCE: PROPOSAL FOR AN APP TO IMPROVE EMOTIONAL REGULATION

Abstract: Adolescence is a period of great changes and the struggle to cope with them usually has a negative impact on health. An adequate level of emotional competences can be a protective factor for psychopathology. The aim of the study was to analyze the influence of emotional competences on well-being and emotional symptomatology. The participants were 352 adolescents (*M* = 12.80 years; *SD* = 0.71 years; 49.70% girls). Hierarchical regressions were performed using SPSS v.23. The results showed that emotional competences influenced subjective well-being positively and emotional symptomatology negatively, being emotional regulation the greatest predictor of variance. In conclusion, there is evidence for the need to design intervention programs to improve emotional competences focused on emotional regulation. The design of an intervention program to promote adolescent well-being through an app *(emoTIC)* that develops emotional competences is presented.
Key words: Adolescence, Emotional skills, Subjective well-being, Emotional symptomatology, ICT.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período vital en el que los jóvenes han de hacer frente a diversos cambios físicos, psicológicos, sociales y académicos (Boro & Dhanalakshmi, 2014) y las dificultades para afrontarlos pueden tener un impacto negativo en su salud (Sawyer et al., 2012). Durante esta etapa, suelen emerger trastornos emocionales como la depresión, que se van desarrollando a lo largo de la adolescencia (Rudolph, 2017; Vannucci, Flannery, & Ohannessian, 2018) y van disminuyendo progresivamente el bienestar (González-Carrasco, Casas, Malo, Viñas, & Dinisman, 2017). Asimismo, es una época de creciente vulnerabilidad ante síntomas internalizantes y externalizantes asociados con una deficiente regulación emocional (Ahmed, Bittencourt-Hewitt, & Sebastian, 2015). Alcanzar un adecuado ajuste psicológico durante la adolescencia es un predictor importante del posterior funcionamiento adulto (Jaworska & MacQueen, 2015).

Las habilidades emocionales son un aspecto crucial en el desarrollo cognitivo y emocional, ya

que están relacionadas con mejor salud mental, mejores habilidades sociales, menos acoso y mejor rendimiento académico (Cejudo, 2017; Schoeps, Villanueva, Prado-Gascó, & Montoya-Castilla, 2018). Las habilidades emocionales se refieren a la capacidad para prestar atención a los sentimientos, discriminar entre diferentes estados emocionales, utilizar la información emocional y manejar las emociones (Mayer, Caruso, y Salovey, 2016). Durante la adolescencia, esta habilidad se asocia con el ajuste psicológico (Cobos-Sánchez, Flujas-Contreras, & Gómez-Becerra, 2017) y las relaciones familiares saludables (Argyriou, Bakoyannis, & Tantaros, 2016).

La regulación es la habilidad más importante de la inteligencia emocional, entendida como la capacidad para modificar la vivencia y la expresión de las emociones (Gross & Thompson, 2007; Lennarz, Hollenstein, Lichtwarck-Aschoff, Kuntsche, & Granic, 2019). Esta habilidad favorece el rendimiento académico (Morrish, Rickard, Chin, & Vella-Brodrick, 2018), la autoestima y el ajuste psicológico (Schoeps, Tamarit, González, & Montoya-Castilla, 2019). El objetivo de la presente investigación fue analizar la influencia de las competencias emocionales sobre el bienestar y la sintomatología emocional en adolescentes.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes del estudio fueron 352 adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 14 años (M = 12,80; DT = 0,71; 49,7% chicas). Los adolescentes cursaban 1º ESO (53,4%) y 2º ESO (46,6%) en centros escolares de la Comunidad de Madrid. Respecto al número de hermanos, el 22,2% era hijo único, el 56% tenía un hermano, el 15,1% tenía dos hermanos, el 4,3% tenía tres hermanos y el 2,6% tenía cuatro o más hermanos. En cuanto al tipo de familia, el 94,6% indicó que tenía un padre y una madre, el 4,3% era una familia monoparental (solo una madre o un padre) y el 1,1% comentó tener otro tipo de familia.

INSTRUMENTOS

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para recoger variables sociodemográficas como sexo, edad, número de hermanos, país de origen y datos familiares.

Las competencias emocionales se evaluaron mediante la adaptación española de la Escala de Competencias Emocionales (ESCQ-21, Takšić, Mohoriæ, & Duran, 2009, validada en adolescentes españoles por Schoeps et al., 2019). La escala consta de 21 ítems con 6 alternativas de respuesta que se agrupan en tres subescalas: Percibir y comprender emociones, Expresar y etiquetar emociones y Manejar y regular emociones. La consistencia interna se ha mostrado adecuada en las tres subescalas (α = ,79–,92).

El bienestar subjetivo se evaluó en sus dimensiones cognitiva y afectiva. La dimensión cognitiva fue evaluada mediante la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985; validada por Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000), que consta de 5 ítems cuyos valores de respuesta oscilan entre uno y cinco. La consistencia interna fue adecuada (α = ,84). La dimensión afectiva fue evaluada mediante la Escala de Afecto Positivo y Negativo (SPANE; Diener et al., 2009), que consta de 12 ítems que se puntúan en una escala Likert de cinco puntos y hacen referencia a experiencias positivas y negativas. La consistencia interna se ha mostrado adecuada (α = ,78–,86).

Los síntomas emocionales se evaluaron a través de la adaptación española (Antúnez & Vinet, 2012) de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995), que consta de 21 ítems con escala Likert de cuatro puntos, evaluando la frecuencia con la que se han experimentado síntomas emocionales durante la última semana. Se agrupan en tres subescalas compuestas por siete ítems, mostrando una fiabilidad adecuada (α = ,77–,88). Asimismo, para la evaluación de las quejas somáticas se utilizó el Listado de Quejas Somáticas (SCL; Rieffe, Oosterveld, & Meerum-Terwogt, 2006; adaptado por Górriz, Prado-Gascó, Villanueva, & González, 2015). Está compuesto por 11 ítems con una escala Likert de tres puntos que evalúa la frecuencia con la que se experimentan síntomas somáticos. En este estudio, la consistencia interna se ha mostrado adecuada (α = ,84).

DISEÑO

Se trata de una investigación de tipo correlacional con diseño transversal que se ha llevado a cabo en una única evaluación.

PROCEDIMIENTO

Tras la aprobación del Comité de Ética de la Universitat de València y la autorización de los centros escolares, los padres y madres de los adolescentes firmaron el consentimiento informado para la participación en el estudio. Los adolescentes cumplimentaron los cuestionarios a través de la aplicación software LimeSurvey en la hora de tutoría de su centro durante aproximadamente 30 minutos.

El estudio de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v.23. Se realizaron análisis descriptivos, comparaciones de medias, análisis de varianza, correlaciones bivariadas y regresiones jerárquicas múltiples.

RESULTADOS

Los resultados de las comparaciones de medias evidencian diferencias por sexo (Tabla 1). En las competencias emocionales, se observa que las chicas tienen niveles más elevados de percepción emocional, mientras que los chicos muestran mayores puntuaciones en expresión y manejo emocional. Los tamaños del efecto son bajos-moderados en las tres dimensiones de las competencias emocionales. En cuanto al bienestar subjetivo, las chicas parecen mostrar mayores niveles de afecto negativo que los chicos, los cuales presentan mayor satisfacción con la vida. No se observan diferencias estadísticamente significativas en afecto positivo. Asimismo, los tamaños del efecto son bajos-moderados. Respecto a la sintomatología emocional, las chicas presentan más síntomas de depresión y más quejas somáticas que los chicos y los tamaños del efecto son bajos-moderados.

Atendiendo a la edad (Tabla 2), el análisis de varianza multivariado muestra diferencias entre los adolescentes (Lambda de Wilks = 0,89; $F = 2,11$; $p \leq ,01$). En bienestar subjetivo, los jóvenes de 12 años tienen significativamente mayor satisfacción con la vida que los de 13 y 14 años. Asimismo, los adolescentes de 12 años presentan menor afecto negativo que los de 14. No se observan diferencias respecto a la edad en las competencias emocionales ni en la sintomatología emocional.

El análisis correlacional muestra que las competencias emocionales se relacionan positivamente de forma baja-moderada con el bienestar subjetivo (Tabla 3). En cuanto a la sintomatología emocional, la expresión y el manejo emocional se asocian negativa y moderadamente, pero no parece haber relación con la percepción de las emociones. Asimismo, el bienestar subjetivo se asocia negativamente de forma baja-moderada con la sintomatología emocional.

Finalmente, las regresiones jerárquicas muestran la influencia de variables sociodemográficas y competencias emocionales sobre el bienestar subjetivo y la sintomatología emocional. Respecto al bienestar (Tabla 4), predicen el 40% de la satisfacción con la vida,

Tabla 1
Competencias emocionales, bienestar y síntomas emocionales en función del sexo

	Chicas	Chicos	*t*	*d*
	M (DT)	*M (DT)*		
Percepción	31,88 (5,37)	30,29 (5,76)	2,68**	0,29
Expresión	27,27 (8,81)	29,97 (7,48)	-3,10**	0,33
Manejo	28,94 (6,72)	32,01 (5,32)	-4,76**	-0,51
Satisfacción vida	22,82 (6,97)	25,13 (6,48)	-3,22**	-0,34
Afecto positivo	22,37 (4,47)	23,01 (4,02)	-1,41	-0,15
Afecto negativo	15,93 (4,43)	13,54 (4,43)	5,42**	0,54
Síntomas depresión	12,11 (11,85)	9,49 (9,60)	2,28*	0,24
Síntomas ansiedad	10,74 (9,42)	9,01 (8,10)	1,86	0,20
Síntomas estrés	14,87 (9,67)	13,39 (8,60)	1,52	0,16
Quejas somáticas	1,56 (0,41)	1,39 (0,30)	4,56**	0,48

Nota. *$p \leq ,05$. **$p \leq ,01$. ***$p \leq ,001$

Tabla 2
Competencias emocionales, bienestar y síntomas emocionales en función de la edad

	12 años		13 años		14 años		F	Post hoc
	M	*DT*	*M*	*DT*	*M*	*DT*		
Percepción	30,74	6,17	31,63	5,39	30,32	4,88	1,59	
Expresión	29,56	8,02	28,29	8,47	27,53	8,17	1,48	
Manejo	30,74	5,88	30,56	6,52	29,70	6,24	0,60	
Satisfacción vida	25,89	6,35	23,17	6,64	22,10	7,38	8,90***	12 > 13 y 14
Afecto positivo	23,09	4,21	22,42	4,23	22,58	4,42	0,90	
Afecto negativo	14,00	4,31	14,90	4,14	15,83	4,40	4,05*	12 < 14
Síntomas depresión	9,72	10,36	10,58	10,60	13,70	12,09	2,85	
Síntomas ansiedad	9,16	8,58	9,84	8,79	11,47	9,29	1,41	
Síntomas estrés	13,13	9,03	14,49	8,90	15,27	10,08	1,36	
Quejas somáticas	1,46	0,37	1,45	0,35	1,57	0,42	2,85	

Nota. Lambda de Wilks = 0,89; $F = 2,11$; $p \leq ,01$. *$p \leq ,05$. **$p \leq ,01$. ***$p \leq ,001$.

Tabla 3
Relación entre competencias emocionales, bienestar y síntomas emocionales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Percepción	-									
2. Expresión	,37**	-								
3. Manejo	,34**	,59**	-							
4. Satisfacción vida	,22**	,55**	,55**	-						
5. Afecto positivo	,22**	,55**	,62**	,59**	-					
6. Afecto negativo	-,06	-,35**	-,45**	-,64**	-,50**	-				
7. Síntomas depresión	-,05	-,37**	-,50**	-,52**	-,56**	,54**	-			
8. Síntomas ansiedad	,03	-,21**	-,33**	-,33**	-,36**	,48**	,75**	-		
9. Síntomas estrés	,04	-,28**	-,31**	-,32**	-,36**	,42**	,69**	,75**	-	
10. Quejas somáticas	,03	-,27**	-,41**	-,45**	-,40**	,48**	,57**	,58**	,46**	-

Nota. *$p \leq ,05$. **$p \leq ,01$.

Tabla 4
Predicción del bienestar subjetivo

Variables	Satisfacción con la vida			Afecto positivo			Afecto negativo		
	ß	R^2	ΔR^2	ß	R^2	ΔR^2	ß	R^2	ΔR^2
Modelo 1		,07	,07**		,00	,01		,09	,10**
Sexo	,16**			,07			-,28**		
Edad	-,21**			-,05			,14**		
Modelo 2		,40	,34**		,44	,44**		,26	,17**
Sexo	,02			-,11*			-,15**		
Edad	-,16**			-,01			,12*		
Percepción	-,02			-,08			,10		
Expresión	,33**			,30**			-,14*		
Manejo	,35**			,50**			-,36**		

Nota. ß = coeficiente de regresión. R^2 = R^2 ajustada. ΔR^2 = cambio en R^2. *$p \leq ,05$. **$p \leq ,01$.

Tabla 5
Predicción de la sintomatología emocional

Variables	S. Depresión			S. Ansiedad			S. Estrés			Quejas somáticas		
	ß	R^2	ΔR^2	ß	R^2	ΔR^2	ß	R^2	ΔR^2	ß	R^2	ΔR^2
Modelo 1		,02	,03**		,01	,02		,01	,01		,06	,06**
Sexo	-,12*			-,10			-,08			-,24**		
Edad	,11*			,08			,08			,08		
Modelo 2		,28	,27**		,12	,12**		,14	,14**		,20	,25**
Sexo	,05			,03			,05			-,10*		
Edad	,08			,06			,06			,05		
Percepción	,18**			,18**			,21**			,17**		
Expresión	-,15**			-,08			-,19**			-,09		
Manejo	-,48**			-,35**			-,28**			-,39**		

Nota. ß = coeficiente de regresión. R^2 = R^2 ajustada. ΔR^2 = cambio en R^2. *$p \leq ,05$. **$p \leq ,01$.

el 44% del afecto negativo y el 26% del afecto positivo. Concretamente, el sexo influye en la dimensión afectiva del bienestar, pero no en la cognitiva cuando se incluyen las competencias emocionales; la edad predice negativamente la satisfacción con la vida y positivamente el afecto negativo; y de las competencias emocionales, la percepción no influye en el bienestar de los adolescentes, pero sí lo hacen la expresión y el manejo, siendo este el predictor más importante. Respecto a la sintomatología emocional (Tabla 5), predicen el 28% de los síntomas depresivos, el 12% de ansiedad, el 14% de estrés y el 20% de las quejas somáticas. El sexo y la edad no se muestran como predictores relevantes, pero sí las competencias emocionales. La percepción

influye positivamente mientras que la expresión y la regulación influyen negativamente. De la misma manera que en el bienestar, el predictor más importante de la sintomatología es el manejo emocional.

DISCUSIÓN

La adolescencia es un período complejo del ciclo vital en el que la salud mental puede verse afectada, debido a dificultades en el afrontamiento de los cambios (Vannucci et al., 2018). Los resultados del presente estudio evidencian diferencias en función del sexo en las competencias emocionales: las chicas prestan más atención a las emociones, mientras que los chicos se sienten más capaces de expresarlas y manejarlas. También se han observado diferencias en el bienestar: las chicas se sientes menos satisfechas con su vida y experimentan emociones negativas más a menudo. Asimismo, las chicas refieren más síntomas depresivos y somáticos. Estos resultados son congruentes con investigaciones anteriores que sugieren que las chicas presentan más problemas emocionales durante la adolescencia y los chicos, más problemas conductuales (Schoeps, Tamarit, González, et al., 2019).

Respecto a la edad, los resultados sugieren que los mayores (13 y 14 años) presentan menor bienestar subjetivo que los más jóvenes (12 años), los cuales se encuentran más satisfechos con su vida y experimentan menos emociones negativas. Estudios previos ya habían observado que, conforme aumenta la edad, disminuye el bienestar (González-Carrasco et al., 2017). No obstante, estas diferencias no se observan en las competencias emocionales ni en los síntomas emocionales en este estudio ni en estudios anteriores (Schoeps, Tamarit, González, et al., 2019).

En cuanto a la predicción del bienestar subjetivo y la sintomatología emocional de los adolescentes, las variables sociodemográficas y las competencias emocionales predicen entre un 12% y un 44%. El sexo y la edad no parecen tener una influencia relevante en la aparición de la sintomatología emocional, pero sí en el bienestar subjetivo (que es menor en las chicas y disminuye con la edad).

CONCLUSIONES

Las competencias emocionales mejoran el bienestar y la sintomatología emocional. Por un lado, los adolescentes con mayor capacidad para expresar y regular sus emociones, tendrán una mayor satisfacción con su vida y sentirán más a menudo emociones agradables y menos frecuentemente emociones desagradables. Por otro lado, los adolescentes que prestan más atención a sus emociones, percibirán más síntomas emocionales como síntomas de depresión, ansiedad, estrés y quejas somáticas que aquellos que les prestan menos atención. Mientras que ser capaz de expresar emociones y regularlas puede reducir dichos síntomas. La regulación emocional se ha mostrado como el predictor más relevante tanto para el bienestar subjetivo como para la sintomatología emocional. Por ello, se considera necesario desarrollar programas de intervención para mejorar las competencias emocionales adolescentes, especialmente centrados en la regulación emocional.

Con esta finalidad, se ha diseñado el programa emoTIC, que se encuentra actualmente en fase piloto. Este programa de intervención, que se realiza a través de una aplicación para dispositivos móviles, pretende promover el bienestar y la salud mental en la adolescencia mediante el desarrollo de las competencias emocionales. EmoTIC está planteado para utilizarse en los centros escolares y tiene una duración aproximada de ocho semanas. Se compone de 8 sesiones presenciales que se realizan en clase y 24 actividades para casa, todas ellas guiadas por la aplicación. Debido a los resultados obtenidos en la presente investigación, se consideró necesario dedicar una sesión completa y tres actividades para casa específicamente para trabajar la regulación emocional.

En la sesión de clase, se invita a los adolescentes a participar en un *role-playing* en el que se plantean situaciones emocionales y han de afrontarlas mediante una estrategia de regulación emocional que les toca por azar (Lennarz et al., 2019). El objetivo de esta sesión es conocer las diferentes estrategias de regulación emocional y experimentar la utilidad de cada una de ellas en diversos contextos.

En la primera actividad de casa, se plantean afirmaciones sobre la regulación emocional y se les da feedback acerca de su veracidad (Dan-

Glauser & Gross, 2013; Sheppes, Suri, & Gross, 2015). El objetivo es aumentar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre qué es la regulación emocional y suprimir creencias erróneas.

En la segunda actividad de casa, los adolescentes escuchan un audio que les guía en el recuerdo de una situación emocional y se les invita a reflexionar sobre la dificultad de la situación, si se sintieron capaces de resolverla y qué estrategia de regulación utilizaron (Montoya-Castilla, Postigo, & González, 2016). También se les ofrecen alternativas de estrategias de regulación emocional. El objetivo es trasladar las estrategias de regulación emocional aprendidas a una situación personal.

Finalmente, en la tercera actividad se les plantean situaciones con carga emocional y han de analizar cómo se sienten, los motivos por los que creen que se sienten así, de qué les informa la emoción y cómo podrían regularla (Desatnik et al., 2017; Gross, 2015). Además, la aplicación les da *feedback* durante el proceso. El objetivo es resolver situaciones emocionales utilizando las estrategias de regulación emocional más adecuadas.

En conclusión, los resultados de este estudio evidencian que las competencias emocionales, especialmente la regulación, influyen en la salud mental de los adolescentes, por lo que su desarrollo durante la adolescencia se plantea como un importante reto. Por este motivo, se presenta un programa de intervención apoyado en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que podría desarrollar las competencias emocionales en los adolescentes y mejorar su bienestar.

- Conflicto de intereses.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

- Financiación

El estudio ha sido realizado gracias al proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-84005-R), la Agencia Estatal de Investigación -AEI- y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) de la Unión Europea; y la Beca para la Formación de Personal Investigador concedida por la Generalitat Valenciana y el Fondo Social Europeo (ACIF/2018/033).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, S.P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C.L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience ,15,* 11–25.

Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica, 30*(3), 49–55.

Argyriou, E., Bakoyannis, G., & Tantaros, S. (2016). Parenting styles and trait emotional intelligence in adolescence. *Scandinavian Journal of Psychology, 9*(1), 1-8.

Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema, 12*(2), 314-319.

Boro, J., & Dhanalakshmi, D. (2014). Life stress, optimism, and life satisfaction among school students. *Indian Journal of Positive Psychology, 5*(1), 41-45.

Cejudo, J. (2017). Efectos de un programa de mejora de la inteligencia emocional sobre el ajuste psicosocial y el rendimiento académico en educación primaria. *Infancia y Aprendizaje, 40*(3), 503-530.

Cobos-Sánchez, L., Flujas-Contreras, J.M. y Gómez-Becerra, I. (2017). The role of Emotional Intelligence in Psychological Adjustment among Adolescents. *Anales de Psicología, 33*(1), 66-73.

Dan-Glauser, E.S. & Gross, J.J. (2013). Emotion Regulation and Emotion Coherence: Evidence for Strategy-Specific Effects. *Emotion, 13*(5), 832–842.

Desatrik, A., Bel-Bahar, T., Nolte, T., Crowley, M., Fonagy, P., & Fearon, P. (2017). Emotion regulation in adolescents: an ERP study. *Biological Psychology, 129*, 52–61

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi. D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 39*, 247-266.

González-Carrasco, M., Casas, F., Malo, S., Viñas, V., & Dinisman, T. (2017). Changes with Age in Subjective Well-Being Through the Adolescent Years: Differences by Gender. *Journal of Happiness Studies, 18,* 63–88. doi:10.1007/s10902-016-9717-1

Górriz, A., Prado-Gascó, V., Villanueva, L., & González, R. (2015). Psychometric properties of the Somatic Complaints Scale in Spanish children and adults. *Psicothema, 27,* 269-276.

Gross, J.J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26.

Jaworska, N., & MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal of psychiatry and neuroscience, 40*(5), 291.

Lennarz, H.K., Hollenstein, T., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuntsche, E., & Granic, I. (2019). Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives. *International Journal of Behavioral Development, 43*(1), 1–11.

Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343.

Mayer, J.D., Caruso, D.R., & Salovey, P. (2016). The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emotion Review, 8*(4), 290-300.

Montoya-Castilla, I., Postigo, S., & González-Barrón, R. (2016). Programa PREDEMA. Programa de educación emocional para adolescentes. De la emoción al sentido. Madrid: Ediciones Pirámide.

Morrish, L., Rickard, N., Chin, T.C., & Vella-Brodrick, D.A. (2018). Emotion Regulation in Adolescent Well-Being and Positive Education. *Journal of Happiness Studies, 19*, 1543–1564.

Rieffe, C., Oosterveld, P., & Meerum-Terwogt, M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences, 40,* 123-133.

Rudolph, K.D. (2017). Advances in conceptual and empirical approaches to understanding the interpersonal context of youth depression: Commentary. *Journal of Applied Developmental Psychology, 51,* 65–69.

Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.J., Dick, B., Ezeh, A.C., & Patton,G.C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet, 379,* 1630–1640.

Schoeps, K., Tamarit, A., González, R., & Montoya-Castilla, I. (2019). Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 6*(1), 51-56. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.1.7

Schoeps, K., Tamarit, A., Montoya-Castilla, I., & Takšić, V. (2019). Estructura factorial y validez de la Escala de habilidades y competencias emocionales (ESCQ) en adolescentes españoles. *Psicología Conductual, 27*(2), 275-293.

Schoeps, K., Villanueva, L., Prado-Gascó, V., & Montoya-Castilla, I. (2018). Development of Emotional Skills in Adolescents to Prevent Cyberbullying and Improve Subjective Well-Being. *Frontiers in Psychology, 9,* 2050. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02050

Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J.J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11,* 379-405.

Takšić, V., Mohorić, T., & Duran, M. (2009). Emotional skills and competence questionnaire (ESCQ) as a self-report measure of emotional intelligence. Psihol. *Obzorja, 18,* 7–21.

Vannucci, A., Flannery, K.M., & Ohannessian, C.M. (2018). Age-varying associations between coping and depressive symptoms throughout adolescence and emerging adulthood. *Development and Psychopathology, 30,* 665–681.

SALUD Y ESTRÉS PERCIBIDO EN EL CUIDADOR PRINCIPAL: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ASMA BRONQUIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO I

Laura Lacomba-Trejo, Selene Valero-Moreno,
Inmaculada Montoya-Castilla y Marián Pérez-Marín

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia

Resumen: El asma bronquial (AB) y la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) son las enfermedades crónicas (EC) más comunes en infancia y adolescencia. El cuidado de un hijo con EC supone un gran estrés afectándoles fisca y emocionalmente. El presente estudio identifica el estrés en estos cuidadores en función del diagnóstico del hijo. Evaluamos 251 cuidadores (81% madres) de adolescentes con AB (54,6%) y DM1 (45,4%) con: cuestionario de estrés percibido (PIP, Casaña-Granell et al., 2018) y un cuestionario sobre el número de medicamentos semanales. Encontramos altos niveles de estrés relacionado con la frecuencia de aparición de situaciones estresantes relacionadas con el cuidado, en particular, este fue mayor en los cuidadores de pacientes con DM1. Las asociaciones entre el consumo de medicamentos y el estrés fueron bajas. Señalamos la necesidad de atender al cuidador principal, ya que su malestar puede afectar a su calidad de vida y a la de su hijo.
Palabras clave: Cuidador principal; Asma bronquial; Diabetes mellitus tipo 1; Estrés percibido; Salud.

THE PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH OTHER NETWORK PARTICIPANTS: FAVORING THE CHANGE OF NARRATIVES

Abstract: Bronchial asthma (BA) and type 1 diabetes mellitus (T1DM) are chronic diseases (CD) most common in childhood and adolescence. Caring for a child with CD is very stressful, affecting them physically and emotionally. This study identifies stress in these caregivers based on the child's diagnosis. We evaluated 251 caregivers (81% mothers) of adolescents with AB (54.6%) and DM1 (45.4%) with: perceived stress questionnaire (PIP, Casaña-Granell, et al., 2018) and a questionnaire on the number of weekly medications. We found high levels of stress related to the frequency of occurrence of stressful situations related to care, in particular, this was higher in caregivers of patients with T1DM. Associations between drug use and stress were low. We point out the need to attend the primary caregivers, as your discomfort can affect your quality of life and that of your child.
Key words: Primary caregiver; Bronchial asthma; Type 1 diabetes mellitus; Perceived stress; Health.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define las enfermedades crónicas (EC) como *"enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta"*. Las principales EC en la infancia y adolescencia son el asma bronquial (AB) y la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (Lacomba-Trejo, Valero-Moreno, Casaña-Granell, Pérez-Marín, y Montoya-Castilla, 2018).

Se estima que 339 millones de personas viven con AB (Global Initiative for Asthma [GINA], 2018), padeciéndolo el 5,70% de la población infantil hispánica (CDC, 2017). A pesar de las grandes dificultades que puede ocasionar está infradiagnosticado e infratratado (OMS, 2004). El AB afecta a pulmones y vías respiratorias, pudiendo causar episodios de sibilancias, tos y opresión torácica. El exceso de moco puede acumularse en los bronquios disminuyendo el nivel de oxígeno (CDC, 2018).

La DM1 es una enfermedad metabólica, endocrina y grave, que se da cuando el páncreas no produce la insulina necesaria (Informe

Mundial de Diabetes [OMS], 2016). Ambas enfermedades pueden comprometer la vida del paciente pediátrico si no sigue el tratamiento. De hecho, en España en 2017, aproximadamente 1.000 personas fallecieron por asma, y 10.000 por diabetes, atribuyéndose principalmente estas defunciones al incumplimiento terapéutico (GINA, 2018; Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017).

El tratamiento de las dos, pero especialmente de la DM1 necesita de la atención continuada de los niveles de glucosa e implica un cambio en los hábitos de vida notable. Es necesario que los adolescentes sigan una dieta estricta, realicen ejercicio diario, controles de la glucosa e inyección de insulina en cada comida (OMS, 2016). El manejo del AB incluye el uso oral o inhalado de corticoesteroides, broncodilatadores e inhibidores de leucotrenios (American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology [AAAAI], 2013; Nieves, 2019).

Los tratamientos de ambas EC, requieren que la toda la familia se implique en la gestión de la enfermedad, afectado a todo el sistema familiar, pero, sobre todo, al cuidador principal (CP) del paciente, que suele ser la madre (Casaña-Granell et al., 2018). Se entiende como CP, aquella persona que se encarga de los cuidados de la persona enferma, de forma no remunerada y en el ámbito doméstico, recayendo sobre él la responsabilidad principal y las cargas del tratamiento, emocionales y sociales (Horsch, McManus, y Kennedy, 2012).

La presencia de dificultades emocionales, sociales, económicas y las preocupaciones ante el futuro del niño, pueden ocasionar lo que se conoce como "síndrome de sobrecarga del cuidador" (Lobst et al., 2009), lo que genera un gran estrés y problemas emocionales, principalmente ansiedad y depresión (Lacomba-Trejo, Casaña-Granell, Pérez-Marín y Montoya-Castilla, 2017; Noser et al., 2019).

Los cuidadores principales de niños con AB o DM1 están sometidos a un gran nivel de estrés, sobre todo en cuanto a la frecuencia en la que se enfrentan a situaciones estresantes ante el cuidado como: las visitas a los servicios médicos, la comunicación con familiares y personal asistencial acerca del diagnóstico y tratamiento de sus hijos y el tratamiento y las decisiones acerca del mismo (Lacomba-Trejo et al., 2017; Valero-Moreno et al., 2018). Ahora bien, los cuidadores de adolescentes con DM1 suelen padecer más estrés que otros CP de pacientes con trastornos respiratorios o endocrinológicos (Casaña-Granell et al., 2018).

El gran estrés que sufren los CP, se ha asociado a un empeoramiento de su salud física y emocional (Nieves, 2019), lo que puede ocasionar complicaciones físicas y psicológicas en el paciente pediátrico (Bilbao-Cercós et al., 2014). Asociándose los síntomas emocionales y el estrés con un peor manejo (Pérez-Marín, Lacomba-Trejo, Casaña-Granell, y Montoya-Castilla, 2016), curso y desenlace de la EC (Streisand et al., 2010).

El sistema sanitario, en muchas ocasiones, no puede prestar la atención necesaria a los cuidadores familiares (Montero, Jurado y Méndez, 2015). No obstante, se considera al sistema familiar una variable crucial en la adaptación del paciente, aunque todavía poco estudiada (Morawska et al., 2015; Pérez-Marín et al., 2016).

Es por ello que el presente estudio tiene los siguientes objetivos: (1) describir los niveles de estrés ante el cuidado y de toma de medicación de los CP de adolescentes con AB o DM1, (2) realizar un estudio comparativo de dichas variables, entre los CP de ambas muestras y (3) observar las posibles asociaciones entre variables.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Respondieron 251 cuidadores principales de pacientes pediátricos con AB o DM1 de 9 a 18 años (M = 12,21; DT = 2,00). De ellos, el 54,60% eran cuidadores principales de adolescentes con AB, y el 45,50% de adolescentes con DM1. Tenían entre los 28-59 años, así las madres (82,20%) tenían una media de edad de 43,90 años (DT = 4,94) y los padres de 46,62 (DT = 5,50). Un análisis más detallado de sus características sociodemográficas puede encontrarse en la Tabla 1.

Procedían de Unidades de Neumología Pediátrica y Unidades de Endocrinología Pediátrica de hospitales de referencia de la ciudad de Valencia. Todos los pacientes estaban en seguimiento entre 2015-2019. Los criterios de inclusión fueron: cuidadores principales de pacientes pediátricos entre 9-18 años de edad, que presentaban una enfermedad crónica (AB o DM1) diagnosticada al menos 6 meses antes. Los criterios de exclusión fueron: cuidadores principales de pacientes con: a) otras enfermedades físicas o psicológicas previas o actuales.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas de la muestra

	Variable	Categoría	%		
			n (%)	AB	DM1
MADRE	Nivel académico	Graduado sin completar	9,40	9,20	7,80
		Graduado Escolar	27,60	28,30	21,40
		Bachiller o FP	32,00	25,80	39,80
		Estudios Superiores	30,90	36,70	31,10
	Situación laboral	Funcionario	11,80	13,40	13,00
		Contrato indefinido	43,80	32,80	37,00
		Contrato temporal	2,86	4,20	2,00
		Desempleado cobrando	9,00	5,90	10,00
		Desempleado sin cobrar	21,90	22,70	13,00
		Otros	21,90	21,00	25,00
PADRE	Nivel académico	Graduado sin completar	5,10	1,54	7,90
		Graduado Escolar	10,30	29,23	22,50
		Bachiller o FP	33,30	27,69	41,60
		Estudios Superiores	51,30	27,69	28,10
	Situación laboral	Funcionario	20,50	12,50	25,00
		Contrato indefinido	43,60	50,00	37,50
		Contrato temporal	2,6	4,80	4,50
		Desempleado cobrando	2,6	4,80	2,30
		Desempleado sin cobrar	2,6	7,70	3,40
		Otros	28,2	20,20	22,70

n (%) = porcentaje de la muestra total; AB = Asma Bronquial; DM1 = Diabetes Mellitus Tipo 1

INSTRUMENTOS

Se elaboró un cuestionario ad hoc para recoger las variables sociodemográficas y clínicas de interés del cuidador familiar (parentesco con el paciente pediátrico, patología del paciente pediátrico, edad del CP y el paciente, situación laboral y nivel de estudios). Por otra parte, se valoró:

• El *estrés ante el cuidado de un hijo con enfermedad crónica* se evaluó mediante el Pediatric Inventory for Parents (PIP; Streisand, 2001; Casaña-Granell et al., 2018). La versión inicial constaba de 42 situaciones situaciones hospitalarias potencialmente estresantes para los padres con niños con alguna EC (Del Rincón, Remor y Arranz, 2006). La versión actual, validada en muestra española de cuidadores de pacientes pediátricos con condiciones crónicas endocrinológicas o respiratorias, cuenta con 12. Cada ítem se responde (de 1 a 5) en relación a la frecuencia de aparición y al esfuerzo percibido que supone cada situación relacionada con el cuidado de un paciente pediátrico. Está compuesto con cuatro subescalas: cuidados médicos, comunicación, funcionamiento emocional y rol familiar, cuyos ítems tienen, pudiéndose obtener una puntuación total de frecuencia y esfuerzo. Cada subescala puede obtener una puntuación de 3 a 15, siendo el máximo posible 60 puntos (Casaña-Granell et al., 2018).

Las propiedades psicométricas del instrumento fueron adecuadas (Casaña-Granell et al., 2018; Del Rincón et al., 2006; Streisand, et al., 2001). En nuestra muestra, la consistencia interna para la escala de frecuencia fue de α = ,87 (α = ,84 para cuidadores de pacientes con AB, y α = ,86 para los de DM1). Para la escala de esfuerzo encontramos un α = ,85 (α = ,89 para AB y α = ,80 para DM1).

- La *salud física del cuidador principal* se valoró mediante un instrumento creado ad hoc en el que se tuvo en cuenta la frecuencia en la toma de medicamentos (tranquilizantes, hipnóticos, estimulantes y antidepresivos, así como analgésicos y medicamentos que se toman a causa de un problema cardíaco o debidos a hipertensión arterial) que había ingerido el CP en la última semana. Se respondía en una escala de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 a menudo, 4 uno al día y 5 más de uno al día).

PROCEDIMIENTO

Se evaluó al CP tras la visita del paciente a consultas externas, después de firmar el consentimiento informado. El trabajo contó con el aval de los Comités de Ética de las entidades participantes. El estudio de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v.26, mediante análisis descriptivos, pruebas *t* para muestras independientes con *d* de Cohen para el tamaño del efecto (TE). Se consideran valores pequeños de tamaño del efecto aquellos ≈ 0,2, medios ≈ 0,5 y altos ≈ 0,8 (Cohen, 1988). Por último, llevamos a cabo correlaciones de Pearson.

DISEÑO

Diseño transversal de único momento temporal, comparativo entre cuidadores de adolescentes con AB o DM1.

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DEL CP: ESTRÉS ANTE EL CUIDADO DE UN HIJO CON EC Y SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA DEL CP

Los cuidadores principales mostraron niveles moderados-elevados ante el cuidado del paciente pediátrico, especialmente en cuanto a la frecuencia de las situaciones que les generaban estrés, destacando: la frecuencia con la que los cuidadores principales tenían que proporcionar cuidados médicos o decisiones acerca del tratamiento, las visitas a los servicios médicos y las preocupaciones acerca del futuro de sus hijos (Tabla 2).

La mayoría de los CP no tomaba medicación a lo largo de la semana, no obstante, la más habitual parecía ser los ansiolíticos y la menos frecuente los antihipertensivos (Tabla 3).

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO: DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Los CP de pacientes pediátricos con DM1, padecían de forma significativa mayores niveles de estrés, tanto en frecuencia de situaciones estresantes a las que estaban sometidos como en el malestar que les generaban estas situaciones. Además, los CP de adolescentes con DM1, mostraban más estrés relacionado con la frecuencia de aparición y esfuerzo percibido de situaciones ligadas a la comunicación acerca de la enfermedad con familiares o personal sanitario. Asimismo, se enfrentaban en más ocasiones y con mayor carga a situaciones estresantes, angustiantes y las preocupaciones en cuanto al futuro de su hijo. Además, sufrían con mayor asiduidad estrés ante situaciones relacionadas con los cuidados médicos como pruebas médicas, toma de tratamiento y decisiones acerca del mismo, viendo con mayor frecuencia afectadas otras esferas de su vida (familiares, laborales, económicas o de ocio) (Tabla 2).

En general, el tamaño del efecto de las diferencias fue moderado o elevado. Los padres de adolescentes con DM1 se estresaban más al comunicarse con otros sobre sus hijos, se implicaban más en el tratamiento y perdían calidad de vida social, personal y laboral (Tabla 2).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, observándose, además, un tamaño del efecto pequeño en cuanto al número de medicamentos ingeridos por los CP de adolescentes con AB o DM1 (Tabla 3).

Tabla 2
Estadísticos descriptivos, diferencias de medias entre CP de pacientes pediátricos con AB o DM1 y tamaño del efecto de estrés ante el cuidado

		n		AB		DM1				
		M	DT	M	DT	M	DT	*t*	*sig.*	*d*
COMUNICACIÓN	F	9,30	2,30	8,65	2,07	10,08	2,33	4,81	,0001	0,65
	E	5,49	2,49	5,17	2,32	5,86	2,64	2,02	,044	0,28
CUIDADOS MÉDICOS	F	11,20	3,03	10,55	3,17	12,01	2,66	3,75	,0001	0,50
	E	5,96	4,33	5,49	2,95	6,51	5,49	1,71	,090	0,23
DISTRÉS EMOCIONAL	F	9,31	2,79	8,36	2,41	10,44	2,80	5,89	,001	0,80
	E	8,83	3,41	8,12	3,16	9,67	3,51	3,38	,001	0,46
ROL FAMILIAR	F	7,67	3,98	7,10	2,57	8,36	5,13	2,34	,001	0,31
	E	7,25	3,15	6,97	3,13	7,56	3,16	1,35	,180	0,19
TOTAL	F	39,09	8,91	34,49	7,37	40,84	8,84	5,72	,0001	0,78
		29,13	11,23	25,76	9,14	29,68	11,45	2,74	,007	0,39

n = Muestra total; AB = Asma Bronquial; DM1 = Diabetes Mellitus Tipo 1; *M* = Media; *DT* = Desviación típica; *t* = valor t; *sig.* = significación; *d* = d de Cohen = TE pequeño ≈ 0,20; TE moderado ≈ 0,50; TE grande ≈ 0,80; F = Frecuencia; E = Esfuerzo.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos, diferencias de medias entre cuidadores principales de pacientes pediátricos con AB o DM1 y tamaño del efecto de fármacos ingeridos a la semana.

		%									
		N	CN	AM	UD	MUD	M	DT	*t*	*sig.*	*d*
TR	*n*	74,90	25,50	4,10	3,70	1,80	1,42	0,88	/	/	/
	AB	73,70	13,60	5,10	5,10	2,50	1,49	0,99	1,34	,183	0,18
	DM1	76,20	17,80	3	2	1	1,34	0,73			
ANA	*n*	31,70	40,70	19,90	3,20	4,50	2,08	1,02	/	/	/
	AB	32,50	35	21,70	4,20	6,70	2,18	1,36	1,52	,130	0,21
	DM1	30,70	47,50	17,80	2	2	1,97	0,87			
HI	*n*	75,50	14,20	4,10	6	0	1,40	0,83	/	/	/
	AB	71,80	15,40	4,30	8,50	0	1,50	0,93	1,82	,071	0,24
	DM1	80,20	12,90	4	3	0	1,30	0,69			
ES	*n*	94	3,20	1,40	1,40	0	1,10	0,45	/	/	/
	AB	93,90	4,30	0	1,70	0	1,10	0,44	0,22	,830	0,02
	DM1	94,10	2	3	1	0	1,11	0,47			
AND	*n*	87	6	0,50	6,50	0	1,60	0,77	/	/	/
	AB	84,30	7	0	8,70	0	1,33	0,87	1,38	,169	0,18
	DM1	90,10	5	1	4	0	1,19	0,64			
ANH	*n*	91,20	1,80	0,50	5,10	1,40	1,24	0,84	/	/	/
	AB	88,80	2,60	0,90	6	1,80	1,30	0,94	1,19	,234	0,16
	DM1	94,10	1	4	1	0	1,17	0,71			
O	*n*	76,40	2,50	3,90	14,30	3	1,65	1,30	/	/	/
	AB	72,40	2,90	5,70	15,20	3,80	1,75	1,30	1,23	,222	0,17
	DM1	80,60	2	2	13,30	2	1,54	1,16			

TR = Tranquilizantes; ANA = Analgésicos; HI = Hipnóticos; ES = Estimulantes; AND = Antidepresivos; ANH = Antihipertensivos; O = Otros; *n* = Muestra total; AB = Asma Bronquial; DM1 = Diabetes Mellitus Tipo 1; % = Porcentaje; N = Ninguno; CN = Casi Nunca; AM = A Menudo; UD = Uno al Día; MUD = Más de Uno al Día; *M* = Media; *DT* = Desviación típica; *t* = valor t; *sig.* = significación; *d* = d de Cohen = TE pequeño ≈ 0,20; TE moderado ≈ 0,50; TE grande ≈ 0,80.

ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y MÉDICAS DE LOS CP DE PACIENTES CON AB O DM1.

Generalmente, la frecuencia en la toma de medicamentos ingeridos no sé relacionó con el estrés percibido ante el cuidado por parte del CP. Cuando las variables se asociaron de forma estadísticamente significativa, se dio una asociación pequeña entre las mismas.

Ahora bien, en la muestra general, encontramos relaciones entre la toma de antidepresivos y el malestar emocional que causaba el cambio de roles familiares y sociales (r = ,170, $p \leq$,05). El resto de asociaciones que hayamos en la muestra total y la de cuidadores de pacientes asmáticos se encuentran en la Tabla 4.

Por último, en el caso de los CP de adolescentes con DM1, el estrés asociado a la frecuencia (r = ,207, $p \leq$,05) y esfuerzo percibido (r = ,201, $p \leq$,05) que suponía el distrés emocional se asoció positivamente con los tranquilizantes ingeridos. Asimismo, los medicamentos hipertensivos se asociaban positivamente al esfuerzo que suponía el malestar emocional ligado al cuidado (r = ,223, $p \leq$,05).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio aportan información sobre la relación entre el estrés percibido ante el cuidado de un hijo con EC y la salud física y emocional de los CP. La salud del CP del paciente pediátrico no ha sido muy estudiada pese a que su bienestar es muy relevante en la evolución y el manejo de la enfermedad del adolescente (Montero, Jurado, y Méndez, 2015; Nieves, 2019).

Nuestros datos van en la línea de investigaciones anteriores y muestran cómo los CP están sometidos a grandes niveles de estrés diariamente. En general, es más estresante la frecuencia de estresores acerca del cuidado que el esfuerzo que les supone. Destacan el estrés relacionado con las veces que tienen que acompañar a sus hijos a la realización de pruebas médicas y los cambios y decisiones acerca del tratamiento (Casaña-Granell et al., 2018; Noser et al., 2019).

Esto es especialmente importante en los CP de adolescentes con DM1, ya que el tratamiento que reciben sus hijos necesita adaptaciones continuas adaptaciones diariamente. Además, su frecuencia de visitas a los servicios especializados es mayor

Tabla 4
. Asociaciones entre fármacos ingeridos y estrés en la muestra total y la de cuidadores principales de pacientes pediátricos con AB

		n			AB				
		TR	HI	ES	TR	ANA	HI	ES	AND
COMUNICACIÓN	F	-,033	,025	,091	-,019	,125	,219*	,118	,008
	E	,059	,076	,129	,147	,118	,164	,299**	,230*
CUIDADOS MÉDICOS	F	-,012	,056	,020	,005	,161	,112	-,039	-,022
	E	,038	,025	,056	,148	,024	,119	,165	,196*
DISTRÉS EMOCIONAL	F	,188**	,150*	,191**	,271**	,022	,257**	,259**	,201*
	E	,152	,099	,25	,167	,078	,151	,171	,122
ROL FAMILIAR	F	,176**	,122	,161*	,334**	,240**	,370**	,316**	,335**
	E	,248**	,220**	,230**	,316**	,164	,320**	,282**	,327**
TOTAL	F	,120	,086	,126	,184	,085	,169	,228*	,189
		,107	,121	,153*	,166	,085	,268**	,181	,120

T= Muestra total; AB= Asma Bronquial; F= Frecuencia; E= Esfuerzo; TR= Tranquilizantes; HI= Hipnóticos; ES= Estimulantes; ANA= Analgésicos; AND= Antidepresivos.

por lo que están más expuestos a la comunicación con personal sanitario (Casaña-Granell et al., 2018; Noser et al., 2019).

Además, los cuidadores sufren gran malestar emocional por las preocupaciones acerca del futuro de sus hijos, de la evolución y consecuencias de la EC. Los cambios a nivel social, familiar, laboral y económico son notables, y les generan un gran impacto. En muchas ocasiones, el tratamiento es tan demandante que los cuidadores tienen que abandonar su trabajo perdiendo su rol laboral, afectando lo anterior, a su economía y disminuyendo sus actividades de ocio e interacciones sociales. Añadido a lo anterior, es frecuente que tras el diagnóstico de un hijo de una EC se den divorcios o separaciones (Lacomba-Trejo et al., 2017), pues las situaciones extremas requieren de la adaptación del sistema familiar.

A pesar de lo anterior, en nuestro estudio, la mayoría de los cuidadores no ingiere medicamentos para la salud física o emocional. No encontramos asociaciones entre la ingesta de fármacos y el estrés que mostraban los cuidadores. Las relaciones que fueron estadísticamente significativas fueron de una pequeña magnitud.

Existen diferencias notables entre EC, sin embargo, en nuestro estudio aparecen otras variables de notable importancia que podrían explicar mejor la presencia de estrés en los cuidadores (Pérez-Marín et al., 2016).

La principal limitación del estudio es el número de participantes que incluye, por lo que la generalización de los resultados ha de realizarse con precaución. Las muestras finales obtenidas en este tipo de estudios, suelen ser reducidas en contextos hospitalarios dada la dificultad de obtención de la misma (siendo esto, por otra parte, una gran aportación de nuestro estudio).

Futuras investigaciones deberían aumentar la muestra, así como intentar introducir más CP padres. No obstante, nuestro estudio refleja la realidad del cuidado; generalmente son las mujeres quienes se hacen cargo del cuidado (Pérez-Marín, 2000).

Asimismo, sería importante tener en cuenta otros factores que podrían intervenir en el ajuste del CP como: la dinámica familiar, la sintomatología emocional o el apego, y otras variables médicas como: tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento, número de hospitalizaciones y frecuencia de visitas.

Nuestro estudio aporta información acerca de dos muestras diferenciadas de CP, y compara sus niveles de estrés y de salud, esto nos permitirá detectar sus necesidades, identificando qué poblaciones necesitan con mayor urgencia apoyo psicológico.

La salud física y emocional del paciente pediátrico y su cuidador se asocian fuertemente, por lo que proteger la salud del cuidador, es proteger la del paciente pediátrico, disminuyendo las complicaciones a corto y largo plazo (Streisand et al., 2010).

• Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

• Agradecimiento

Las autoras quieren agradecer su participación en el estudio a los cuidadores principales.

• Financiación

El presente estudio ha sido realizado gracias a las ayudas de investigación recibidas por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (1/2013 AEPCP y 1/2017 AEPCP), la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF 1/2017), el Programa VLC-BIOMED (Instituto de Investigación La Fe, Hospital Universitario y Politécnico La Fe y Universitat de València) (20_DMPT1_MORENO_2014), la Ayuda de Iniciación a la Investigación y la Beca de Formación Predoctoral "Atracció de Talent" de la Universidad de Valencia (0113/2018) y la Beca de la Generalitat Valenciana y fondo social Europeo para la Formación de Personal Investigador y Docente (ACIF17).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. (2013). Childhood asthma. Recuperado de: https://www.aaaai.org/conditions-and-treatments/conditions-dictionary/Childhood-(pediatric)-Asthma

Bilbao-Cercós, A., Beniel-Navarro, D., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Alcón-Sáez, J. J., y Prado-Gascó, V.J. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y Salud, 25*(1), 57-65. DOI: 10.5093/cl2014a5.

Casaña-Granell, S., Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Prado-Gascó, V.J., Montoya-Castilla, I., y Pérez-Marín, M. (2018). A brief version of

the Pediatric Inventory for Parents (PIP) in Spanish population: Stress of main family carers of chronic paediatric patients. *PLoS ONE, 13*(7), e0201390. Doi: 10.1371/journal.pone.0201390

Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Stats about asthma. Recuperado de: https://www.cdc.gov/nchs/fastats/asthma.html

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Asthma. Recuperado de: https://www.cdc.gov/asthma/

Del Rincón, C., Remor, E., y Arranz P. (2007). Preliminary psychometric study of the Spanish version of the paediatric inventory for parents (PIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology. 7*(2): 435–45.

Global Initiative for Asthma. (2018). 2018 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Retrieved from https://ginasthma.org/

Gómez-Rico, I., Pérez-Marín, M., y Montoya-Castilla, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: breve revisión de los principales factores psicológicos asociados. *Anales de Pediatría, 82*(1), 143-146. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.04.003

Horsch, A., McManus, F., y Kennedy, P. (2012). Cognitive and Non-Cognitive Factors Associated with Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Children with Type 1 Diabetes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*(4), 400–411

INE. (2017). *Encuesta de fallecimientos según causa. Año 2017*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Pérez-Marín, M., y Montoya-Castilla, I. (2017). Estrés, ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de Vida y Salud, 10*(1), 10-28.

Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Casaña-Granell, S., Pérez-Marín, M., y Montoya-Castilla, I. (2018). Enfermedad crónica pediátrica: estudio comparativo de los niveles de ansiedad, depresión y autoestima. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 5*(3), 48-53. doi: 10.21134/rpcna.2018.05.3.7

Lobst, E. A., Alderfer, M. A., Sahler, O. J., Askins, M. A., Fairclough, D. L., Katz, E. R., Butler, R. W., Dolgin, M. J., … Noll, R. B. (2009). Problem solving and maternal distress at the time of a child's diagnosis of cancer in two-parent versus lone-parent households. *Journal of pediatric psychology, 34*(8), 817-21. Doi: 10.1093/jpepsy/jsn140

Marawska, A., Calam, R., & Fraser, J. (2015). Parenting interventions for childhood chronic illness: a review and recommendations for intervention design and delivery. *Journal of Child Health Care, 19*(1), 5-17. DOI: 10.1177/1367493513496664.

Montero, X., Jurado, S., Méndez, J (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primaries informales de niños con cancer. *Psicooncología, 12*(1), 67-86. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48905

Nieves, L.E. (2019). Parents' and Health Professionals' Perceptions of Asthma Medication Noncompliance Among Puerto Rican Children. (Tesis doctoral). Walden University, Minnesota. Recuperado de: https://pqdtopen.proquest.com/doc/2190241467.html?FMT=ABS

Noser, A.E., Marker, A.M., Majidi, S., Stanek, K.R., Hongying, D., Raymond, J.K. … Patton, S.R. (2019). Parental depression and diabetes-specific distress after the onset of type 1 diabetes in children. Health Psychology, 38(2), 103-112.

OMS (2004). Enfermedades respiratorias crónicas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/respiratory/asthma/es/

OMS (2016). Informe Mundial sobre Diabetes. Ginebra, Organización Mundial de la salud.

OMS. (2017). *Enfermedad crónica*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Pérez-Marín, M. (2000). La familia del enfermo oncológico: un programa de intervención psicológica. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Valencia.

Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Lacomba-Trejo, L., y Casaña-Granell, S. (2016). Problemas emocionales y estrés ante la enfermedad en los familiares del paciente diabético pediátrico. *Cultura Educación y Sociedad, 7*(2), 122-138.

Streisand, R., Mackey, E. R., y Herge, W. (2010). Associations of parent coping, stress and well-being in mothers of children with diabetes: Examination of data from a national sample. *Maternal and Child Health Journal, 14,* 612–617.

Valero-Moreno, S., Pérez-Marín, M., Montoya-Castilla, I., Castillo-Corullón, S., Ramírez-Aguilar, Á., y Escribano-Montaner, A. (2018). Emotional distress in family caregivers of adolescents with bronchial asthma: analysis of its predictors. *Archivos Argentinos de Pediatría, 116*(2), e234-e240. Doi: 10.5546/aap.2018.eng.e23

ESTUDIO DE CASO ÚNICO MEDIANTE EL COACHING PSICOLÓGICO MOTIVACIONAL EN UNA JOVEN QUE PRETENDE PERDER PESO Y AUMENTAR SU MASA MUSCULAR

David Peris-Delcampo y Enrique Cantón Chirivella

Universidad de Valencia

Resumen: Se plantea una intervención psicológica de caso único utilizando el coaching psicológico motivacional a través del modelo "La Jirafa de Cantón" que consta de cuatro partes: cabeza u objetivos; cuello o "Expectativas x Valor"; cuerpo o la autoestima, autoeficacia y autoconcepto; y las patas o las cuatro vías de obtención de información (experiencia indirecta, experiencia directa, persuación verbal y manifestación de síntomas psicofisiológicos). Se utiliza un diseño de triangulación metodológica combinando métodos cuantitativos y cualitativos. La participante tenía 24 años y un objetivo inicial de perder 7 kilos en 4 meses aumentando su masa muscular. Se utizan los cuestionarios cuantitativos de Autoeficacia General de Bassler y Schwarzer y las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff por medio del test-retest. Se realizan 8 sesiones. Los resultados muestran una mejora de las puntuaciones post-test, en la línea de la valoración cualitativa. Estos resultados están en la línea de otros estudios anteriores.
Palabras clave: Psicología, Coaching, Peso, Masa muscular.

UNIQUE CASE STUDY THROUGH MOTIVATIONAL PSYCHOLOGICAL COACHING IN A YOUNG WOMAN WHO INTENDS TO LOSE WEIGHT AND INCREASE HER MUSCLE MASS

Abstract: A single case psychological intervention is proposed using motivational psychological coaching through the "La Girafa de Cantón" model, which consists of four parts: head or objectives; neck or "Expectations x Value"; body or self-esteem, self-efficacy and self-concept; and the legs or the four ways of obtaining information (indirect experience, direct experience, verbal persecution and manifestation of psychophysiological symptoms). A methodological triangulation design is used combining quantitative and qualitative methods. The participant was 24 years old and had an initial goal of losing 7 kilos in 4 months by increasing her muscle mass. The quantitative questionnaires of General Self-efficacy of Bassler and Schwarzer and the Ryff Psychological Well-being Scales are used through the test-retest. There are 8 sessions. The results show an improvement of the post-test scores, in the line of the qualitative assessment. These results are in line with other previous studies.
Key words: Psychology, Coaching, Weight, Muscle mass

INTRODUCCIÓN

La intervención psicológica requiere de profesionales competentes que, en ocasiones, deberán actuar de manera interdisciplinar respetando los roles profesionales buscando optimizar la intervención en pro del adecuado funcionamiento de las personas con las que se trabaja (Cantón, 2016).

Desde esta perspectiva de optimización, aparece la Psicología Positiva que busca potenciar las cualidades personales y orientar hacia la consecución de objetivos en lugar la concepción más tradidional que parte de detectar el problema para después eliminarlo (Seligman, 2008; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vera, 2008). Algunos términos relacionados con la psicología positiva son el Bienestar Psicológico Eudaimónico, que se refiere a vivir de forma plena en la búsqueda de las propias metas o a buscar la satisfacción derivada de la autorrealización de nuestras potencialidades más valiosas (Ryan, Huta y

Deci, 2008) o la Autoeficacia General (Scwarzer y Jerusalem, 1995), que se refiere a la confianza global que tiene la persona para enfrentarse a un amplio rango de situaciones nuevas y desafiantes.

El coaching se puede encuadrar en la Psicología Positiva, ya que es una metodología de trabajo donde el experto (coloquialmente llamado coach) genera las condiciones para que el cliente o coachee se "dé cuenta", encuentre sus propias soluciones para lograr uno o varios objetivos (Peris-Delcampo, 2016; Peris-Delcampo y Cantón, 2018). Esta forma de trabajar no directiva, entendida como una estrategia de moficación de conducta cuya aplicación representa un proceso de cambio, reflexión, autodescubrimiento y acción (Garcia-Naveira, 2013) donde el cliente libera su talento al detectar sus puntos fuertes, posibilidades de mejora y la elaboración de un plan de acción (Villa y Caperán, 2010), aunque de manera justificada y anecdótica, el profesional del coaching podrá actuar de manera directiva sin que sea esto la parte fundamental del proceso (Buceta, 2019). Para la correcta aplicación del coaching el profesional que lo aplique deberá, por un lado saber crear ese entorno facilitador (metodologia coaching) y por otro ser competente respecto a lo que se trabaja en el coaching (Cantón, 2014b; Peris-Delcampo, 2014), por lo que si el ámbito de trabajo es el del profesional de la psicología, podemos hablar de psicólogo-coach o psicólogo experto en coaching (Caperán y Peris-Delcampo, 2014).

Desde esta perspectiva del coaching, se creó el modelo de intervención "La Jirafa de Cantón" (Cantón 2013, 2014a), utilizando a este animal como metáfora y basado en teorías clásicas de motivación ampliamente contrastadas, como las de Motivación de Logro (McClelland, 1989), la de la Autoeficacia (Bandura, 1997), la de la Fuerza Motivacional (Atkinson, 1983; Vroom, 1964) o la Teoría de Metas (Locke 1968; Locke y Latham 1990).

"La Jirafa de Cantón" ya se ha aplicado con éxito en natación adaptada (Peris-Delcampo, Expósito y Cantón, 2016), fútbol sala femenino (Colás, Expósito, Peris-Delcampo y Cantón, 2017), gimnasia rítmica (Sánchez, Expósito, Peris-Delcampo y Cantón, 2018), marcha atlética (Rodríguez, Maestre y Cantón, 2018), en miedo a hablar en público (Cantón, Expósito y Peris-Delcampo, 2018) o en mejora de habilidades sociales (Cantón, Taipe-Nasimba, Expósito y Peris-Delcampo, 2019).

El presente trabajo muestra la aplicación de este tipo de intervención en una chica de 24 años que quiere perder peso y aumentar su masa muscular. Se espera que, tras la intervención, las puntuaciones post test aumenten respecto al pre-test y la valoración cualitativa de la participante mejore en sus componentes motivacionales integrados en el modelo "La Jirafa de Cantón".

MÉTODO

Se utilizó un diseño de triangulación metodológica (Castañer, Camerino y Anguera, 2013) utilizando métodos cuantitativos y cualitativos. El diseño era de caso único A-B con fase de seguimiento cualitativa (León y Montero, 2015). El tratamiento de datos se realizó por medio de análisis visual (Bono y Arnau, 2014).

El profesional que realizó la intervención fue un psicólogo experto en coaching que además conocía y dominaba la aplicación del modelo utilizado.

PARTICIPANTES

La participante es una chica de 24 años que ha intentado varias veces perder peso y aumentar su masa muscular sin éxito. Se plantea como objetivo inicial perder 7 kilos en 4 meses aumentando su masa muscular.

Antes de realizar la intervención se le explicó a la participante las condiciones de la intervención y la posibilidad de su publicación, firmando el correspondiente consentimiento informado, siguiendo las recomendaciones del comité de ética de la Universidad de Valencia.

MATERIALES

Para la evaluación cuantitativa se utilizaron los dos siguientes instrumentos:

- Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), en su adaptación española de Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y van Dierendock (2006), la cual tiene una fiabilidad de α de Cronbach entre 0,84 y 0,70. Consta de 29 ítems puntuados en una escala Likert de 1 ("*Completamente en desacuerdo*") a 6 ("*Completamente de acuerdo*") agrupados en seis subescalas: autoaceptación, dominio del entorno, relaciones positivas, propósito en la vida, crecimiento personal y autonomía.
- Escala de Autoeficacia General (Schwarzer y Baessler, 1996), en su adaptación española de Sanjuán, Pérez-García y Bermúdez (2000), que tiene una consistencia interna de α de Cronbach de 0,87

y correlación entre dos mitades de 0,88. Evalúa la competencia percibida para lograr las metas propuestas en diez ítems en una escala Likert de 1 ("*Poco de acuerdo*") a 4 ("*Muy de acuerdo*").

El modelo de intervención utilizado (a modo de entrevista semiestructurada), fue la "Jirafa de Cantón" (Cantón, 2013, 2014a), que usa la metáfora de una jirafa (figura 1) y que que consta de las siguientes partes:

• Cabeza: definición de objetivo o meta a conseguir y sobre el que se basa el trabajo a realizar.

• Cuello: se refiere a las expectativas de eficacia ("creo" o ¿hasta qué punto cree que puede lograr el objetivo?, en tanto por ciento) y el valor del incentivo ("valoro", o del 1 al 10, cuánto es importante para el participante).

• Cuerpo: o las tres bases de la confianza, que son la percepción de autoeficacia ("puedo"), la autoestima ("valgo") y el autoconcepto ("soy").

• Patas: las cuatro bases de la autoconfianza, que son la experiencia indirecta ("veo"), la persuasión verbal ("oigo"), los síntomas psicofisiológicos ("siento") y la experiencia directa ("hago").

Para la aplicación del modelo se utiliza un protocolo desarrollado específicamente para ello (Cantón y Peris-Delcampo, 2017), planteando preguntas propuestas en relación al modelo (ver tabla 1), que consta de las fases de identificación (donde se analiza cuál es la situación del sujeto respecto a las partes del modelo y su objetivo planteado), intervención (en la que se trabaja específicamente para mejorar cada parte del modelo en relación al objetivo) y seguimiento (tras un tiempo posterior al post test en el que se valora cualitativamente la consolidación de la intervención realizada).

Asimismo, para una evaluación cualitativa, se analizaron las verbalizaciones de la participante respecto a cada parte de "La Jirafa de Cantón" (Cantón, 2013, 2104a) comparando las de la fase de identificación y las realizadas en la última sesión del tratamiento.

PROCEDIMIENTO

Se realizaron un total de 8 sesiones (tabla 2) de aproximadamente una hora cada una (2 de indentificación, 5 de intervención y 1 de seguimiento).

En la fase de identificación (7 y 15 de septiembre) se realizó el pretest, el consentimiento informado y identificaron los elementos del modelo concluyendo de manera general que, aunque el objetivo podía ser realista, faltaba subdividirlo en submetas clarificando las tareas. Faltaba reforzar logros anteriores (trabajar el "cuerpo" con la autoestima, el autoconcepto y la autoeficacia), buscar ejemplos relevantes, ajustar las expectativas y definir claramente las tareas "que le sirvieran" a ella para saber que iba por buen camino, por lo que se quedó en que hablaría con profesionales de la nutrición y la educación física para planificar el trabajo.

En la fase de identificación se realizaron cinco sesiones (19 y 26 de septiembre, 5, 15 y 25 de octubre). La participante, tras haber consultado con

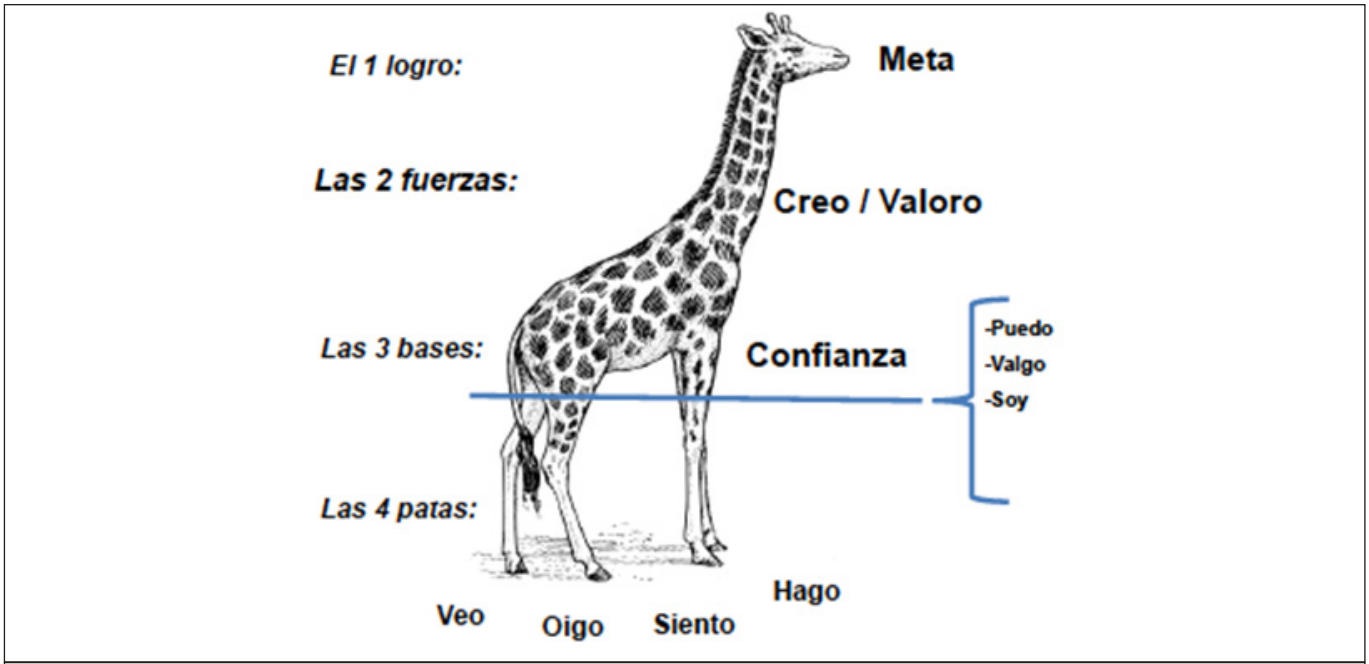


Figura 1. Esquema del modelo de coaching motivacional "La Jirafa de Cantón" (Cantón, 2013, 2014a).

Tabla 1
Ejemplo de preguntas realizadas en la entrevista semiestructurada para cada parte del modelo

PARTES DEL MODELO		PREGUNTAS
La meta (Cabeza)		¿Cuál es tu meta u objetivo ahora mismo?
		¿Te sientes apoyado ante este reto?
Las fuerzas (Cuello)		¿Qué crees que es más probable que suceda en relación con conseguir la meta?
		¿De1 (mínimo) a 10 (máximo), cómo valorarías tu objetivo?
La confianza (Cuerpo)	PUEDO	¿Te consideras capaz de conseguir lo que te propones?
	VALGO	En una escala del 1 al 10, ¿qué tan importante es para ti conseguir este objetivo?
	SOY	¿Cómo te definirías a ti mismo?
Las bases (Patas)	VEO	¿Conoces a alguien que lo haya intentado y/o conseguido?
	OIGO	¿Qué comentarios escuchas de la gente cercana a ti cuando les hablas de tu meta?
	SIENTO	¿Qué sientes cada vez que piensas en tu objetivo?
	HAGO	¿Te habías planteado antes algo similar?

Tabla 2
Resumen de las sesiones.

Fase	Nº	Fecha	Objetivos y trabajo realizado
Identificación	1	7 Septiembre	Explicación de las condiciones de la intervención y firma del consentimiento informado.
			Primer pase de los cuestionarios.
			Primera parte de identificación: explicación del objetivo y de las expectativas de eficacia y el valor del incentivo.
	2	15 Septiembre	Identificación de los elementos de la Jirafa restantes: "cuerpo" ("puedo", "valgo" y "soy") y las "patas" ("veo", "oigo", "siento" y "hago").
			Conclusiones generales respecto al global de la intervención: objetivo realista aunque falto de, sobre todo, establecerlo en sub metas que dependan de ella.
			Tarea para casa: hablar con profesionales que le ayudaran a establecer una buena planificación realista e individualizada.
	3	19 Septiembre	Comentó que había hablado con un entrenador personal (graduado en Ciencias del Deporte) y un nutricionista que le iban a hacer un plan para el objetivo.
			En base a toda la información, se concreta el objetivo con las submetas más claras.
			Tareas para casa: estructurar los días en función del trabajo físico y nutrición, y pensar si existen ejemplos cercanos que le pueden ayudar de verdad.
	4	26 Septiembre	Análisis de la planificación del entrenador personal y el nutricionista.
			Repaso de los modelos cercanos (una conocida con la que había hablado y otros que le decían los profesionales).
			Realización de un autorregistro donde valoraba del 1 al 10 si cada día había realizado las tareas previstas con observaciones.
			Tarea para casa: seguir el plan trazado y el autorregistro.
	5	5 Octubre	Repaso del trabajo realizado y cómo se sentía al hacerlo.
			Análisis del cuerpo y patas, en relación con el autorregistro.
			Tareas para casa: seguir el plan, el autorregistro y preguntar a familiares y amigos cómo veían lo que estaba haciendo.
	6	15 Octubre	Repaso del trabajo realizado, relacionándolo con el modelo.
			Repaso de modelos relevantes, relacionándolo con conductas.
			Análisis de lo que decían de ella, relacionándolo con el autoconcepto y autoestima.
			Tareas para casa: seguir con el plan y el autorregistro.
Intervención	7	25 Octubre	Repaso del trabajo realizado, con base del modelo y el autorregistro.
			Definición del estado actual de las partes del modelo.
			Valoración cualitativa del trabajo realizado.
			Pase de los cuestionarios para el post test.
Seguim.	8	3 Diciembre	Repaso del trabajo realizado.
			Refuerzo de los logros y hábitos adquiridos, focalizándolo en lo que depende de ella.
			Repaso del modelo y refuerzo de las partes del mismo.
			Despedida.

un entrenador personal (colegiado en COLEFCV) y un nutricionista, trajo las dos planificaciones que se aunaron con la realizada a través de la intervención motivacional, definiendo las tareas y el plan global. Se reforzó y trabajó el "cuerpo" a través de la realización de un registro diario donde planteaba del 1 al 10 el grado de cumplimiento de las tareas y por medio de preguntas adecuadas enfocadas a la autoestima, autoconcepto y la autoeficacia. Se reforzaron las patas buscando ejemplos adecuados (una amiga y los que le proponían los otros profesionales) y que las personas cercanas valoraran el trabajo realizado. En la última sesión de esta fase se realizó el post test.

En la sesión de seguimiento (3 de diciembre) comprobó que tenía un mayor percepción de control y sabía qué podía hacer para lograr lo que se proponía, estando satisfecha con el trabajo realizado.

RESULTADOS

Los resultados muestran un aumento de las puntuaciones post test en cada una de las variables estudiadas, sobre todo en la autoeficacia, como se observa en la tabla 3 y en la figura 2.

Respecto al análisis cualitativo de las respuestas en relación al modelo (tabla 4) se observan diferencias que muestran una mayor percepción de control, un mejor ajuste de sus expectativas y la importancia que le daba a la meta, y una mejor percepción de sus capacidades para lograr su objetivo.

Tabla 3
Puntuaciones cuantitativas de las variables estudiadas y diferencia de puntuación del pre y post test.

Variable	Pre	Post	Cambios
Autoeficacia	23/40	31/40	+8
Bienestar psicológico			
Autoaceptación	18/24	20/24	+2
Relaciones positivas	16/30	18/30	+2
Autonomía	18/36	24/36	+6
Dominio del entorno	21/30	24/30	+3
Crecimiento personal	17/24	19/24	+2
Propósito en la vida	19/30	20/30	+1

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio de caso único en el que una joven de 24 años pretendía perder peso, se han cumplido los objetivos planteados desde un principio al desarrollar hábitos útiles, aumentar su percepción de control y adquirir elementos motivacionales desde el modelo "La Jirafa de Cantón". Tanto la evaluación cualitativa como la cuantitativa ha resultado satisfactoria.

Además, se muestra la importancia de un buen trabajo interdisciplinar donde cada profesional aporta "su parte" (no por separado, sino de manera interconectada) para trabajar todos conjuntamente en beneficio de los usuarios o clientes.

Estos resultados están en la línea de otros anteriores donde también se ha utilizado este modelo, como en natación adaptada (Peris-Delcampo et al., 2016), fútbol sala femenino (Colás et al., 2017), gimnasia rítmica (Sánchez et al., 2018), marcha atlética (Rodríguez et al., 2018), para superar el miedo a hablar en público (Cantón et al., 2018) o en la mejora de habilidades sociales (Cantón et al., 2019).

Es necesario trabajar en modelos muy fundamentados desde la psicología para aplicarlos desde estrategias no directivas como el coaching para así dar calidad a las intervenciones, además de ofrecer estrategias prácticas a los profesionales de la psicología para que así los usuarios o clientes reciban un mejor y más profesional servicio.

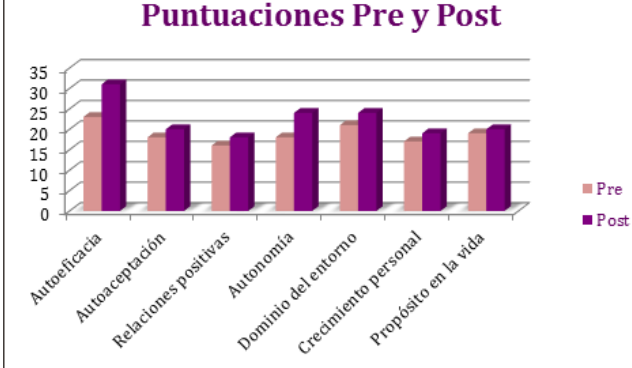


Figura 2. Gráfico de las puntuaciones pre y post de Autoeficacia y Bienestar Psicológico.

Tabla 4
Diferencias cualitativas pre y post intervención.

Bloque	Parte	Planteamiento previo	Planteamiento post
Cabeza	Cabeza	"Perder 7 kilos con aumento de masa muscular en 4 meses"	Cambió objetivos de resultado por tareas: realizar ejercicio, cuidar la alimentación, adquirir hábitos saludables, con la ayuda de profesionales. Planificación definida. Perder alrededor de dos kilos al mes.
Cuello	Creo	Creía que podía conseguirla en un 40%	Creía que podía conseguirla en un 80%
	Valoro	La valoró en 9 sobre 10	Su valoración final es de 7 sobre 10
Cuerpo	Puedo	Se había puesto a régimen 4 veces sin éxito mantenido. Le costaba hacer ejercio. Había sido capaz de acabar sus estudios universitarios.	Tenía claro qué podía hacer para lograr el objetivo. Confiaba en los profesionales de educación física y nutrición. Se encontraba cómoda con el plan.
	Valgo	Se consideraba organizada aunque un poco dejada. Al final, con el plan adecuado, había acabado sus estudios.	Entendía que tenía la capacidad de organizarse bien y veía que su plan le estaba funcionando para lograr el objetivo.
	Soy	Se veía a sí misma como físicamente poco atractiva, con bajo concepto de ella misma. No tenía claro que tenía la fuerza para lograrlo.	Entendía que "cada uno es como es" y podía hacer un plan individualizado para sentirse mejor. Estaba satisfecha con su manera de verse y lo que estaba haciendo.
Patas	Veo	No conocía a nadie cercano que hubiera logrado ese objetivo. Se fijaba en modelos de la tele y quería ser como ellas.	Entendía que "no es oro todo lo que reluce" y la necesidad de un trabajo individualizado. Su entrenador físico y su nutricionista le planteaban modelos cercanos.
	Oigo	El mensaje general de su familia era "¿otra vez? ¿para qué", mientras que una amiga íntima le apoyaba y decía que sí podía.	Sus familiares estaban gratamente sorprendidos y le animaban a seguir, diciéndole que había madurado mucho. Su amiga seguía apoyándola.
	Siento	Tenía sentimientos encontrados: por un lado sí le hacía mucha ilusión y por otro se sentía mal porque lo veía muy difícil.	Estaba contenta y sentía confianza en que lo podía lograr, ya que tenía claro qué dependía de ella. Estaba muy contenta e ilusionada.
	Hago	Anteriormente había fracasado en cuatro ocasiones. Pensaba que podía hacerlo mejor y lo iba a intentar.	Estaba satisfecha con el trabajo realizado hasta la fecha y cumplía el plan trazado con regularidad, asistiendo regularmente a los tres profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atkinson, J.W. (1983). *Personality, motivation and action*. Nueva York: Praeger.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York, NJ: Freeman and Co. Publishers.

Bono, R. y Arnau, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Buceta, J. M. (2019). *Psicología del Coaching: ¡Basta ya de cuentos chinos!*. Madrid: Dykinson.

Cantón, E. (2013). *La "Jirafa de Cantón": un modelo de estrategias motivacional aplicado desde la perspectiva del Coaching*. Granada: Editorial CSV.

Cantón, E. (2014a). 'Cantón's Giraffe': A motivational strategy model applied from the perspective of coaching. *The Coaching Psychologist, 10* (1), 26-34.

Cantón, E. (2014b). ¿El coaching es psicología? ¿Quién puede aplicar el Coaching y en qué entornos?. *Informació Psicològica, 107*, 2-10. doi: http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2014.107.1

Cantón, E. (2016). La especialidad profesional en Psicología del Deporte. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico, 1*, e2, 1-12. doi: https://doi.org/10.5093/rpadef2016a2

Cantón, E., Expósito, V., y Peris-Delcampo, D. (2018). Intervención psicológica con el método "La Jirafa

de Cantón" para superar el miedo a hablar en público. Un estudio de caso. En L. Lacomba-Trejo, T. I. Prieto, D. A. Bellver, A. G. Nicolás, M. M. Tamarit, J. L. Varella, M. P. Segrera, P. C. Pascual, J. Mateu, A. R. Lossana, y A. C. García, I Congreso Internacional Intersanitario. *Compilación de trabajos presentados* (pp. 21-35).

Cantón, E. y Peris-Delcampo, D. (2017, julio). Psychological intervention in sport from the motivational coaching perspective. *Comunicación presentada en el 14th World ISSP Congress of Sport Psychology.* Sevilla, España.

Cantón, E., Taipe-Nasimba, N., Expósito, V. y Peris-Delcampo, D. (2019). A single-case psychological intervention using the motivacional coaching method "Cantón´s giraffe" for the improvement of social skills. *The Coaching Psychologist, 15*(1), 24-35.

Castañer, M., Camerino, O. y Anguera, M.T. (2013). Métodos mixtos en la investigación de las ciencias de la actividad física y el deporte. Apunts. *Educación Física y Deportes, 112* (2), 31-55. doi: http://dx.doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es(2013/2).112.01

Colás, J.M., Peris-Delcampo, D., Expósito, V. y Cantón, E. (2017). Intervención psicológica desde el coaching motivacional utilizando el modelo "La Jirafa de Cantón" en una jugadora de fútbol sala. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico, 2,* e10, 1-14. doi: https://doi.org/10.5093/rpadef2017a12

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff [Spanish adaptation of the scales of psychological Well-Being of Ryff]. *Psicothema, 18* (3), 572-577.

García-Naveira, A. (2011). Aproximación al empleo profesional del coaching en el deporte. *Informació Psicològica, 101,* 26-39.

García-Naveira, A. (2013). Aplicación profesional del coaching en el deporte: un estudio de caso único. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 13*(2), 101-112. doi: https://doi.org/10.5944/ap.14.1.19255

León, O.G. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación: las tradiciones cuantitativa y cualitativa, 4º ed*. Madrid: Mc Grawhill.

Locke, E.A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance, 3,* 157-189.

Locke, E.A., y Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

McClelland, D.C. (1989). *Estudio de la Motivación Humana*. Madrid: Narcea.

Peris-Delcampo, D. (2014). El coaching: cómo podemos utilizarlo con éxito. *Informació Psicològica, 107*, 11-22.

Peris-Delcampo, D. (2016). *Nociones básicas de psicología del deporte y coaching para gestores de empresas deportivas*. Almería: Círculo Rojo.

Peris-Delcampo, D., Expósito, V. y Cantón, E. (2016). Intervención psicológica en natación adaptada desde la perspectiva del coaching motivacional. *Informació Psicològica, 112,* 59-73. doi: http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2016.112.5

Peris-Delcampo, D. y Cantón, E. (2018). El coaching com a estratègia psicológica: punts clau per a la seua correcta aplicació. *Anuari de Psicologia 19*(2), 203-219. DOI: http://10.7203/anuari.psicologia.19.2.203

Rodríguez, J., Maestre, M. y Cantón, E. (2018). Entrenamiento psicológico mediante el coaching motivacional en alto rendimiento: una experiencia en marcha atlética. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico, 3*(2), e15, 1-11. doi: http://dx.doi.org/10.5093/rpadef2018a11

Ryan, R.M., Hunta, V. y Deci, E.L. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Hapiness Studies, 9,* 139-170.

Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and Life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development, 12,* 35-55. doi: https://doi.org/10.1177/016502548901200102

Sánchez, A., Expósito, V., Peris-Delcampo, D. y Cantón, E. (2018). Estudio de caso único en gimnasia rítmica desde la perspectiva del coaching motivacional utilizando el modelo "La Jirafa de Cantón". *Informació Psicològica, 115,* 154-169. http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.115.3

Sanjuán, P., Pérez-García, A.M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para la población española. *Psicothema, 12* (2), 509-513.

Seligman, M.E.P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review, 57,* 3-18. doi: http://10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x

Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55,* 5–14.

Schwarzer, R. y Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés, 2* (1), 1-8.

Schwarzer, R. y Jerusalem, M. (1995). General self-efficacy scale. En J. Weinman, S. Wright y M. Johnston (Eds.). Measures in health psychology: A user's portfolio.

Vera, B. (2008). *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones.

Villa, J.P. y Caperán, J.A. (2010). *Manual de Coaching*. Barcelona: Profit Editorial.

Vroom, V.H. (1964). Work and Motivation. John Wiley and Sons: New York.

PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

VALIDACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA "LISTADO DE PROBLEMAS DE MEMORIA Y CONDUCTA EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL" REVISED MEMORY AND BEHAVIOUR PROBLEMS CHECKLIST- NURSING HOMES (RMBPC-NH)

Cristina Velasco, Gema Pérez-Rojo, Cristina Noriega, Mª Isabel Carretero, Patricia López-Frutos, Leyre Galarraga y Javier López

Universidad CEU San Pablo

Resumen: La prevalencia de problemas de conducta y de memoria en personas mayores institucionalizadas es significativa y puede influir en la calidad de vida de los profesionales. El objetivo de este estudio fue validar el cuestionario Revised Memory and Behaviour Problems Checklist- Nursing Homes (RMBPC-NH; Allen et al., 2003) en una muestra de 186 personas que trabajan en centros gerontológicos de la Comunidad de Madrid. Los resultados mostraron una estructura factorial igual que la escala original de cuatro factores (cognitivo, emocional, funcional y disruptivo). La fiabilidad de las escalas obtuvo niveles excelentes de alfa de Cronbach (,96-,99) y la validez de constructo se presenta por la existencia de una correlación estadísticamente significativa entre frecuencia de las conductas y satisfacción laboral, percepción de carga relacionada con el cuidado y agotamiento emocional. La versión española del RMBPC-NH muestra unas buenas propiedades psicométricas y puede ser una herramienta de utilidad para esta población.
Palabras clave: Problemas de memoria y conducta, Personas mayores, Centros gerontológicos, Estrés y satisfacción laboral.

SPANISH VALIDATION OF THE REVISED MEMORY AND BEHAVIOUR PROBLEMS CHECKLIST- NURSING HOMES (RMBPC-NH)

Abstract: The prevalence of memory and behavior problems in nursing homes may influence the professionals´ quality of work life. The objective of this study was to validate the Revised Memory and Behavior Problems Checklist- Nursing Homes (RMBPC-NH; Allen et al., 2003) in a sample of 186 people working in residences in Madrid. The results showed the same factorial structure as the original scale, composed by four factors (cognitive, emotional, functional and disruptive). The reliability of the scales, evaluated through Cronbach's alpha, showed excellent levels (.96-.99). The construct validity is presented by the existence of significant correlation between the frequency of behaviors and job satisfaction, perception of burden related to care and emotional exhaustion. The Spanish version of the RMBPC-NH shows good psychometric properties and can be a useful tool for this population.
Key words: Memory and behavior problems, Older people, Nursing homes, Stress and job satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de problemas de conducta y de memoria en personas mayores institucionalizadas es significativa y puede influir en la calidad de vida y el estrés laboral de los profesionales. Es necesario disponer de instrumentos adecuados que midan la frecuencia y el impacto de estos problemas en los trabajadores.

La presencia de alteraciones de conducta y de memoria es un predictor de la sobrecarga en los cuidadores informales, y de igual modo puede suceder en los cuidadores formales. Los problemas de conducta pueden crear dificultades en el cuidado, y. Estos problemas conductuales y de memoria normalmente están asociados a un diagnóstico de demencia que, debido al aumento de la esperanza de vida, serán síntomas

cada vez más frecuentes (Garre-Olmo, 2018). La presencia de estos problemas y su manejo puede tener relación con la satisfacción laboral y el agotamiento emocional de los cuidadores formales, es decir, aquellos que están en su día a día con ellos.

Los trabajadores deben saber cómo manejar estas conductas, sobre todo trabajar con los antecedentes, ya que se ha demostrado que la función sensorial, en especial la auditiva, así como las funciones cognitivas en estas personas está directamente relacionada con la presencia de agitación evaluado a través de la escala NHBPS (Nursing Homes Behavior Problems Scale; Ray, Taylor, Lichtenstein, & Meador, 1992; (Vance et al., 2003).

Por otro lado, Norton, Allen, Snow, Hardin y Burgio (2010) mostraron que los usuarios con niveles más bajos de funcionamiento cognitivo presentaban mayores problemas conductuales relacionados con la memoria y problemas disruptivos. Las mujeres mostraban mayores problemas emocionales que los hombres, y la experimentación de dolor se asoció con altos niveles de comportamiento disruptivo. La implicación en las actividades de la vida diaria aparecía como predictor de una baja tasa de conductas disruptivas.

Existe una carencia de escalas validadas en España para evaluar la presencia de problemas de conductas y de memoria, así como tampoco se hay valorado en profundidad la relación que tienen estos problemas de conducta y de memoria con los aspectos de salud laboral de los trabajadores en centros gerontológicos.

ESCALAS QUE EVALÚAN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA Y MEMORIA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

Inicialmente "The Revised Memory and Behaviour Problems" (RMBP; Teri, Uomoto, Zarit, & Vitaliano, 1992) constaba de 24 ítems y fue aplicada a familiares de pacientes con demencia. Evaluaba tres factores: depresión, presencia de comportamientos disruptivos y problemas relacionados con la memoria. La escala presentó una adecuada validez al predecir medidas relacionadas con la depresión y el deterioro cognitivo en personas mayores. La fiabilidad resultó adecuada evaluada a través del alfa de Cronbach siendo de ,80 depresión, ,79 problemas de memoria, ,67 en disrupción y el total de la escala obtuvo un ,84. La sub-escala de reacción correlacionó con el estrés del cuidador y la sobrecarga, así como la depresión (Teri et al., 1992). Así, la RMBP mostró ser un instrumento útil para mostrar los problemas de conducta que más generaban estrés a los cuidadores.

Por otro lado, Ray et al. (1992) crearon el NHBPS (Nursing Homes Behavior Problems Scale). Esta escala constaba de 29 ítems y fue completado por profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería y evaluaba la frecuencia de los problemas, pero no la severidad. Resultó ser un instrumento adecuado para evaluar los problemas de conducta graves en centros gerontológicos, entre ellos, los comportamientos disruptivos y que generaban estrés. Este cuestionario costaba con 6 sub-escalas: falta de cooperación y agresión, comportamiento irracional o intranquilo, problemas de sueño, comportamientos molestos como quejas, comportamiento inapropiado y comportamientos peligrosos. Las restricciones físicas o químicas se relacionaban con una mayor puntuación en este test. Este estudio no señalaba la fiabilidad de la escala, solo la validez convergente. Falta de cooperación y agresión fueron las que más aparecieron en frecuencias.

Más adelante, se desarrolló la versión empleada por Wagner et al. (1995) del MBPC-NH (The Memory and Behaviour Problems Checklist). Esta escala constaba de 41 ítems en la cual se suprimen los ítems que no se pueden emplear en centros gerontológicos, residencias, y el tipo de respuesta fue dicotómico, aparecen ítems relevantes relacionados con la memoria y los problemas emocionales y funcionales. Los ítems se pueden agrupar en cuatro categorías: problemas de memoria, emocionales, funcionales y otros. La fiabilidad de la escala fue de ,82. En este estudio se tomaron medidas en diferentes tiempos, realizando un estudio longitudinal durante 4 meses en el que se pudo observar que la mayoría de los comportamientos que cambiaban con el tiempo (inactividad o parecer ansiosos, por ejemplo) estaban relacionados con factores emocionales. Por lo tanto, estos problemas necesitan atención en instituciones.

La escala definitiva "The Revised Memory and Behaviour Problems Checklist- Nursing Homes" (RMBPC-NH; Allen et al., 2003) fue validada en centros gerontológicos a través del estudio

realizado en el que se relacionaba esta medida con la observación directa de los problemas de conducta que presentaban los usuarios. RMBPC-NH se componía de 42 ítems en los cuales la frecuencia se presentaba desde 0 (no aplica) a 5 (varias veces al día) y en cuatro categorías: cognitivo, emocionales, funcionales y disruptivos. En cuanto al análisis factorial confirmatorio, el modelo de tres factores fue el que resultó más adecuado en el cual problemas funcionales y disruptivos parecen formar parte del mismo factor. La subescala problemas de memoria tiene 12 ítems, la subescala emocional tiene 12 ítems y la disrupción tiene 18 ítems. En cuanto a la consistencia interna resulta adecuada para todas las subescalas (problemas de memoria = ,87; emocionales =,78; disrupción= ,87) y el total de la escala obtiene un alfa de Cronbach de ,95. Presentó adecuada validez de constructo y divergente. En el mismo estudio se encontró una relación entre la carga de los cuidadores formales y la frecuencia de problemas en los residentes evaluados a través del RMBPC-NH.

Por último, Gonzalez et al. (2011) realizaron una adaptación y validación transcultural del RMBPC evaluando la diada paciente-cuidador. Resultó ser una escala de fácil aplicación tanto para cuidadores formales como informales.

En España, se ha realizado la validación del instrumento "RMBPC-Spanish versión" (Nogales-González, Losada, & Romero-Moreno, 2015) en familiares de personas con demencia. Sin embargo, no se ha realizado la validación del RMBPC-NH. Por lo tanto, resulta necesario generar escalas fáciles de uso y con adecuadas propiedades psicométricas evaluadas en este contexto concreto de personas institucionalizadas.

SATISFACCIÓN LABORAL Y ESTRÉS EN CUIDADORES FORMALES EN CENTROS GERONTOLÓGICOS

La satisfacción laboral de los profesionales que trabajan en centros gerontológicos de personas mayores se ha asociado con diferentes factores, entre los que cabe destacar las características y el ambiente de trabajo. De hecho, la satisfacción con el trabajo se ha asociado a la disminución de rotación de las auxiliares (Karsh, Booskex & Sainfort, 2014). Un estudio realizado en España sobre la satisfacción laboral señaló que las enfermeras presentaban mayor satisfacción comparadas con las auxiliares y asociaron esta diferencia a la monotonía del trabajo y la baja satisfacción con su rol. El turno de trabajo o el modo de asignarlo, así como la situación laboral (tipo de contrato, etc.) tenían relación con la satisfacción de estos profesionales (Estévez-Guerra, Núñez-González, Fariña-López, Marrero-Medina, & Hernández-Marrero, 2007).

En cuanto al estrés laboral, normalmente ha sido estudiada su asociación con los conflictos en el lugar de trabajo. Además, existen factores personales que pueden estar influyendo. Por ejemplo, el estudio realizado por Gandoy-Crego, Clemente, Mayán-Santos y Espinosa (2009) mostró cómo la personalidad y los valores motivacionales influyen en el estrés en personas profesionales que trabajan en centros gerontológicos de personas mayores, en concreto, la sociabilidad, la responsabilidad y el neuroticismo se asociaron con mayores niveles de estrés. Por otro lado, los valores individualistas relacionados por el desarrollo de intereses personales también afectaban al nivel de despersonalización.

Tanto la satisfacción laboral como el estrés son fenómenos complejos que pueden estar afectados por varias variables, tanto del entorno como personales. Existen muy pocos estudios que analicen la relación entre la frecuencia de estos problemas y la influencia en la satisfacción laboral y el estrés en los profesionales, mientras que han sido más frecuentes los análisis de la relación de estos factores en cuidadores informales. En este sentido, Islam, Baker, Huxley, Russell y Dennis (2017) analizaron los factores asociados al estrés y al bienestar en los profesionales de centros gerontológicos de Reino Unido, y encontraron que experimentaban más estrés que los trabajadores de otro tipo de casas residenciales y que los problemas de salud reducía su habilidad para trabajar. Además, este mismo estudio señalaba la importancia de la formación para tener herramientas para gestionar los problemas asociados a la demencia (de memoria y de conducta).

MÉTODO

PARTICIPANTES

En el presente estudio participaron un total de 186 personas que trabajaban en residencias de personas mayores de la Comunidad de

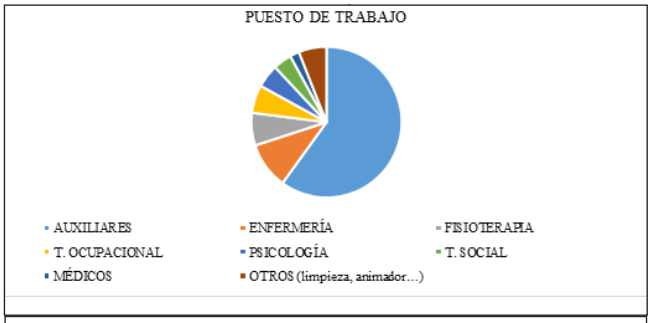


Figura 1. Gráfico de participantes según puesto de trabajo

de la salud y la carga subjetiva percibida en el puesto de trabajo, el 50% de los participantes afirmaron tener buena salud y el 62% afirmaron experimentar algo de sobrecarga.

MATERIALES

Los participantes del estudio contestaron a un cuestionario que recogía datos sociodemográficos, entre ellos, edad, sexo, profesión, número de años en el puesto de trabajo, formación recibida, así como dos ítems sobre la percepción subjetiva de su salud y de la sobrecarga.

Las variables evaluadas en el estudio han sido la frecuencia de problemas de memoria y conducta, la satisfacción laboral y el estrés laboral. Para la evaluación de dichas variables se han empleado tres instrumentos:

- *RMBPC-NH* "The Revised Memory and Behaviour Problems Checklist- Nursing Homes" (RMBPC-NH; Allen et al., 2003). Este cuestionario fue traducido al castellano y constaba de tres partes. La primera parte en la que los sujetos respondían a la frecuencia de problemas, una segunda en la cual contestaban si creían que ese problema afectaba a su modo de trabajo y otra en la que contestaban en qué medida afectaba al bienestar de los otros usuarios. La escala original presentaba una consistencia interna elevada de $\alpha = ,95$.

- *Cuestionario de Satisfacción Laboral* (Meliá & Peiró, 1998). Se utilizó la medida total de la satisfacción laboral. Se trata de una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta que van de 1(*muy insatisfecho*) a 7 (*muy satisfecho*) y 23 ítems. La escala original presenta una consistencia interna adecuada de $\alpha = ,88$.

- Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach & Jackson, 1997). Cuestionario que evalúa el síndrome de estar "quemado" por el estrés laboral asistencial a través de 22 ítems con una escala tipo Likert de 0 (*nunca*) a 6 (*todos los días*). Se consideraron las tres subescalas: agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización. La consistencia interna en la escala original validada con muestra española se obtuvieron los índices de $\alpha = ,90$ para la subescala agotamiento emocional, $\alpha = ,79$ para despersonalización y $\alpha = ,71$ para realización personal.

DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

Para la realización del estudio se planteó llevar a cabo un estudio transversal en el que se evaluaron las variables con los diferentes cuestionaros. Para ello se contactó con centros gerontológicos de la Comunidad de Madrid interesadas en participar, se ofrecía información sobre el estudio y, una vez se obtenían los permisos, uno de los miembros del proyecto acudía un día a centro a evaluar.

Para la traducción del cuestionario se contactó con un psicólogo bilingüe (español-inglés) quién realizó la traducción del mismo para la posterior aplicación a los profesionales.

Para la realización del análisis de los datos obtenidos se realizó un análisis Factorial Exploratorio, análisis de la fiabilidad a través del alfa de Cronbach y análisis de la validez de constructo a través de las correlaciones con otras variables. Todos los análisis se llevaron a cabo a través del programa SPSS.24.

RESULTADOS

ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Los resultados del análisis factorial exploratorio mostraron una buena adecuación para realizar los análisis a través de la media de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Barlett fue significativa en todos los casos para la escala de frecuencias ($KMO = ,89$; $\chi^2 = 5321,04$; $gl = 820$; $p < ,001$), para la escala de carga relacionada con el cuidado ($KMO = ,94$; $\chi^2 = 11855,81$; $gl = 903$; $p < ,001$), y para la escala carga social y emocional ($KMO = ,88$; $\chi^2 = 8193,39$; $gl = 861$; $p < ,001$).

Los resultados obtenidos en la escala de frecuencias concuerdan con la estructura factorial original formada por cuatro factores (cognitivo, emocional, funcional y disruptivo). Por su parte, las dos escalas de carga, tanto la relacionada con el cuidado como con la carga socioemocional del profesional, presentaron en un único factor. Del listado de ítems, solo se eliminó el ítem 14 por obtener un índice de extracción inferior a ,32 al tener un ajuste pobre al factor (Comrey & Lee, 1992).

FIABILIDAD Y VALIDEZ

En cuanto a la fiabilidad, los índices de alfa de Cronbach fueron excelentes, con puntuaciones equivalentes a ,96 para la escala de frecuencias, de ,98 para la escala carga relacionada con el cuidado y de ,99 para la escala carga socioemocional. Por lo tanto, el cuestionario muestra una adecuada consistencia interna.

En relación a la validez de constructo se muestra por la existencia de una correlación negativa y significativa entre la frecuencia de las conductas y la satisfacción laboral (r = -,205; p < ,01), y de una correlación significativa y positiva entre la percepción de carga relacionada con el cuidado y el agotamiento emocional (r = ,157; p < ,05). Ver tabla 1 en la que se muestran las correlaciones que han resultado significativas entre variables.

DISCUSIÓN

La validación de escalas con población gerontológica es escasa. Resulta necesario validar escalas que puedan ser aplicadas en nuestro contexto socio-cultural. En este sentido, la validación al español de la escala "Listado de problemas de memoria y conducta en el ámbito residencial" (Allen et al., 2013) permite disponer de una herramienta de utilidad que evalúa de modo la presencia de problemas de conducta y de memoria en las personas mayores institucionalizadas, así como las consecuencias que los mismos pueden tener en los profesionales.

El "Listado de problemas de memoria y conducta en el ámbito residencial" ha mostrado unas excelentes propiedades psicométricas, por presentar una adecuada consistencia interna y validez de constructo. El bajo peso factorial del ítem 14 (con su consecuente eliminación), se cree que puede tener relación con la traducción del mismo: "¿Con qué frecuencia está suspicaz o acusador?". En este sentido, en estudios posteriores, en los que se empleen muestras más amplias, se podría traducir de otro modo para ver si aumentase su ajuste al factor. De igual manera, sería necesaria la realización de un Análisis Factorial Confirmatorio y analizar la validez convergente y de criterio. Para ello podría ser interesante una ampliación de la muestra.

Por otro lado, el que la escala incluya una subescala objetiva de frecuencias y dos subescalas de carga para el propio profesional, para el ambiente y los demás usuarios, permite analizar por separado la presencia del problema objetivo y qué tipo de conductas son las que más afectan al profesional o al resto de personas que viven en la residencia. Si se realizara una correcta evaluación de los mismos, se podrían generar programas para el manejo de dichos problemas. La literatura señala la importancia de evaluar e intervenir de modo adecuado cuando se

Tabla 1
Correlaciones entre la frecuencia de problemas de conducta y memoria y la satisfacción laboral, la percepción de la carga y el agotamiento emocional

	Frecuencia de problemas de conducta y de memoria	Satisfacción laboral	Agotamiento emocional
Percepción de carga relacionada con el cuidado	,444**	-,076	,157*
Agotamiento emocional	,144	-,490**	
Satisfacción laboral	-,205**		

*p < ,05; **p < ,01

presentan problemas de memoria y de conducta en residencias (Jiménez & Gutiérrez, 2008).

De igual manera, las variables asociadas evaluadas en el presente estudio, satisfacción y estrés laboral son muy significativas, ya que en la literatura han sido ampliamente estudiadas sobre todo en el ámbito de la enfermería (Estévez-Guerra et al., 2007; Karsh et al., 2005).

El incremento de la satisfacción laboral de los trabajadores y la disminución del estrés ayudarían a que los profesionales se impliquen más en su trabajo y se promocione el buen trato hacia las personas mayores. La frecuencia de problemas de memoria y conducta puede resultar una variable novedosa de evaluar e intervenir por su relación con la carga asociada al trabajo. En este sentido, la fuerte relación encontrada entre la frecuencia de problemas de conducta y de memoria y la menor satisfacción laboral es un indicativo de que resultan necesarias medias para intervenir sobre estos problemas. Perez-Rojo et al. (2017) afirman que la formación de los profesionales y el cuidado de los trabajadores son fundamentales para promover un buen trato hacia las personas mayores. Por lo tanto, empleando medidas como el "Listado de listado de problemas de memoria y conducta en el ámbito residencial" ayudaría a evaluar factores que se relacionan con la calidad de vida del trabajador y de la persona mayor con la que trabajan.

CONCLUSIÓN

La versión española del RMBPC-NH muestra unas excelentes propiedades psicométricas y puede ser una herramienta de utilidad para promover la satisfacción laboral en las personas que trabajan con personas mayores en centros gerontológicos. El estudio de las variables asociadas a la carga de cuidado puede ayudar al desarrollo de programas que fomenten el buen trato hacia las personas mayores.

• Agradecimiento

El presente trabajo se ha realizado en el marco del proyecto PSI2016-79803-R, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, la Agencia Estatal de Investigación (AEI) y al Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (AEI/FEDER, UE).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, R. S., Burgio, L. D., Roth, D. L., Ragsdale, R., Gerstle, J., Bourgeois, M. S., … Teri, L. (2003). The Revised Memory and Behavior Problems Checklist-Nursing Home: Instrument Development and Measurement of Burden Among Certified Nursing Assistants. *Psychology and Aging, 18*(4), 886–895. doi: 10.1037/0882-7974.18.4.886

Comrey, A. L. & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawarence Erbaum Associates.

Estévez-Guerra, G. J., Núñez-González, E., Fariña-López, E., Delia Marrero-Medina, C., & Henández-Marrero, P. (2007). Determinantes de la satisfacción laboral en centros geriátricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 42*(5), 285–292. doi: 10.1016/S0211-139X(07)73564-3

Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista Neurología, 66,* 377-386. doi: 10.33588/rn.6611.2017519

González, M., Dawidowski, A., Schapira, M., Figar, S., Söderlund, M.E., Seinhart, D., … Teri. L. (2011). Spanish Revised Memory and Behavior Problems Checklist Scale (SpRMBPC): trans-cultural adaptation and validation of the RMBPC questionnaire. *International Psychogeriatrics, 23*(S1), 1160–1166. doi: 10.1017/S1041610210002073

Islam, M., Baker, C., Huxley, P., Russell, I., & Dennis, M. (2017). The nature, characteristics and associations of care home staff stress and wellbeing: a national survey. *BMC Nursing, 16*(1), 1–10. doi: 10.1186/s12912-017-0216-4

Jiménez, G. & Gutiérrez, J. (2008). Recomendaciones para el manejo del paciente con demencia en residencias de ancianos. En H. Kessel (Coord.). *Demencias en Geriatría* (p. 31-44). Madrid: ERGON

Karsh, B., Booske, B. C., & Sainfort, F. (2005). Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics, 48*(10), 1260–1281. doi: 10.1080/00140130500197195

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1997). *Maslach Burnout Inventory*. Madrid: Tea Ediciones

Meliá, J. L., & Peiró, J. M. (1989). El Cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 4,*179-187.

Nogales-González, C., Losada, A., & Romero-Moreno, R. (2015). Confirmatory factor analysis of the Spanish version of the Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *International Psychogeriatrics, 27*(4), 683–692. doi: 10.1017/S1041610214002476

Norton, M. J., Allen, R.S., Snow, L. A., Hardin J. M., & Burgio, L. D. (2010). Predictors of need-driven behaviors in nursing home residents with dementia and associated certified nursing assistant burden. *Aging & Mental Health, 14*(3), 303–309. doi: 10.1080/13607860903167879

Pérez-Rojo, G., Velasco, C., López, P., Noriega, C., Carretero, I., & López, J. (2017). De los Malos Tratos al Buen Trato en las personas mayores. Nuevo paradigma en la evaluación. *Revista de Victimología, 6,* 55-77. doi: 10.12827/RVJV.6.03

Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging, 7*(4), 622–631. doi: 10.1037/0882-7974.7.4.622

Vance, D. E., Burgio, L. D., Roth, D. L., Stevens, A. B., Fairchild, J. K., & Yurick, A. (2003). Predictors of agitation in nursing home residents. The Journals of Gerontology: Series B: *Psychological Sciences and Social Sciences, 58*(2), P129–P137. doi: 10.1093/geronb/58.2.P129

Wagner, A. W., Teri, L., & Orr-Rainey, N. (1995). Behavior problems among dementia residents in special care units: Changes over time. *Journal of the American Geriatrics Society, 43*(7), 784-787. doi: 10.1111/j.1532-5415.1995.tb07051.x

PSICOLOGÍA DEL TRAUMA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN LA DESPROTECCIÓN INFANTIL

Begoña Álvarez-Villaverde
Colegio Oficial de la Psicología de Aragón

Resumen: Se realiza un estudio descriptivo de los factores implicados en la desprotección infantil desde un modelo ecológico mediante el análisis de los expedientes abiertos en la Subdirección de Protección a la infancia y tutela de Zaragoza, durante los años 2018 y 2019. Existen diversos factores de riesgo y consecuencias asociadas a las experiencias traumáticas de estrés vivenciadas en edades tempranas. Entre ellos resulta de especial interés la presencia de trastorno mental sufrido por alguno de los progenitores y una alta proporción de familias en las que hay violencia de género/doméstica. Los niños maltratados presentan con frecuencia diversos trastornos mentales, ya sean internalizados o externalizados. Es decir, la desprotección en la infancia es una vivencia que tiene repercusiones importantes en su víctima que se encuentra en proceso de desarrollo y le hace vulnerable a sufrir diferentes trastornos, dificultando así su adaptación y, en definitiva, su bienestar y calidad de vida.
Palabras clave: Maltrato infantil, Desprotección, Discapacidad, Vulnerabilidad infantil.

DESCRIPTIVE STUDY OF THE FACTORS INVOLVED IN CHILD DISPROTECTION

Abstract: A descriptive study of the factors involved in child deprotection is carried out from an ecological model through the analysis of the files opened in the Subdirectorate for Child Protection and Guardianship of Zaragoza, during the years 2018 and 2019. There are several risk factors and consequences associated with traumatic stress experiences experienced at an early age. Among them, it is of special interest the presence of mental disorder suffered by one of the parents and a high proportion of families in which there is gender/domestic violence. Abused children often have various mental disorders, whether internalized or externalized. That is to say, the lack of protection in childhood is an experience that has important repercussions on its victim who is in the process of development and makes him vulnerable to suffer different disorders, thus hindering his adaptation and ultimately, his well-being and quality of life.
Key words: Child abuse, Lack of protection, Disability, Child vulnerability.

INTRODUCCIÓN

La infancia y adolescencia tienen un especial protagonismo como etapas de desarrollo del ser humano.

Por ello, la protección de los niños, niñas y adolescentes (NNA) es en un objetivo prioritario de las políticas sociales.

A nivel legislativo la Declaración de Ginebra (1924) proclamó por primera vez derechos específicos de los niños y la responsabilidad de los adultos hacia ellos. La Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948) hizo mención al cuidado y asistencia de la maternidad y la infancia; y la Declaración de los Derechos del Niño (1959) ratificó la especial protección y cuidado a los NNA dada "su falta de madurez física y mental", estableciéndose el principio del "Interés Superior del Menor".

La Convención de los Derechos del Niño (1989) complementó las anteriores normativas, otorgándole

al NNA no solo el ser objeto de protección, sino también de derechos, reforzando el principio de Interés Superior del NNA.

En nuestro país, la Constitución Española (1978) determinó un nuevo marco jurídico de protección integral de la infancia, el deber de los padres de "prestar asistencia de todo orden a los hijos durante su minoría de edad" y el reconocimiento a los NNA de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

Culminando el mandato constitucional se aprobó la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, revisada y modificada por la Ley Orgánica 8 y la Ley 26, ambas de 2015, que introdujeron amplias y profundas novedades.

Sin embargo, en todos los países y estratos sociales existen NNA que sufren situaciones de malos tratos en el ámbito familiar, teniendo que intervenir el Servicio Especializado de Atención a la Infancia, último nivel de protección.

En la provincia de Zaragoza, a fecha de 30 de junio de 2019, existen 979 expedientes abiertos, es decir, NNA desprotegidos: 429 están desamparados, 353 en situación de riesgo y 197 en fase de estudio.

En este contexto, el estudio de los factores relevantes implicados en la desprotección de los NNA resulta importante y justifica su estudio pormenorizado. De ahí la importancia de este proyecto con las posibles implicaciones que del mismo se deriven.

El objetivo de este estudio es analizar las principales variables implicadas en las situaciones de desprotección de los NNA en el ámbito familiar en la provincia de Zaragoza, durante los años 2018 y 2019.

El estudio se fundamenta en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1976, 1979,1988, 1994), que permite analizar los diferentes factores implicados en la situación de maltrato infantil y organizar estos en los sistemas que él describe, y en el ámbito del maltrato, en el modelo evolutivo-ecológico de Belsky (1984, 1991, 1995).

A nivel ontogenético (características propias del NNA), según datos de 2017 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) hay un mayor número de notificaciones de maltrato de niños, de intensidad leve-moderadas (66%), aunque el maltrato grave es muy importante (33%), el grupo de edad 15–17 años es el que más notificaciones registra, y por tipo de maltrato son más frecuentes la Negligencia y el Maltrato Emocional.

Se considera un factor de riesgo para el NNA, el que sea adolescente o se encuentre en la primera

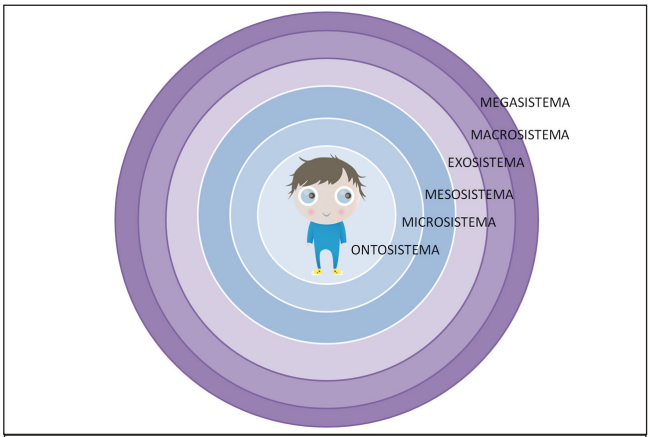


Figura 1. Sistemas de Desarrollo del NNA. Fuente: elaboración propia a partir del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979). Imagen del niño diseñada por Lara Lanceta Álvarez, cedida para este trabajo.

infancia (Trenchs, Curcoy, Gelabert, Macias, y Pou, 2013), el que padezca alguna discapacidad o enfermedad crónica, ya sea física o mental, que sea rebelde en el cumplimiento de las normas, o hipercinético, o que no cumpla las expectativas de los padres (Rodríguez-Aguiar Jacomino-Fernández y Quesada-Sanabria, 2006), o padezca trastorno de aprendizaje (Quiroz del Valle, et al., 2007; Rodríguez-Aguiar et al., 2006), o presente un bajo rendimiento escolar (Brook et al., 2003).

A nivel de microsistema (familia, escuela y grupo de iguales) se ha asociado el maltrato infantil con la existencia de violencia doméstica (Frias-Armenta, 2015; Rodríguez-Aguiar et al., 2006), con un modelo educativo severo o punitivo (Quiroz del Valle, et al., 2007; Rodríguez, 2003), con escasez de recursos económicos (Quiroz del Valle, et al., 2007), con el consumo de sustancias, bajo nivel cultural o algún tipo de trastorno mental en los padres (Rodríguez-Aguiar et al., 2006), siendo la madre quien con más frecuencia maltrata (Frias-Armenta, 2015; Rodríguez-Aguiar et al., 2006).

A nivel de exosistema (barrio, comunidad), el hacinamiento es un factor de riesgo (Frias-Armenta, 2015; Rodríguez-Aguiar et al., 2006), y también se debería contemplar el tipo de barrio, recursos comunitarios y sociales.

Desde un análisis funcional, las investigaciones señalan que las experiencias de violencia familiar, ya sea la experimentada directamente o bien como testigo de la observada en el hogar, igualmente víctima de la misma, tienen un elevado efecto en el desarrollo del ser humano, dando lugar a diversos problemas en diferentes áreas (Frias-Armenta, 2015), y sus consecuencias serán mayores si se el maltrato se experimenta directamente (Frias-Armenta,

2015; Wilson, Smith y Berkowitz, 2009), cuanto más temprana sea la edad en la que se sufre el maltrato (Brook et al., 2003) y mayor duración tenga este.

Es decir, la experiencia de maltrato, entendida como situación de estrés traumático, repercute en la salud, y le hace más vulnerable a sufrir algún tipo de trastorno mental (Felitti y Anda, 2009; Lefio, Helia, Rivas, 2013; Martínez, 2009; Repetti, Taylor y Seeman, 2002; Rodríguez-Aguiar et al., 2006).

Concretamente se ha asociado con depresión (Felitti y Anda, 2009; Freyd et al., 2005; Frias-Armenta, 2015; Kendall-Tackett, 2002; Monroe y Hadjiyannakis, 2002; Mullen, Martin, Anderson, Roman 1996; Uhrlass y Gibb, 2007; Wingate y Joiner, 2004), ansiedad (Felitti y Anda, 2009; Rodríguez, 2003) y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (De Bellis, et al.,2002; Kendall-Tackett, 2002).

Con mayores problemas de conducta (Brook et al., 2003; Endo, Sugiyama y Someya, 2006; Frias-Armenta, 2015; Gilbert et al., 2009), impulsividad (Freyd et al., 2005; Mullen et al., 1996;), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Endo et al., 2006; Ouyang, Fang, Mercy, Perou y Grosse, 2008), con conducta antisocial (Frías y Gaxiola, 2008; Quiroz del Valle et al., 2007; Wilson et al., 2009), conducta violenta (Crooks, Scott, Wolfe, Chiodo y Killip, 2007;Frias-Armenta, 2015; Gilbert et al., 2009; Jaffee, Caspi, Moffitt y Taylor, 2004; Loeber y Dishion, 1983; Loeber y Stouthamer-Loeber, 1998; Ramírez, 2006), delincuencia juvenil (Abram et al., 2004; Dixon, Howie y Starling, 2005; Frias-Armenta, 2015; Gold, Wolan Sullivan, y Lewis, 2011; Hilarski, 2004; McCloskey y Lichter, 2003; Moore, Gaskin, Indig, 2013), y con psicopatía (Krischer y Sevecke, 2008).

Con el consumo abusivo de alcohol y drogas (Brook et al., 2003; Frias-Armenta, 2015; Frías y Gaxiola, 2008; Gilbert et al., 2009; Gold et al., 2011; Ramírez, 2006;), con trastornos de personalidad (Felitti y Anda, 2009) o con el desorden generalizado del desarrollo (Endo et al., 2006).

Con mayores problemas sociales (Frias-Armenta, 2015), problemas para relacionarse y actitud y creencias negativa hacia otros (Kendall-Tackett, 2002), o estilo atributivo inadaptado (Rodríguez, 2003), con una mayor dificultad en regular emociones (enojo y afecto) (Erwin et al., 2000), baja autoestima (Rodríguez-Aguiar et al., 2006), conductas sexuales de riesgo, obesidad (Frias-Armenta, 2015; Gilbert et al., 2009;) y con problemas escolares (Brook et al., 2003; Endo et al., 2006; Frias-Armenta, 2015; Gilbert et al., 2009;).

Puede favorecer el aprendizaje de modelos personales y familiares que podrían aumentar el riesgo de abuso a sus futuros hijos (Thornberry y Henry, 2013).

También parece producir alteraciones en el proceso de desarrollo cerebral, con sus consecuencias neuropsicológicas en las diversas habilidades (Tarullo, 2012). Hay estudios que señalan una disminución del volumen del hipocampo (Bremner et al., 1997; Villarreal et al., 2002) y sus secuelas sobre la memoria, disminución del volumen del cuerpo calloso (Teicher et al., 2004), o disminución de la corteza prefrontal, tan importante en las funciones ejecutivas (De Bellis et al., 2002), o alteraciones en los mecanismos neurobiológicos que regulan las conductas emocionales y las respuestas al estrés (Martínez, 2009)

MÉTODO

El presente estudio se centra en el análisis de las variables asociadas al maltrato de los NNA en el ámbito familiar y de los cuales se ha abierto expediente de protección en la Subdirección de Zaragoza del Servicio Especializado de Atención a la Infancia y Tutela del Gobierno de Aragón, desde enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2019.

PARTICIPANTES

En el presente estudio participan 63 NNA menores de 18 años que tienen abierto expediente de protección, que corresponde a 35 familias y que fueron asignados aleatoriamente a uno de los seis equipos diagnósticos del citado servicio especializado.

INSTRUMENTOS

Para la valoración psicológica se aplicaron diversas pruebas, seleccionadas para cada persona según hipótesis diagnósticas.

Se aplicó una entrevista semiestructurada y observación informal y además a los padres se les aplicó alguna o varias de las siguientes pruebas:

- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesotta, versión abreviada (MiniMult-r), (Kincannon, 1968): autoinforme que valora diferentes psicopatologías en la población adulta.
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) (Millon, 2002): autoinfome de carácter psicométrico, objetivo y estandarizado para evaluar los trastornos de la personalidad.

- Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997): evalúa sintomatología del trastorno por estrés postraumático, según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico.

- Test de Matrices Progresivas de Raven, escala general o escala color (Raven, 1996): valora la capacidad intelectual libre de cultura, con alta saturación en el factor g.

- Test H.T.P (casa, árbol, persona) (Back y Warren, 1947), Test de la Familia (Porot, 1952) y redacción libre de un cuento: test proyectivos que requieren interpretación por parte del profesional de la psicología.

- A los NNA se les aplicó alguna o varias de las siguientes pruebas:

- Cuestionario de Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC) en sus diferentes versiones según edad (Reynolds y Randy, 2004): prueba para evaluar una gama de dimensiones patológicas (problemas conductuales, trastornos emocionales, problemas de personalidad) y dimensiones adaptativas (habilidades sociales, liderazgo).

- Cuestionario de Agresión (AQ), (Buss y Perry, 2002): instrumento de autoinforme que valora diferentes componentes de la agresión: física, verbal, ira y hostilidad

- Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva para niños y adolescentes (RPQ) (Raine, Dogde, Loeber et al., 2009): instrumento de autoinforme válido y fiable de la agresión reactiva y proactiva en adolescentes.

- Inventario de Depresión para adolescentes (CDI) (Kovacs, 2004): evalúa sintomatología depresiva en adolescentes.

- Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R) (Wechsler, 2001): evalúa el cociente intelectual verbal, manipulativo y total mediante diversos subtests.

- Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lézine Revisado (Brunet-Lézine, 1997): prueba de evaluación del desarrollo psicomotor de niños de 0 a 6 años que permite determinar su desarrollo postural, coordinación visomotora, lenguaje y socialización o autonomía.

PROCEDIMIENTO

El equipo diagnóstico, formado por trabajadora social, educadora y psicóloga, tras la apertura del expediente, informó a las familias del proceso de valoración y realizó el estudio de la unidad familiar a través de entrevistas, observación, visita domiciliaria y pruebas psicológicas y se determinó, por consenso, la existencia o no de maltrato, tipos y número de ellos sufrido por el NNA, gravedad y medida protectora acordada.

DISEÑO

Es una investigación cualitativa mediante estudio colectivo de casos (Stake, 1994), de carácter descriptiva, en la que a partir del análisis de los informes diagnósticos elaborados por uno de los equipos técnicos de la citada Subdirección durante 2018 y 2019 se aíslan los factores psicológicos y sociales de los miembros de las familias a las que se les ha abierto expediente de protección.

RESULTADOS

La muestra utilizada en el presente estudio se encuentra formada por 63 participantes ($N=63$) de los cuales 36 son niños (57%) y 27 son niñas (43%) entre 9 meses y 17 años. La variable edad recodificada, según los estadios del desarrollo humano, en primera infancia de 0 a 5 años incluidos, segunda infancia de 6 a 11 años, y adolescencia de 12 a 17, nos muestra que el mayor porcentaje de maltrato se observa en la adolescencia suponiendo el 44% de la muestra, seguidos por la segunda infancia con (33%) y por último la primera infancia (22%).

Con respecto al lugar de nacimiento, el mayor número de la muestra es de nacionalidad o cultura española, 29 niños (46% %), siendo la segunda nacionalidad predominante la de origen africano, 17 niños (27%), seguida de rumana, 7 niños (11%), china, 5 niños (8%) e hispanoamérica, 5 niños (8%).

En cuanto al medio rural o urbano en el que viven, el 87% de ellos proviene de medios urbanos, siendo únicamente el 13 % del medio rural.

En relación al número de hermanos de la muestra, cabe destacar que tanto los niños y niñas nacidos en España como en otros países, poseen mayoritariamente 2 o más hermanos, el 62% de la muestra total; 17 de los menores tienen 1 hermano (27%) y el 11% (7 niños) son hijos únicos.

Se observa que de los 56 NNA con algún hermano, en 48 casos todos son víctimas de maltrato (85%), en un solo caso lo sufre otro hermano más y no los demás, en dos casos no se ha podido precisar la existencia o no de maltrato, y solo en 5 casos (9%) no había maltrato en sus hermanos.

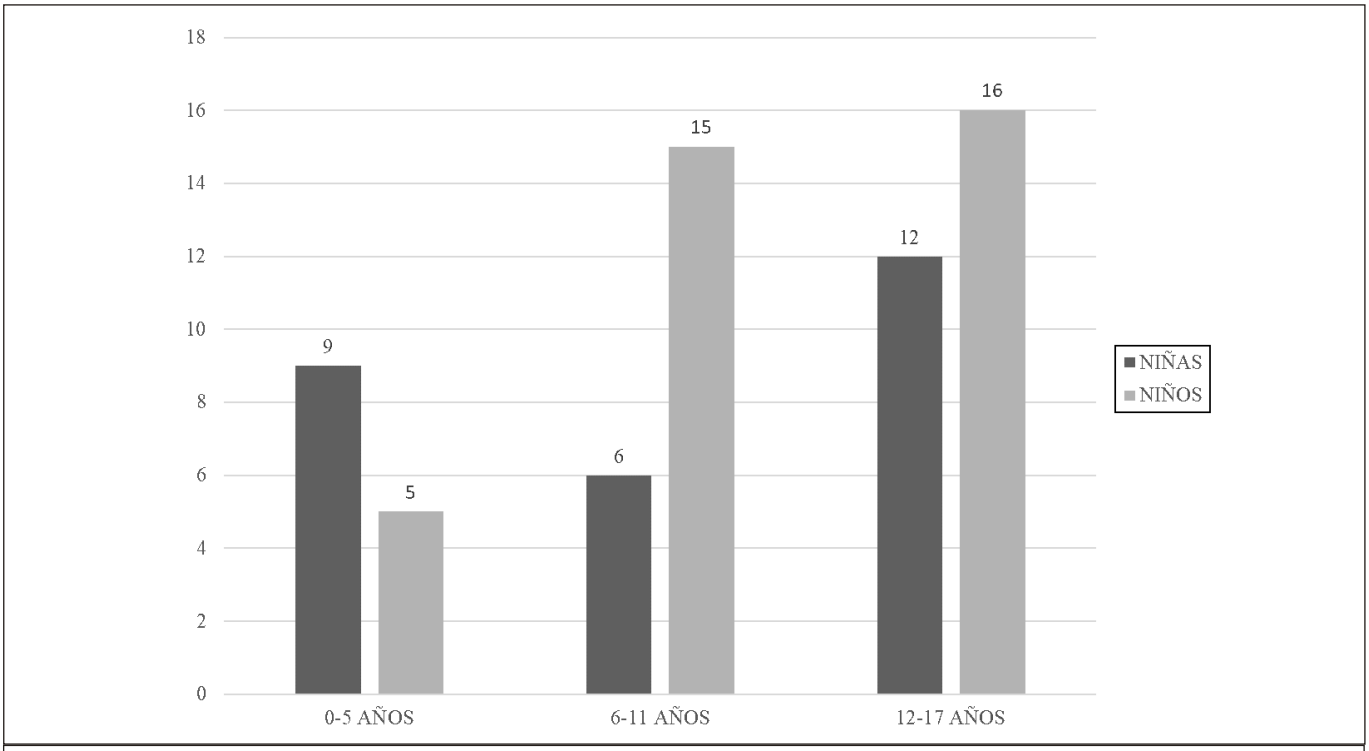


Figura 2. Distribución de NNA víctimas de desprotección según edad y sexo.

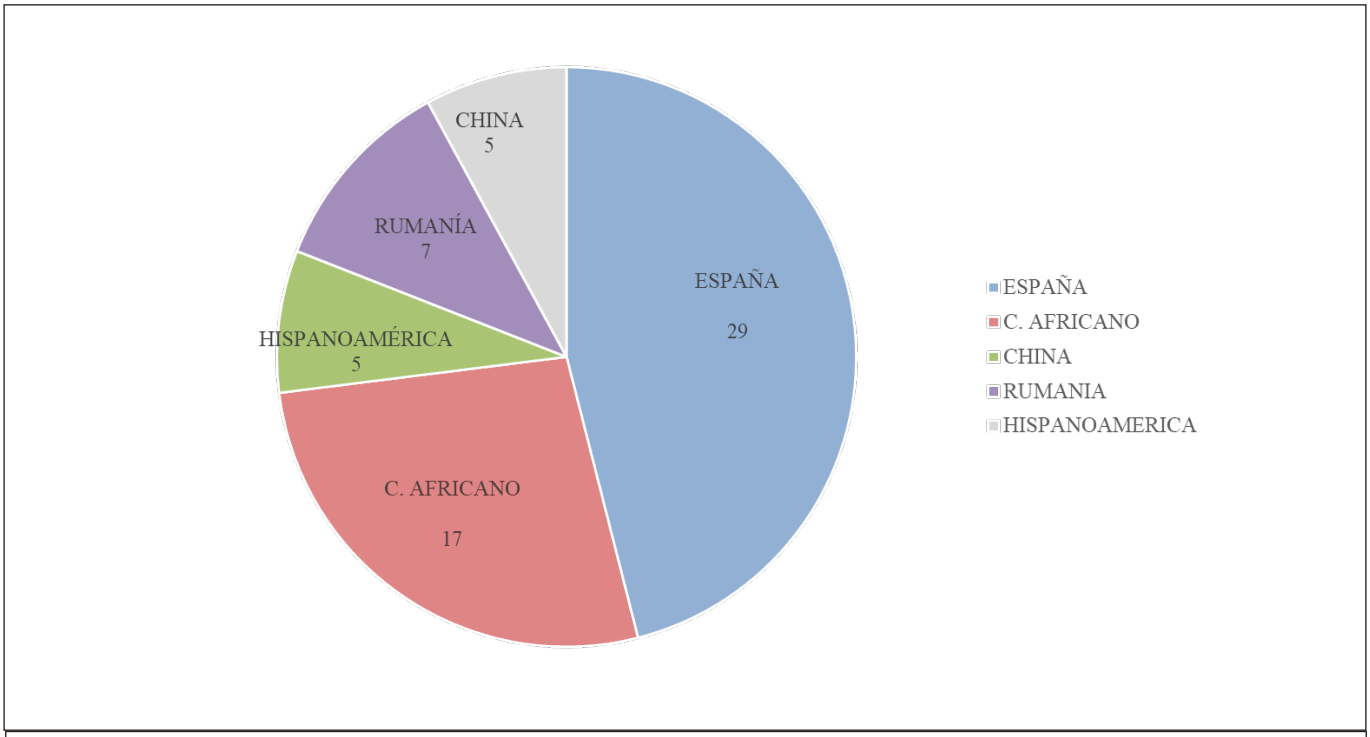


Figura 3. Procedencia de los NNA víctimas de malos tratos.

Analizando quienes ejecutan el maltrato, se observa que en 63% de los casos es realizado por la madre y el padre o pareja de la madre, en el 35% de los casos es realizado solamente por la madre y en uno de los casos es ejercido solo por el padre (2%).

Los datos reflejan que la mayoría de los niños sufren más de un tipo de maltrato, concretamente 58 niños (92%), y solo 5 de ellos son víctima de un solo maltrato (8%); 9 niños sufrían 3 tipos, 17 niños 4 tipos, 15 niños 5 tipos, 13 niños 6 tipos y 4 niños 7 tipos de maltrato.

Por tipologías y teniendo en cuenta que pueden sufrir varios tipos de maltrato, la negligencia psicológica, seguida por la incapacidad parental

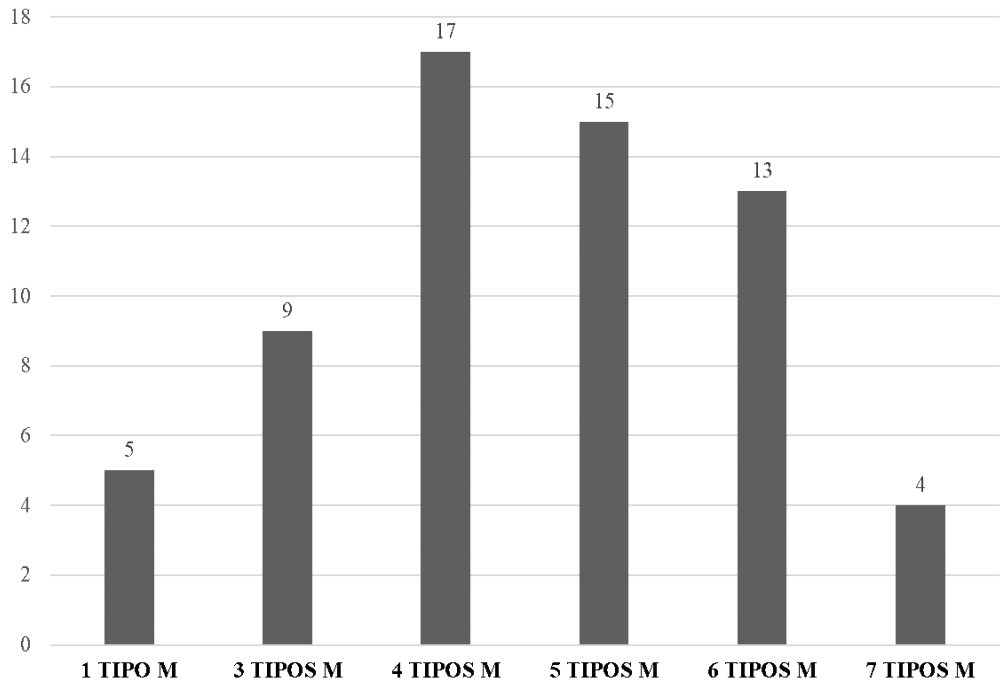


Figura 4. Número de malos tratos sufridos por cada NNA

para el control de la conducta, negligencia física y el maltrato psicológico son las más frecuentes (92%, 90%, 82% y 75% de los niños víctimas de ellos, respectivamente).

Con respecto a la gravedad, es el grado moderado el más frecuente; no obstante, el porcentaje de los casos graves es importante, algo superior al leve.

De los 63 NNA, 38 de ellos, el 60%, presentaban algún tipo de trastorno mental; concretamente discapacidad intelectual en 19 de ellos (30%), 12 NNA trastorno por consumo de sustancias, 11trastorno de conducta, 6 TDAH, 5 trastorno depresivo, 5 TEPT y 3 NNA trastorno negativista desafiante, entre otros. 21 NNA presentaban locus de control externo (33%), 6 de las 12 adolescentes presentaban conductas sexuales de riesgo, 8 de los 16 adolescentes y 1 de las adolescentes presentaban conductas disociales con expediente en fiscalía, y 1 de los 16 adolescentes presentaban características de personalidad psicopática.

DISCUSIÓN

Como se observa, la experiencia de malos tratos en la infancia es una vivencia que tiene repercusiones importantes en su víctima, que se encuentra en proceso de desarrollo y le hace vulnerable a sufrir diferentes trastornos, dificultando su adaptación y en definitiva, su bienestar y calidad de vida.

Muchos NNA maltratados presentan dificultades y problemas de comportamiento en la línea de las numerosas investigaciones que asocian experiencia de malos tratos en la infancia con diversos trastornos, como trastorno de conducta, baja tolerancia a la frustración o discapacidad intelectual.

Con respecto a los padres también se han verificado datos obtenidos en otras investigaciones.

CONCLUSIONES

El maltrato es un problema social especialmente relevante para la salud individual, pero también comunitaria, en cuya base está la violencia y el conflicto, y la dificultad para gestionarlo. Son necesarias políticas integrales para su abordaje.

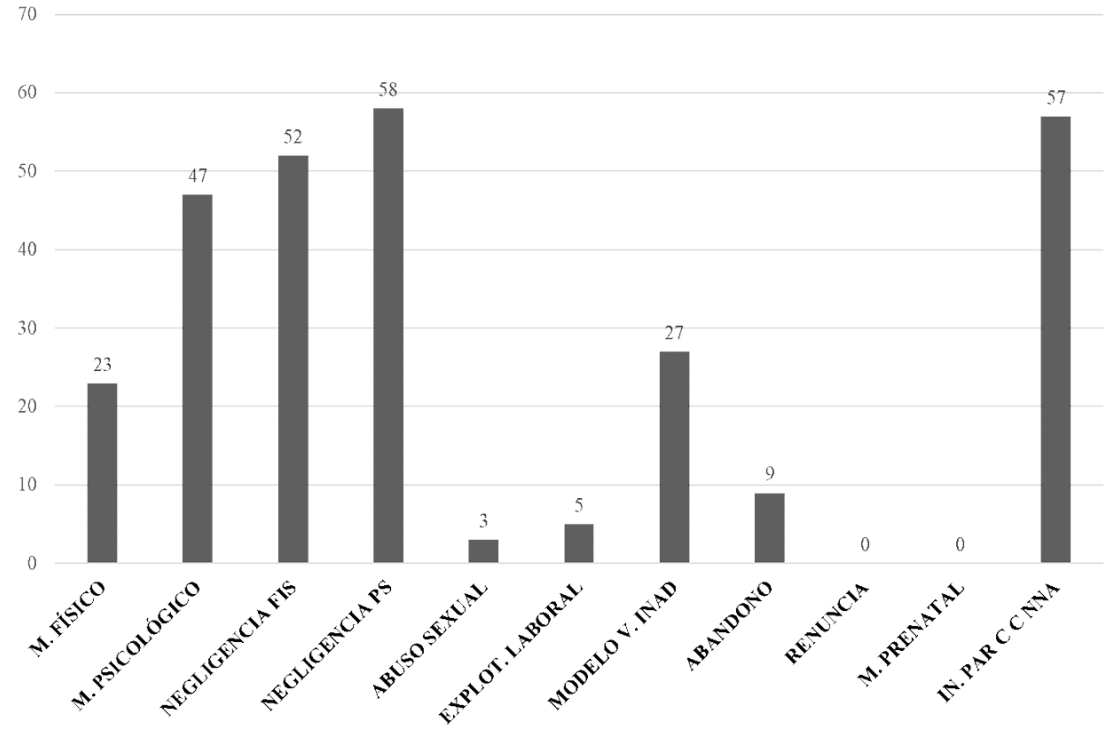


Figura 5. Tipología de malos tratos sufrida por los NNA

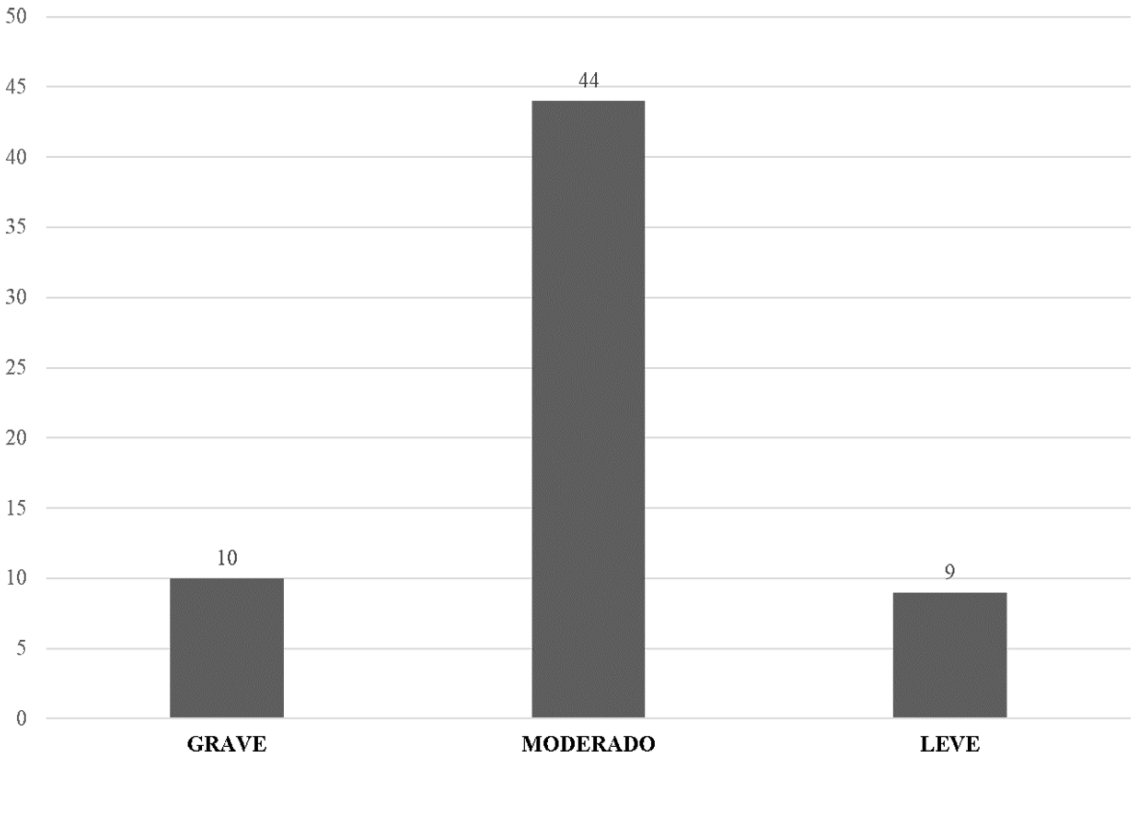


Figura 6. Gravedad del maltrato sufrido por los NNA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram, K.M., Teplin, L.A., Charles, D.R., Longworth, S.L., McClelland, G.M., & Dulcan, M.K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry, 61*, 403–410.

Belsky, J. (1984). The determinants of Parenting: A process model. *Child Development, 55,* 83-96.

Belsky, J., Steimberg, L. y Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive fficial: an evolutionary theory of socialization. *Child Development, 63,* 647.670.

Belsky, J., Crnic, K. y Woodworth, S. (1995). Personality and parenting: Exploring the mediating role of transient mood and daily hassles. *Journal of Personality, 63,* 905-929.

Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., et al., (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse a preliminary report. *Biological Psychiatry, 41*(1), 23-32.

Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia, 19*(5), 537-549.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: La ecología del desarrollo humano. Barcelona, España: Ediciones Paidós, 1987).

Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting Systems in Human Development Research Paradigms: present and future. En Bolger. N, Caspi. A, Downey. G., y Moorehouse. M. (Eds.), *Persons in context: Developmental processes* (25-49). New York. Estados Unidos:Cambridge University Press

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psyhcological Review, 101,* 568-586

Brook, D.W., Brook, J.S., Rosen, Z., De la Rosa, M., Montoya, I.D., y Whiteman, M. (2003).

Crooks, C. V., Scott, K. L., Wolfe, D. A., Chiodo, D., & Killip, S. (2007). Understanding the link between childhood maltreatment and violent delinquency: What do schools have to add? *Child Maltreatment, 12*(3), 269-280

De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shiffl ett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J., et al., (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry, 52*(11), 1066-1078.

Dixon, A., Howie, P. & Starling, J. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44,* 798–806.

Endo, T., Sugiyama, T. y Someya, T. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60,* 434-438.

Felitti, V. J. y Anda, R. (2009). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. In R. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Eds.), *The hidden epidemic: The impact of early life trauma on health and disease*.

Freyd, J. J., Putnam, F. W., Lyon, T. D., Becker-Blease, K. A., Cheit, R. E., Siegel, N. B., y Pezdek, K. (2005). Psychology. *The science of child sexual abuse. Science, 308*(5721), 501.

Frías-Armenta, M. y Gaxiola Romero, J.C. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: Depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología, 25*(2), 237-248.

Frias Armenta, M. (2015). Repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. *Interamerican Journal of Psychology, 49*(1), 108-116.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373,* 68–81.

Gold, J., Wolan, M. y Lewis, M. (2011). The relation between abuse and violent delinquency: The conversion of shame to blame in juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect, 35*(7), 459–467.

Hilarski, C. (2004). Victimization history as a risk factor for conduct disorder behaviors: Exploring connections in a national sample of youth. *Stress, Trauma, and Crisis, 7,* 47–59.

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: Evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 44−55.

Kendall-Tackett, K. (2002). The Health Effects of Childhood Abuse: Four Pathways by which Abuse Can Influence Health. *Child Abuse and Neglect, 6*(7), 715-730.

Kincannon, J. (1968). Prediction of the standard MMPI Scale Scores from 71 items: the Mini-mult. *Journal of consulting and clinical psychology, 32,* 319-325

Krischer, M. K. y Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 31*, 253-262.

Lefio Celedón, L., Helia Silva Bustos, H.S., Rivas Castro, K. (2013). Maltrato infantil en la primera infancia: una revisión panorámica sobre prevención, detección y

Loeber, R., & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: a review. *Psychological Bulletin, 94*(1), 68-99.

Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist, 53*(2), 242-259

Martínez, G. S. (2009). El maltrato infantil: Mecanismos subyacentes. *Avances En Psicología Latinoamericana, 26*(2), 180-194.

McCloskey, L.A. & Lichter, E.L. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 18,* 390–412.

Millon, T. (2002). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II*. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada, A. Madrid, España: Tea Ediciones.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*. Datos 2017 (20).

Monroe, S. M. y Hadjiyannakis, K. (2002). The social environment and depression focusing on severe life stress. In 1. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.

Moore, E., Gaskin, C. y Indig, D. (2013). Childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among incarcerated young offenders. *Child abuse & neglect, 37,* 861-870.

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., y Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse & Neglect, 20*(1), 7-21.

Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R. & Grosse, S. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Child Maltreatment: A Population-Based Study. *Journal of Pediatrics, 153*(6), 851-856.

Quiroz del Valle, N., Villatoro Velázquez, J. A., Juárez García, F., Gutiérrez López, M.L., Amador Buenabad, N. G. y Medina-Mora Icaza, M. E. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud Mental, 30*(4), 47- 54.

Ramírez, C. (2006). El impacto del maltrato en los niños y las niñas en Colombia. *Revista Infancia Adolescencia y Familia, 1*(2), 287-301.

Repetti, R.L., Taylor, S.E., y Seeman, T.E. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mentaland Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin, 128*(2), 330 –366

Rodríguez, C. M. (2003). Parental Discipline abuse potential effects on child depression, anxiety, and attributions. *Journal of Marriage and Family, 65,* 809-817.

Rodríguez Aguiar, C.M., Jacomino Fernández, D., Quesada Sanabria, R.M. (2006). Violencia intrafamiliar y su relación con el maltrato infantil. *Revista de ciencias Médicas de Mayabeque, 12*(1)

Stake, R.E. (1994). Case studies. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Dirs.). *Handbook of qualitative research*. (pp 236-247). London: Sage.

Tarullo, A. (2012). *Effects of child maltreatment on the developing brain*. CW360°.

Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., & Andersen, S. L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry, 56*(2), 80-85.

Thornberry, T. P. & Henry, K. L. (2013). Intergenerational continuity in maltreatment. *Journal of AbnormalChild Psychology, 41,* 555–569.

Trenchs, V., Curcoy, A. I., Gelabert, G., Macias, C., y Pou, J. (2013). Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años. *Anales De Pediatría, 78*(2), 118-122. Doi:10.1016/j.anpedi.2012.05.027.

Unicef. (2014) la violencia infantil en cifras.

Uhrlass, D. J. y Gibb, B. E. (2007). Childhood emotional maltreatment and the stress generation model of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(1), 119-130.

Villarreal, G., Hamilton, D. A., Petropoulos, H., Driscoll, I., Rowland, L. M., Griego, J. A.,… Brooks WM. (2002). Reduced hippocampal volume and total white matter volume in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry,52*(2), 119-125.

Wilson, H. W., Smith Stover, C. y Berkowitz, S. (2009). Research Review: The relationship between childhood violence exposure and juvenile antisocial behavior: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(7), 769–779.

Wingate, L. R. & Joiner, T. E. (2004). Depression-related stress generation: A longitudinal study of Black adolescents. *Behavior Therapy, 35,* 247-261.

VÍCTIMAS DE EXPLOTACIÓN SEXUAL. CLAVES DE RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA DEL TRAUMA

Amador Cernuda-Lago

Universidad Rey Juan Carlos

Resumen: La experiencia de haber participado en varios programas de apoyo y rehabilitación de víctimas de explotación sexual nos ha permitido observar la incidencia de patología dual, comorbilidad de adicción de drogas y alcohol, con problemas de autoestima, ansiedad y depresión. Tras analizar los datos de cuatro programas de intervención hemos detectado una serie de variables presentes en las mujeres que han conseguido superar su situación de explotación y los efectos de las experiencias traumáticas vivenciadas. Se analizan los perfiles de 84 mujeres que fueron víctimas de explotación sexual con entrevista clínica, el STAI, el MSCEIT y el MMPI-2-RF y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados muestran puntuaciones elevadas en inteligencia emocional, y moderadas en ansiedad rasgo, que explican la evitación de la patología dual en sus vidas, factor predictor de recuperación de las heridas psicológicas que este tipo de explotación implica.
Palabras clave: Prostitución, Víctimas, Explotación sexual, Recuperación trauma, Inteligencia emocional.

VICTIMS OF SEXUAL EXPLOITATION. PSYCHOLOGICAL TRAUMA RECOVERY KEYS

Abstract: The experience of having participated in several programs of support and rehabilitation of victims of sexual exploitation has allowed us to observe the incidence of dual pathology, comorbidity of drug and alcohol addiction, with problems of self-esteem, anxiety and depression. After analyzing the data of four intervention programs we have detected a series of variables present in women who have managed to overcome their exploitation situation and the effects of traumatic experiences. The profiles of 84 women who were victims of sexual exploitation with a clinical interview, STAI, MSCEIT and MMPI-2-RF and the Rosenberg Self-Esteem Scale are analyzed. The results show high scores in emotional intelligence, and moderate in trait anxiety, which explain the avoidance of dual pathology in their lives, a predictor of recovery from the psychological wounds that this type of exploitation implies.
Key words: Prostitution, Victims, Sexual exploitation, Trauma recovery, Emotional intelligence.

INTRODUCCIÓN

La realidad de la prostitución abarca múltiples contextos y resulta compleja. Los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversas organizaciones defensoras de los derechos humanos indican que, tanto en nuestro país como en toda la Unión Europea, existen distintos tipos de prostitución con características y problemáticas diversas: más del 90% proviene del tráfico sexual migratorio, controlado por las mafias del sexo, que mantienen a las mujeres en condiciones infrahumanas y cada año incorpora unas 500.000 nuevas esclavas sexuales. En el otro extremo, una minoría que no alcanza el 1%, pertenece a lo que se llama prostitución de lujo, con un alto nivel de vida y de posibilidades. Sólo alrededor de un 5% afirma que ha elegido libremente esta actividad porque le gusta y lo considera un trabajo como otro cualquiera. El resto de las prostitutas, el 95%, argumentan que lo hacen por necesidad, porque no tienen otra salida para ganarse la vida, y afirman que no les gusta ni lo quieren para sus hijas. Sólo una minoría ejerce como autónoma, mientras que

la inmensa mayoría está controlada por las mafias, empresarios y otros proxenetas.

Este trabajo se centra en experiencias relativas a prostitución de mujeres, principalmente inmigrantes, y víctimas de explotación sexual. No atiende a otros colectivos como los transexuales, la prostitución masculina u otras problemáticas como la prostitución infantil o las lamentables situaciones que acontecen en países en vías de desarrollo.

El trabajo diario con mujeres que ejercen la prostitución nos demuestra que muchas están expuestas constantemente a múltiples acontecimientos estresantes. Aspectos estresantes de su vida diaria son: la situación de ilegalidad, el miedo constante a ser detenidas y expulsadas del país, miedo a las personas que las molestan en las calles, el pago de la deuda en el caso de mujeres inmigrantes que han sido manipuladas y engañadas en sus países de origen por mafias de traficantes, el miedo a la posibilidad de elegir un cliente que pueda hacerles daño, tener que utilizar varios nombres, varios estilos de vida para evitar ser excluidas por la sociedad, etc. Todo ello produce un clima extremo en el proceso vital de estas personas, máxime si, como en muchos casos ocurre además de los posibles desencadenantes que conducen a esta actividad, las personas involucradas son víctimas de explotación y en realidad de verdadera esclavitud manejada por grupos mafiosos y criminales que bordean la legalidad del sistema.

Para cada mujer el ejercicio de la prostitución representa un significado único, unas comparten la visión de que es una actividad degradante y que sólo se realiza por necesidad económica y por incapacidad de acceder a un puesto de trabajo normalizado, encontrándonos con dos situaciones: en primer lugar, mujeres que no consiguen adaptarse al tipo de vida y al hecho de prostituirse pero que se mantienen en ella porque no tienen otra opción (presión de una deuda que es un aspecto generalizado en el caso de víctimas de explotación) y en segundo lugar, mujeres que consideran el ejercicio de la prostitución como algo temporal y circunstancial, y que son capaces de proyectarse al futuro, un futuro que ya no tiene nada que ver con el mundo de la prostitución, son mujeres que se identifican con lo que hacen y no tienen ningún planteamiento de abandono del ejercicio de la prostitución e, incluso, mantienen un nivel de autoestima significativo, pero hay que señalar que esta situación es minoritaria.

Con respecto a la investigación sobre el colectivo de personas que ejercen la prostitución se ha podido constatar una evolución. A lo largo del siglo XX, en especial en la década de los años 80 y 90, la literatura científica ha incrementado los estudios sobre este colectivo; sin embargo, es necesario señalar las carencias o problemas detectados en tales estudios (Vanwesenbeeck, 2001). Por un lado, nos encontramos con estudios parciales que se centran en aspectos muy concretos (prostitución-VIH-SIDA, prostitución-infecciones de transmisión sexual, prostitución-trastornos mentales asociados, etc.) y no ofrecen una visión global de todas las variables que inciden en la salud y bienestar del colectivo (variables personales, sociales, sanitarias, psicológicas, económicas). Por otro lado, son estudios con poblaciones muy concretas y específicas. Los datos no pueden ser generalizables a todos los tipos de prostitución (de calle, pisos, club, etc.), ni a los diferentes colectivos de personas que ejercen la prostitución (mujeres, hombres, transexuales), o a las diferentes zonas geográficas (zonas urbanas, rurales, sociedades occidentales, no occidentales, países del primer mundo, del tercer mundo).

Los estudios más recientes sobre la "Calidad de Vida" y "Salud Física" de las personas que ejercen la prostitución analizan los aspectos más negativos y estigmatizantes. En cualquier revisión bibliográfica que realicemos en el Medline con el término "prostitution" y "health" aparecen más de dos mil citas en su mayoría referidas al VIH-SIDA, a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS o ETS) y al consumo de drogas.

La novedad que aportan los estudios de la última década sobre prostitución de calle y drogas es que no se centran tanto en la constatación sobre las prevalencias de las enfermedades, sino que tratan de estudiar otros factores que pueden mejorar su calidad de vida. Jeal y Salisbury (2004) realizaron un estudio sobre la evaluación de las necesidades de salud de las mujeres que ejercen en la calle, en Bristol. Los autores aplicaron una entrevista a 70 mujeres y todas ellas informaron tener problemas de salud crónicos. Las ITS eran entre 9 y 60 veces más comunes que en la población general. Muchas mujeres (44 %) habían experimentado abuso sexual. La mayoría (97%) habían recibido más dinero para tener relaciones sexuales sin protección. Todas tenían problemas de drogas o dependencia del alcohol. En la última semana, el 22% habían compartido agujas y el 59% habían compartido material de inyección, a pesar de que la mayoría (96%) conocían los riesgos.

Ward y Day (2006) realizaron un estudio longitudinal que exploraba la salud de trabajadoras sexuales reclutadas entre 1986 y 1993, y seguidas durante 15 años, que ejercían en Londres. Se obtuvieron datos de resultado sobre 130 de la cohorte original de 354 mujeres. Se evaluaron las siguientes variables: el estado vital, la ocupación más reciente, la duración del trabajo sexual, infecciones de transmisión sexual (ITS) y problemas de salud. Los resultados son los siguientes: la mayoría (el 59%) se encontraban todavía en la prostitución y llevaban ejerciendo una media de 13,6 años. Hubo seis muertes, una mortalidad de 4,8 por cada 1.000 personas. Las mujeres sobrevivientes tuvieron un riesgo acumulado alto (el 93%) de ITS. La gonorrea está asociada con la enfermedad inflamatoria pélvica y la infertilidad. Los problemas de salud mental afectaban al 40% y los de la adicción al 64%, encontrándose diferencias significativas en los resultados de salud entre las mujeres que todavía estaban en la prostitución y las que lo habían dejado. Hubo un alto nivel de movilidad laboral y 31 mujeres (el 37%) habían terminado la formación profesional o estudios superiores, incluidos el nivel de postgrado.

Potterat, Rothenberg, Muth, Darrow, & Phillips-Plummer (1998) sugieren un vínculo complejo entre el uso de drogas ilegales y la subsiguiente entrada en prostitución, ya que encontraron que un 66% de las prostitutas entrevistadas habían usado drogas antes de comenzar a ejercer la prostitución; un 18% comenzaron ambas conductas al mismo tiempo y un 17% usó drogas después de comenzar a ejercer la prostitución. Aunque es necesaria una demostración empírica para establecer la relación causal entre estos sucesos (uso de drogas y entrada en prostitución), los datos existentes demuestran la fuerte secuencia temporal de estos eventos críticos, ya que el abuso de sustancias suele preceder a la entrada en prostitución.

Los problemas emocionales en las vidas de las mujeres que ejercen la prostitución son menos visibles y por lo tanto menos estudiados. Los estudios se centran más en los aspectos sensacionalistas (violencia, tráfico de mujeres, enfermedades, problemas de salud, delincuencia, etc.) que en aspectos relacionados con el bienestar de su vida emocional (Jackson, Bennett, & Sowinsk, 2007).

Jackson et al. (2007) realizaron entrevistas semi-estructuradas a 68 mujeres que ejercían en entornos diferentes. Los autores, y por lo tanto la investigación, parten de la idea de que las vidas de las mujeres que ejercen son muy similares a las vidas de muchas mujeres que trabajan en otras ocupaciones. Los resultados son los siguientes: a las mujeres de este estudio les producía estrés la falta de control sobre las condiciones de trabajo, las relaciones difíciles con otras mujeres en el trabajo, compaginar su vida privada (el hogar, los hijos, la pareja), las relaciones con la familia y los amigos, etc. Aunque existen algunas similitudes, las mujeres que ejercen tienen que hacer frente al estigma y sus consecuencias, el ocultamiento de su actividad, incluso si ya la han abandonado, los peligros y riesgos en cuanto a su salud y a su seguridad personal, la ilegalidad o no regularización en la que se desarrolla la actividad, etc.

En relación a la tensión emocional o estrés derivado de las condiciones en las que se desarrolla la prostitución L Vanwesenbeeck (2005) analiza el síndrome de Burnout de las mujeres ($N = 96$) que ejercen en pisos o en clubs en los Países Bajos. Los niveles de desgaste profesional se analizaron en 3 dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y competencia personal). La muestra fue comparada con mujeres enfermeras y con pacientes que tenían problemas psicológicos relacionados con el trabajo. Los resultados son los siguientes: sólo en la dimensión despersonalización fue significativamente más alta en las mujeres que ejercen en comparación con las enfermeras, y muy similar al grupo de pacientes que tenían problemas psicológicos relacionados con el trabajo. El 42% de la varianza en la despersonalización se explica por no trabajar de forma autónoma, por las reacciones negativas sociales, las experiencias de violencia y la falta de control en la interacción con los clientes. La despersonalización puede ser una estrategia para hacer frente a las condiciones negativas y experiencias en el trabajo, sin embargo, estaba relacionada con los indicadores de estrés y agotamiento emocional. Más de la mitad (53%) de la varianza en el agotamiento emocional se explica por la falta de apoyos en el desarrollo del trabajo, las reacciones sociales negativas, el no ser un trabajo que se elige de forma libre y la falta de motivación o motivación negativa hacia el trabajo. La competencia personal fue mayor entre las mujeres que ejercen que tienen una actitud profesional positiva, que comenzaron el trabajo sexual a una edad relativamente mayor, y que se encuentran bien con el apoyo de sus colegas y con la gestión de la actividad. Se concluye que el desgaste no está tan relacionado con el trabajo sexual en sí, sino con el trabajo sexual en determinadas condiciones, como son las reacciones negativas o el estigma social y las experiencias relacionadas con el estigma (la violencia,

la falta de apoyos para la gestión, la falta de identidad como trabajador/a, etc.).

La experiencia de haber llevado a cabo varios programas de apoyo y rehabilitación de víctimas de explotación sexual nos ha permitido observar que, además de la dificultad lógica esperable de los procesos, uno de los aspectos más destacable y que complica la rehabilitación, es la marcada incidencia de patología dual. Hemos detectado mucha comorbilidad de adicción en drogas y alcohol, con problemas de autoestima, ansiedad y depresión (Cernuda, 2014). Después de analizar los datos de 3 programas de intervención realizados en los últimos 5 años, hemos detectado una serie de variables presentes en todas las mujeres que han logrado superar su situación de explotación, que han podido salir del ambiente y que han reiniciado una vida alternativa totalmente al margen de su vida anterior, encontrando que, incluso para salir de la marginación, es importante tener inteligencia emocional.

El objetivo de este estudio es determinar qué factores han influido y favorecido la superación de la situación de marginalidad y el éxito en el comienzo de una vida alternativa ajena a todo lo relacionado con la explotación sexual.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Hemos analizado globalmente los perfiles de 134 personas y nos hemos centrado en 84 mujeres que fueron víctimas de explotación sexual, con una edad entre 19 y 31 años, con una media de 25 años, que habían ejercido la prostitución una media de 5 años hasta la resolución de su situación.

MATERIALES

A todas se les hizo una entrevista clínica individual y se les aplicaron las siguientes pruebas: el STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982); el MSCEIT (Test de Inteligencia Emocional) de Mayer, Salovey y Caruso (2009); y el MMPI-2-RF® (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado) de Ben-Porath y Tellegen (2015) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).

PROCEDIMIENTO Y DISEÑO

El test aplicado, MSCEIT, está diseñado para evaluar la inteligencia emocional. Es una escala de capacidad que mide cómo las personas ejecutan las tareas y resuelven los problemas emocionales.

La inteligencia emocional se describe mediante un único nivel de capacidad global que se puede dividir en dos áreas: la inteligencia emocional experiencial y la estratégica. El MSCEIT proporciona medidas válidas para la capacidad de percibir emociones con precisión, utilizar las emociones para facilitar el pensamiento, la resolución de problemas y la creatividad, así como, comprender las emociones y cómo manejarlas para el crecimiento personal.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en la Tabla 1. La media general de medidas en las diferentes variables del MSCEIT indican que tienen, en general, medidas por encima de la media poblacional española, lo que indica que el grupo de víctimas de explotación sexual, que han conseguido superar su situación, tienen un nivel de inteligencia emocional alto, tanto en la experiencial como en la estratégica.

Tabla 1
Media general de medidas en las diferentes variables del MSCEIT

	MEDIA	DESV. TIP
CIE Puntuación total	-56	-,03
CIEX (experiencial)	-,62	-,05
CIES (estratégica)	-,41	-,04
CIEP (p. emocional)	-,62	-,06
CIEF (facilitación e.)	-,53	-,06
CIEC (Comp. emo.)	-,58	-,05
CIEM (manejo emo.)	-,76	-,04

El análisis de la ansiedad-rasgo también ha sido muy significativo ya que, en la mayoría de las víctimas estudiadas que han conseguido salir de la situación de explotación, hemos observado puntuaciones moderadas.

La inteligencia emocional y la ansiedad-rasgo explican el porqué, en el grupo estudiado, los problemas de dependencia de drogas y alcohol no estaban generalizados, como ocurre en la mayoría del colectivo, sobre todo el más explotado, en el que son utilizadas las sustancias como forma de manipulación para tener el control de las víctimas ante la necesidad repetida de consumo provocado para conseguir la dependencia y obediencia. Al no caer en patología dual, la recuperación psicológica es más viable y óptima.

No aportamos datos del MMPI-2-RF® y de la Escala de Autoestima de Rosenberg por la enorme variabilidad de datos. No obstante, en futuros estudios, informaremos de la utilización del nuevo test, en fase experimental, que está desarrollando TEA, el CIT (Cuestionario de Impacto del Trauma), que nos está aportando datos de enorme utilidad.

DISCUSIÓN

Nos encontramos ante un colectivo con enormes necesidades de atención, físicas y psicológicas, que necesita más investigación desprovista de prejuicios, porque ante todo son personas con una situación de marginalidad que en un porcentaje mayoritario ejerce estas actividades por presión y manipulación de su realidad y por intereses ajenos ilícitos que se enriquecen de su actividad.

Estamos ante un fenómeno vergonzante no por la actividad en sí, sino porque refleja, en muchos casos, un auténtico mantenimiento de la esclavitud en la época de los derechos humanos. Es necesario establecer programas educativos que cambien la visión poblacional y que terminen con las numerosas posiciones de hipocresía social, política que se mantiene ante esta temática y, sobre todo, facilitar políticas de fomento de la salud física y mental, así como, de la salud sexual y reproductiva, informando y facilitando medios y conocimiento teniendo en cuenta que el perfil educativo de la mayoría es más bien bajo y, aunque nos encontramos con una parte de la población que ejerce con estudios superiores, lo normal es una gran ignorancia que facilita la explotación y pone en riesgo su salud y sus vidas en la búsqueda de soluciones a sus problemáticas diarias.

Los estudios mayoritarios son de problemáticas relacionadas con el SIDA y las infecciones de transmisión sexual; sin embargo, los estudios relativos a salud mental y aspectos psicológicos son minoritarios y estimamos que son muy importantes porque la depresión, la ansiedad y las ideaciones suicidas son muy numerosas y tienen implicaciones preocupantes.

En los programas de intervención social consideramos muy importante que, además de lo habitual, se trabajen aspectos de la inteligencia emocional y se realicen talleres de desarrollo de competencias a este nivel para facilitar el desarrollo personal y recuperación de las heridas psicológicas que este tipo de explotación implica. Nuestras observaciones son espontáneas en el sentido de que las mujeres analizadas lo han sido antes de abandonar su situación de explotación. Otros factores de personalidad también están presentes, así como, un nivel moderado de ansiedad rasgo. Estos factores son los que han protegido a un importante número de víctimas de no caer en las adicciones típicas de este colectivo de drogas y alcohol, siendo más fácil su recuperación al no existir las complicaciones que aporta la patología dual tan presente en estas situaciones.

CONCLUSIONES

Existe una nítida relación entre abuso de sustancias y ejercicio de la prostitución. Las sustancias más consumidas en la población estudiada son alcohol, cocaína y cannabis.

Existe un porcentaje muy alto de presencia de abusos sexuales en la infancia, abuso de sustancias y ejercicio de la prostitución.

El nivel de ansiedad es elevado, los síntomas depresivos y la ideación suicida son muy habituales, estando sometidas a un ambiente de estrés continuo, estrés que les produce fundamentalmente miedo e inseguridad.

La inteligencia emocional es un factor que explica incluso la repercusión que tiene una situación de explotación marcada por el control de situaciones adversas. El deterioro que produce en una persona víctima de algún abuso o explotación tiene diferente grado de repercusión y diferentes posibilidades de salida de la situación según el nivel de inteligencia emocional. En los programas de intervención social este factor debería ser considerado, siendo muy importante organizar sistemas de desarrollo y potenciación de recursos que incrementen dicha *inteligencia emocional*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ben-Porath, Y.S. y Tellegen, A. (2015). MMPI-2-RF®. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado®* (P. Santamaría, adaptador). Madrid, España: TEA Ediciones.

Cernuda, A. (2014). Efectos de un programa de rehabilitación psicosocial y educativa mediante actividad física y artística con un grupo de víctimas de explotación sexual. *En Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE*. Creative Commons, 4.0 International License. Recuperado de http://amieedu.org/actascimie14/?p=143.

Jackson, L.A., Bennett, C.G., & Sowinski, B.A. (2007). Stress in the sex trade and beyond: Women working in the sex trade talk about the emotional stressors in their working and home lives. *Critical Public Health, 17*(3), 257-271. Retrieved from https://doi.org/10.1080/09581590701549535.

Jeal, N., & Salisbury, C. (2004). A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey. *Journal of Public Health, 26*(2), 147-151. doi: 10.1093/pubmed/fdh124.

Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D.R. (2009). MSCEIT. *Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Potterat, J.J., Rothenberg, R.B., Muth, S.Q., Darrow, W.W., & Phillips-Plummer, L. (1998). Pathways to prostitution: The chronology of sexual and drug abuse milestones. *Journal of Sex Research, 35*(4), 333-240. doi: 10.1080/00224499809551951.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescencet self-image. Princenton, NJ: Princenton University Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1982). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Vanwesenbeeck, I. (2001). Another decade of social scientific work on sex work: A review of research 1990-2000. *Annual Review of Sex Research, 12,* 242-289. doi: 10.1080/10532528.2001.10559799.

Vanwesenbeeck, I. (2005). Burnout among female indoor sex workers. *Archives of Sexual Behavior, 34*(6), 627-639. doi: 10.1007/s10508-005-7912-y.

Ward, H., & Day, S. (2006). What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational Cohort. *Sexually Transmitted Infections, 82*(5), 413-417. doi:10.1136/sti.2006.020982.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA SENSORIOMOTRIZ EN UN ADULTO VÍCTIMA DE UNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA

Sandra López Gallego y Alicia Álvarez García

Universidad de Girona

Resumen: Esta investigación tiene como objetivo analizar la eficacia de una intervención orientada al cuerpo en el procesamiento de un incidente traumático. La terapia sensoriomotriz afirma que la sintomatología traumática expresa respuestas sensoriomotrices (como tensión, entumecimiento, dolor) que hacen necesaria una intervención que integre esas expresiones somáticas y sensoriales en el proceso psicoterapéutico. El presente trabajo se realiza mediante un estudio de diseño cuasi-experimental A-B de caso único. Inicialmente se confirma la presencia de trastorno por estrés postraumático (TEPT) mediante el Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ). Seguidamente se mide el nivel de sintomatología del TEPT con la escala del impacto del evento (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979) (IES) y el nivel de calidad de vida con la escala de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Los resultados confirman una reducción de la sintomatología del TEPT y un aumento de la calidad de vida después del tratamiento.
Palabras clave: Estrés postraumático, Cuerpo-mente, Psicoterapia orientada al cuerpo, Terapia sensoriomotriz.

EVALUATION OF THE EFFICACY OF SENSORY-MOTOR THERAPY IN AN ADULT VICTIM OF A TRAUMATIC EXPERIENCE

Abstract: This research aims to analyze the effectiveness of an intervention based on a body-oriented therapy in the reprocessing of a traumatic incident. Sensory-motive therapy states that the trauma expresses sensory-motile responses (tension, numbness, pain) that require an intervention that integrates those somatic and sensory expressions in the psychotherapeutic process. The present study is carried out by means of a single case A-B quasiexperimental design study. The presence of post-traumatic stress disorder (PTSD) is initially confirmed by the Traumatic Experiences Questionnaire (TQ). The level of symptomatology of PTSD with the impact scale of the event (Horowitz, Wilner and Álvarez, 1979) (IES) and the quality of life level are mesured with the Goldberg General Health scale (GHQ-28). The results confirm a decrease in the symptoms of PTSD and an increase in the quality of life after treatment.
Key words: Post-traumatic stress, Body-mind, Body-oriented psychotherapy, Sensorimotor psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Según Paul MacLean podemos describir el cerebro en tres partes generales diferenciadas (Ledoux, 1995): cerebro reptiliano, sistema límbico y neocórtex. Siegel (2007), defiende que estos tres niveles de arquitectura cerebral interdependientes que funcionan como un todo organizado (Damasio, 2000) se correlacionan con tres niveles de procesamiento de la información: cognitivo, emocional y sensoriomotriz.

El sistema límbico, entre otras funciones, regula las respuestas de supervivencia y guarda una estrecha relación con el sistema nervioso autónomo (SNA). Las personas que sufren dificultades de origen traumático son altamente vulnerables a la hiperactivación o hipoactivación fisiológica del sistema nervioso (Van der Kolk, 2002).

Para poder integrar adecuadamente una experiencia traumática Siegel (2007) defiende que las personas deben procesar el incidente dentro de una zona óptima de activación fisiológica situada entre los extremos de hiperactivación y hipoactivación a la que denomina: "margen de tolerancia". En esta zona, la integración se considera posible ya que en este rango de activación se mantiene el funcionamiento cortical, cosa que no sucede fuera de esta zona óptima de activación.

Van der Kolk (1996) sostiene que tras un suceso potencialmente traumático la integración de la información en los tres niveles señalados se ve afectada porque la desregulación que sucede a un nivel fisiológico (corporal y sensorial) impide el procesamiento ascendente emocional y cognitivo de la experiencia. Tanto en el momento del suceso, como cada vez que posteriormente un disparador reactiva esa misma desregulación (Van der Kolk, 1996).

Desde la terapia más tradicional se han utilizado de forma habitual técnicas de procesamiento de la información descendente para trabajar con procesos ascendentes desregulados a través del control voluntario y consciente de las tendencias somáticas y emocionales (Ogden y Fisher, 2016; Van der Kolk, 1996). Sin embargo, Allen (2001) sostiene que a pesar de la eficacia de estas estrategias descendentes que permiten un control de la activación y dan un alivio inmediato al problema, las tendencias sensoriomotrices de activación pueden no quedar resueltas definitivamente ya que estas técnicas posibilitan el control de las reacciones somáticas pero no hacen que éstas sean asimiladas e integradas.

La base del trabajo terapéutico orientado al cuerpo consistiría en inducir un procesamiento ascendente en un entorno psicoterapéutico que favorezca el procesamiento que se da a un nivel sensoriomotriz con el objetivo de alcanzar la integración de la experiencia en todos sus niveles (Ogden y Fisher, 2016; Ogden, Minton y Pain, 2009; Sánchez, 2013).

De este modo, este modelo se propone el rastreo en conciencia plena de las secuencias y reacciones físicas que se dan en el momento presente dejando de lado de forma temporal las emociones o pensamientos que quieran emerger, hasta que las sensaciones e impulsos corporales se resuelvan logrando por sí mismos un nivel de reposo y estabilización (Ogden y Fisher, 2016).

Ogden y Fisher (2016) sostienen que, en el caso de pacientes traumatizados, esta técnica permite observar y acompañar las reacciones somáticas que fueron activadas en el momento del trauma para procesarlas en el momento presente de forma adaptativa y de esta forma contribuir a la integración de la experiencia.

A pesar de la evidencia de la experiencia psicofísica del trauma, la terapia con orientación al cuerpo ha sido poco estudiada en contextos de investigación rigurosos y controlados. El objetivo de este trabajo consiste en recoger datos cuantitativos que nos permitan responder a la siguiente pregunta: ¿Puede una psicoterapia que oriente su intervención terapéutica a integrar las respuestas somáticas y sensoriales del trauma tener alguna incidencia en la reducción de la sintomatología propia de un TEPT?

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra de este estudio es incidental. Se obtiene de forma no aleatorizada. Todos los participantes provienen de un centro médico de Barcelona donde se realizan rehabilitaciones funcionales. Para formar parte del programa de intervención es necesario que los participantes firmen previamente el consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento propuesto.

Los criterios de inclusión son ser mayor de edad, mostrar sintomatología compatible con un TEPT, que su idioma materno sea el castellano o el catalán y disponibilidad para la realización de las sesiones en el horario y días propuestos. Los criterios de exclusión: estar realizando en la actualidad (o haber realizado en los últimos cinco años) un proceso de intervención psicológica.

Inicialmente se accede a tres participantes. De los tres posibles casos contactados, sólo una persona cumple todos los criterios para participar en esta investigación con carácter experimental.

PROCEDIMIENTO

Inicialmente se contactó telefónicamente con las tres personas que manifestaron interés por participar en la investigación y se explicó el contenido, la metodología y objetivos del estudio y se comprobó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Seguidamente se ofreció a la persona que cumplía con todos los criterios la posibilidad de realizar gratuitamente la propuesta de intervención psicológica experimental y se le informó de la confidencialidad y protección de datos.

DISEÑO

Se aplicó un diseño cuasi-experimental de caso único del tipo AB (pre-post) para establecer la línea base en ausencia de tratamiento y posteriormente tomar nuevamente medidas de la VD para observar las variaciones producidas en comparación con la fase previa al tratamiento.

Al tratarse de un estudio de caso y no existir medidas de seguimiento, Jacobson y Truax (1991) proponen que los resultados serán clínicamente significativos cuando una persona que antes pertenecía a una población disfuncional vuelve a pertenecer a una población funcional después del tratamiento.

Basándonos en estos criterios, el cambio terapéutico implicaría que la puntuación en la IES y la GHQ-28 deberían situar a la persona después del tratamiento en índices no disfuncionales o patológicos.

La variable independiente (VI) de esta investigación es el protocolo de intervención basado en terapia sensoriomotriz y las variables dependientes (VD): los niveles de estrés postraumático y el nivel de calidad.

MATERIALES

Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ). La Escala de Impacto del Suceso (IES) (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979) y la Escala de Salud General de Goldberg (GHQ-28).

RESULTADOS

La puntuación directa inicial que la persona obtiene en el Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ) es de 15/18. Las puntuaciones obtenidas en la fase de pretratamiento y la fase de postratamiento son las que observamos en la tabla 1.

Según los resultados obtenidos en la IES, los baremos situarían a la persona en una fase A en un rango severo (48) y en una fase B en un rango leve (20), que correspondería a una disminución de 27 puntos en la sintomatología del TEPT (ver tabla 1).

Tabla 1
Resultados IES y GHQ-28

Resultados	IES	QHQ-28
Fase A	48	19
Fase B	20	7

Resultados obtenidos en la fase A y B en la IES y la GHQ-28

Tabla 2
Baremos de significación clínica (IES y GHQ-28)

IES		GHQ-28
0 8	Subclínico	5-no caso
9 25	Leve	
26 43	Moderado	6-caso
43 o más	Severo	

Baremos que indican el grado de funcionalidad / disfuncionalidad de las escalas utilizadas para evaluar los resultados de la intervención.

Tabla 3
Diferencia subescalas fases A-B (IES)

Subescalas	Fase A	Fase B	Diferencia
Intrusión	11	7	4
Evitación	17	12	5
Hiperactivación	3	1	2

Diferencia de puntuación entre las diferentes subescalas de la IES en la fase A y la fase B

Tabla 4
Diferencia de puntuación entre constructos en la GHQ-28.

Constructos	Fase A	Fase B	Diferencia
Síntomas somáticos	7	2	5
Ansiedad –Insomnio	6	4	2
Disfunción social	5	1	4
Depresión	1	0	1

Diferencia entre la fase A y la fase B para la escala GHQ-28.

En el caso de la GHQ-28 los resultados indicarían que la paciente ha pasado de una puntuación de caso de 19 a 7, que se correspondería a un aumento de 12 puntos en la percepción subjetiva de mejora respecto a su calidad de vida (ver tabla 1).

En la tabla 3 podemos observar la puntuación obtenida por la paciente en cada una de las tres subescalas en las que se divide la IES.

Los resultados indican que en la subescala en la que más ha mejorado es la de evitación, lo que supone una mayor reducción de la sintomatología evitativa asociada al TEPT.

En la tabla 4 observamos la puntuación obtenida en cada uno de los cuatro constructos en los que se divide la GHQ-28.

La mejora más significativa en esta escala se observa en los constructos: síntomas somáticos y disfunción social.

Si analizamos las respuestas dadas a los diferentes ítems de la IES, los ítems en los que se produce una diferencia de 3 puntos o más (de un máximo de 5) entre la fase A y B son los que se observan en la tabla 5.

En la tabla 6 de la escala GHQ-28 observamos los ítems en los que las respuestas sí han sido adaptativas en la fase B.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos confirman un efecto de reducción de la sintomatología del TEPT y un aumento subjetivo en la percepción de la calidad de vida después de una intervención basada en terapia sensoriomotriz

La sintomatología postraumática ha pasado de una puntuación directa en la escala IES de 48 en la fase pretratamiento a 20 en la fase postratamiento

Tabla 5
Diferencia de puntuación por ítem entre fase A y fase B (IES).

Núm.	Ítem	Fase A	Fase B
5	"Tengo oleadas de sentimientos muy fuerte acerca de ello"	5	1
6	"Soñé acerca de ello"	3	0
12	"Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de ello, pero no me ocupé de ello"	5	1
Ítems en los que T.M.G. puntúa con más de 3 puntos de diferencia entre la fase A y la fase B en la IES.			

Tabla 6
Diferencia de puntuación por ítem entre fase A y fase B (GHQ-28).

Núm.	Ítem
Síntomas somáticos	
A2	¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?
A3	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
A5	¿Ha padecido dolores de cabeza?
A6	¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?
A7	¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?
Ansiedad / Insomnio	
B2	¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
B5	¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
B6	¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
Disfunción social	
C2	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
C3	¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?
C4	¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
C6	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
Depresión	
D5	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
Ítems a los que la paciente deja de puntuar desadaptativamente entre las fases A y B	

(tabla 1) que implica pasar de un grado severo a un grado leve (tabla 2).

En cuanto al nivel de calidad de vida también se observa un aumento en la percepción subjetiva de la paciente, que pasa de una puntuación directa de 19 en la fase pretratamiento a una puntuación en la fase postratamiento de 7 (tabla 1). Las dos puntuaciones se encuentran dentro del tramo de significación clínica, pero en la fase postratamiento el resultado es muy cercano al no-caso, que se situaría en una puntuación de ≤5 (tabla 2).

A pesar de la reducción de la sintomatología traumática y aumento de la percepción subjetiva de la calidad de vida, el tratamiento no consigue situar a la paciente fuera de los baremos de significación clínica. Por lo tanto, este protocolo no habría conseguido devolver a la paciente a una población funcional.

No obstante, hay que tener en cuenta que no se tomaron medidas previas al accidente que puedan evidenciar que la paciente se encontraba dentro de unos límites funcionales antes de haber sufrido el evento estresante.

En la IES, la subescala que obtiene una reducción más significativa es la de evitación. Resultados que ponen en relevancia que las conductas evitativas que realizaba la paciente antes de comenzar el tratamiento se han reducido de forma más notable que otros síntomas del TEPT, aspectos que podrían relacionarse con la percepción de control desarrollada por la persona (Benassi, Sweeney y Dufour, 1988; Blasco, Bárez, Fernández, 2003; Oros, 2005).

Uno de los ítems de esta escala que se ha reducido de forma más notable es el núm. 12 "Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de Ello, pero no me ocupe de ello", que pasa de la máxima puntuación a la mínima. La decisión de participar en esta investigación (estilo de afrontamiento activo) puede haber facilitado la dificultad para enfrentarse a las situaciones que antes evitaba, provocando esta exposición una habituación que acaba reduciendo los síntomas de ansiedad asociados y generando una sensación de autoeficacia que contribuye al mantenimiento de este afrontamiento (Bados, 2017; Bandura, 1977).

Hay también que contemplar el papel que la psicoeducación sobre el TEPT y sus causas haya podido tener en esta facilitación a la exposición de conductas o cogniciones evitadas (Santiago y Javier, 2015; Santiago, Robles, Lerma-Talamantes y Lagunas, 2018).

Directamente relacionado con el trabajo somático desarrollado en las sesiones hay que tener en cuenta como la conciencia corporal lograda gracias a la terapia sensoriomotriz, así como los recursos corporales instalados durante el trabajo terapéutico, han podido influir en la regulación de la activación fisiológica facilitando también el afrontamiento de la paciente (Gallego, Aguilar y Cangas, 2016; Hofmann, Sawyer y Witt, 2010; Odgen y Minton, 2000; Ogden, Minton y Pain, 2009).

En la escala GHQ-28 la subescala que ha mejorado de forma más significativa ha sido la relacionada con una mejora de los síntomas somáticos, cambio que también podríamos explicar por una reducción de la sintomatología ansiosa como resultado de la habituación consecuencia de una disminución de la evitación (Bados, 2017), así como por el desarrollo de una mayor conciencia corporal y el desarrollo de recursos somáticos que facilitan la reducción de la sintomatología de hiperactivación (Gallego, Aguilar y Cangas, 2016; Hofmann, Sawyer y Witt, 2010; Odgen y Minton, 2000; Ogden, Minton y Pain, 2009).

La siguiente subescala que se ha visto notablemente afectada por el tratamiento ha sido la de disfunción social. Estos resultados también se podrían explicar por la sensación de control desarrollada por la persona (Blasco, Bárez, Fernández, 2003), ya que según observamos en la tabla 6 los ítems a los que deja de puntuar desadaptativamente (C2, C3, C4 y C6) tienen que ver con la percepción subjetiva de estar afrontando activamente sus dificultades.

Una consideración de peso suficiente para seguir apostando por la investigación en esta línea de intervención serían las posibilidades de esta terapia para reprocesar incidentes traumáticos de forma segura, ya que permite al terapeuta acceder a contenido traumático sin retraumatitzar al paciente, o incluso acceder a contenido traumático implícito y procesarlo sin necesidad de hacerlo explícito.

La falta de investigación obliga a tomar con mucha cautela los resultados obtenidos e impiden hacer generalizaciones sobre la eficacia de la terapia, considerando necesaria la replicación de protocolos de terapia sensoriomotriz controlados que permitan una mayor y más sistemática recogida de datos, así como muestras más grandes que permitan la aplicación de técnicas

estadísticas más potentes que faciliten un análisis más cuidadoso de la significación clínica del cambio terapéutico (León y Montero, 2009)

Atendiendo a ciertos aspectos metodológicos de esta investigación, en este trabajo, haber tomado una única medida en la línea base y no disponer de datos de medida de la fase de intervención, o no disponer de medidas de la fase de seguimiento, tratándose de una cuestión que deberá ser subsanada en futuras investigaciones (León y Montero, 2009).

De cara a futuras investigaciones, en la misma línea que recientes investigaciones (Krammer, Lippert, y Barrio, 2017; Ley y Barrio, 2017; Ley y Barrio, 2019) sería interesante observar qué influencia puede tener el prestar atención a cómo el cuerpo experimenta los efectos del trauma, con una mejor regulación de la sintomatología fisiológica propia de los efectos del TEPT.

En relación a la estructura de las sesiones, algunos estudios, sitúan la duración óptima de un proceso de intervención psicológica en 12 sesiones (Painepán y Kühne, 2012) lo que nos haría cuestionar si una intervención más larga en el tiempo hubiera proporcionado mejores resultados. En cuanto a la frecuencia del tratamiento, Cujiper et al. (2013) en un metanálisis realizado en el que comparaban grupos de pacientes adultos que habían recibido psicoterapia individual concluyeron que 2 sesiones semanales en lugar de 1, correlacionaría con un aumento en la magnitud de los efectos terapéuticos.

CONCLUSIONES

Los resultados han confirmado que la intervención planteada ha reducido en esta muestra la sintomatología del TEPT evaluada mediante la IES, y también ha aumentado la percepción subjetiva de calidad de vida evaluada con la escala GHQ-28.

A pesar de los cambios experimentados los resultados obtenidos no han sido clínicamente significativos según los criterios utilizados.

Según se ha analizado, los resultados podrían estar influenciados por elementos relacionados con la percepción de control y afrontamiento activo que la paciente ha desarrollado, además de la influencia que la propia comprensión de su dificultad haya podido tener en sus estrategias de afrontamiento (Santiago y Javier, 2015, Santiago, Robles, Lerma-Talamantes y Lagunas, 2018).

En cuanto a la aportación más exclusiva de las técnicas sensoriomotrices, parece que la toma de conciencia corporal, así como el trabajo con recursos somáticos, puede haber tenido una incidencia positiva en la reducción de la sintomatología evitativa y de activación fisiológica.

En futuras investigaciones convendría revisar la metodología de investigación para aumentar la fiabilidad y validez de estos resultados.

También sería interesante desarrollar propuestas de investigación que posibiliten la comparación de la propuesta de trabajo sensoriomotriz con otras propuestas terapéuticas, así como estudios que permitan valorar qué efecto y peso tienen técnicas transversales a todos los modelos de intervención psicológica, como la psicoeducación o la vinculación terapéutica, en los resultados finales de esta intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York, New York: John Wiley & Sons Ltd.

Bados, A. (2017). *Trastorno por estrés postraumático: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*(2), 191.

Benassi, V. A., Sweeney, P. D., & Dufour, C. L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 357-367.

Blasco, T., Bárez, M. & Fernández, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología, 19*(2).

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. New York: Routledge.

Damasio, A. R. (2000). *Sentir lo que sucede*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.

Gallego, J., Aguilar, J. & Cangas, J. (2016). Efecto de intervenciones mente/cuerpo sobre los niveles de ansiedad, estrés y depresión en futuros docentes de educación primaria: un estudio controlado. *Revista de Psicodidáctica, 21*(1), 87-101.

Hofmann, S., Oh, D., Sawyer, A. & Witt, A. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(2), 169-183.

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine, 41*(3), 209-218.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19.

Ledoux, J. (1996). El cerebro emocional. Barcelona: Editorial Planeta.

Leon, O. & Montero, I. (2009). *Metodologia experimental*. Barcelona: FUOC

Ley, C. & Barrio, M. R. (2017). Centrando la atención en las sensaciones corporales en un programa físico-deportivo terapéutico. *Revista de psicología del deporte, 26*(4), 0017-21.

Ley, C., Krammer, J., Lippert, D. & Barrio, M. R. (2017). Exploring flow in sport and exercise therapy with war and torture survivors. *Mental Health and Physical Activity, 12,* 83-93.

Marty, M. & Carvajal, A. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 43*(3), 180-187.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology, 6*(3), 1-20.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Ogden, P. & Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz: intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Oleas, H. & Zúñiga, J. (2000). Trastorno de estrés postraumático. *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial, 141*.

Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología, 14*(1), 89-98. doi:10.5354/0719-0581.2012.17338

Painepán, B. & Kühne, W. (2012). Efectividad según duración de la psicoterapia en un centro de atención psciológica para universitarios. *Summa Psicológica UST, 9*(1), 47-52.

Santiago, R. & Javier, F. (2015). *Efectos de la psicoeducación y la terapia cognitivo conductual sobre los índices de sobrecarga percibida, afrontamiento y sintomatología asociada al estrés en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos*. México: Universidad Veracruzana.

Santiago, R., Robles, R., Lerma-Talamantes, A. & Lagunes. (2018). Evaluación de una intervención cognitivo condcutual y una psicoeducativa como estrategias de apoyo a cuidadores informales de pacientes psiquiatricos. *Revista argentina de clínica psicologica, (3)*

Sanz, J. & Garcia-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud, 26,* 167–180

Siegel, D. (2007). L*a mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Tedeschi, R.G. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times, (4)*, 58-58.

Van der Kolk B.A., Pelcovitz, D., Roth S., Mandel, E., Mc Farlane, A. C., Herman J.L. (1996). Dissociation, Somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry, 153.*

Van der Kolk, B. A. (2007). Más allá de la cura por el diálogo: experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma. RET, *Revista de Toxicomanías, 51.*

Van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Madrid: Eleftheria.

PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN LA ADOLESCENCIA: ESPECIFICIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Nuria García-Barbacil[1] y Tamara Soto-López[2]

[1]Hospital de El Escorial, [2]Hospital de la Paz

Resumen: La Diabetes Mellitus Tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la niñez y de la adolescencia. Es importante conocer y comprender la complejidad social y psicológica de esta etapa evolutiva. Los adolescentes con diabetes tienen que hacer frente a las mismas tareas de desarrollo y demandas típicas de este periodo, además de aprender a manejar y vivir con su enfermedad. El mal control metabólico de la diabetes puede ser un signo de alerta sobre conflictos personales, familiares y sociales. Los jóvenes con diabetes tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, especialmente ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria. La transición desde las Unidades de Diabetes pediátricas a las de adultos debe realizarse de un modo progresivo y planificado, siendo importante la coordinación entre los profesionales de pediatría y de adultos, la educación grupal y el abordaje psicosocial.
Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 1; Adolescencia; Intervención psicológica.

TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN ADOLESCENCE: SPECIFICITY OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

Abstract: Type 1 Diabetes Mellitus is one of the most frequent chronic diseases of childhood and adolescence. It's important to know and understand the social and psychological complexity of this evolutionary stage. Teenagers with diabetes have to face the same developmental tasks and demands common at this age, in addition to learning how to manage and live with their disease. Bad metabolic control of diabetes can be a warning sign about personal, family and social conflicts. Young people with diabetes has a higher risk of developing psychiatric disorders, especially anxiety, depression and eating disorders. The transition from pediatric to adult Diabetes Units should be carried out in a progressive and planned way, with coordination between pediatric and adult professionals, group education and psychosocial approach being important.
Key words: Diabetes mellitus type 1; Adolescence; Psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre. Se pueden diferenciar dos grandes subtipos, la Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM Tipo 1) y la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM Tipo 2).

La DM Tipo 1, también denominada autoinmune, se caracteriza por la nula producción de insulina. Se presenta mayoritariamente en individuos jóvenes, diagnosticándose por norma general antes de los 30 años de edad. Se estima que afecta a cerca de 4.9 millones de personas en todo el mundo; la DM Tipo 2 se caracteriza por un déficit relativo en la producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad. La diabetes tipo 2 representa un 80%-90% de todos los pacientes diabéticos (American Diabetes Association, 2019).

En la actualidad numerosas enfermedades no son campos aislados de la Medicina, sino que se tiene que tener en cuenta la interrelación recíproca existente entre lo emocional y lo somático. Este es el campo de estudio de la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud.

En la población que presenta DM Tipo 1 o 2, los índices de estrés tienden a estar presentes desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, debido a que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad metabólica crónica (Hermoso et al, 2013).

Se ha de tener en cuenta que la enfermedad es una experiencia a incluir en la narrativa autobiográfica de la persona, y la cual genera un sufrimiento. Es una amenaza a su autoestima, a la idea de sí mismo y la que los demás tienen de la persona. Va a ser continua su interacción con los distintos profesionales del sistema sanitario (endocrino, enfermería, psicología…) y va a interferir en su estilo de vida previo a la enfermedad.

La DM Tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la niñez y de la adolescencia. Es importante conocer y comprender la complejidad social y psicológica de esta etapa evolutiva.

La adolescencia se caracteriza por una gran tendencia a identificarse con otros "iguales" en la necesidad de afirmación de la identidad y como parte del desarrollo evolutivo. En este periodo, el adolescente se encuentra inmerso en su necesidad imperiosa de separación- individualización respecto al núcleo familiar (principalmente de los padres), al mismo tiempo que necesita constituirse como un ser autónomo e independiente en la vida.

Los adolescentes con diabetes tienen que hacer frente a las mismas tareas de desarrollo y demandas típicas de esta etapa de su desarrollo evolutivo, al mismo tiempo que aprender a manejar y vivir con lo que supone una enfermedad crónica. Estos jóvenes pueden llegar a ver sobrepasadas sus propias competencias personales para entender y afrontar correctamente la enfermedad, generando en muchos casos altos niveles de estrés y bajas tasas de adherencia al tratamiento pautado. En relación a lo anterior, se entiende, en parte, el por qué la búsqueda de la independencia que caracteriza a esta etapa interfiere negativamente en la adhesión al tratamiento por parte del adolescente (Brink, 2010).

MÉTODO

PROCEDIMIENTO

Se incluyó una revisión de artículos en la base de datos PubMed, de acceso libre y especializada en ciencias de la salud, (términos "diabetes type 1", "adolescence" y "psychological intervention" en inglés) y posteriormente a través de trabajos citados en la bibliografía encontrada inicialmente. A continuación, se llevó a cabo una selección de las fuentes, con énfasis en los artículos de revisión teórica y análisis clínicos publicados en la última década (de 2009 a 2019) y que hacían una mención especial al abordaje psicológico con población adolescente diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1.

PARTICIPANTES

Finalmente fue seleccionada una muestra de doce trabajos (n= 12), los cuales hacían referencia a recomendaciones citadas en las guías clínicas de la Sociedad Internacional de Diabetes Pediátrica y del Adolescente (siglas en inglés, ISPAD) y la Asociación Americana de Diabetes (siglas en inglés, ADA).

DISEÑO

Se consideró la adolescencia como un periodo de transición entre la niñez y la adultez, durante el cual el niño cambia de manera física, mental y emocional para transformarse en adulto, con los retos y desafíos que ello conlleva en todos los sentidos. En esta revisión se considera que dicho periodo evolutivo abarca desde los 12 a los 20 años, extendiendo así un margen de tiempo en que el adolescente empieza a considerarse un adulto joven.

MATERIALES

Se utilizó un ordenador portátil con acceso a internet y a la base de datos PubMed, así como accesorios de papelería y oficina que ayudaron a transcribir conceptos teóricos y clínicos de especial relevancia encontrados en la literatura revisada.

Esta revisión surge del interés despertado en el Servicio de Endocrinología de un hospital público de la Comunidad de Madrid, el cual se muestra preocupado por la baja tasa de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes jóvenes cuando son derivados a las Unidades de Diabetes de adultos. Dicho servicio tiene desde hace varios años un programa de Interconsulta y Enlace con el equipo de Psicología Clínica del mismo centro sanitario. Se trabajó de manera conjunta entre ambos servicios durante un periodo de seis meses.

Se elaboraron distintos seminarios y programas de tratamiento específicos con población adolescente, de cara a tratar de arrojar luz a las dificultades encontradas en la adhesión al tratamiento.

RESULTADOS

Múltiples estudios subrayan la importancia de la DM Tipo 1 como una enfermedad crónica, donde los factores emocionales están implicados en el autocuidado y afrontamiento de la enfermedad: la desregulación emocional afecta a través de las conductas de autocuidado/ abandono; los factores de estrés desequilibran los niveles glucémicos, ya que pueden generar síntomas de depresión, así como peor salud física y, en definitiva, peor calidad de vida en los pacientes con diabetes (Hermoso et al, 2013).

Es importante tener en cuenta las diferencias individuales de cada paciente, sus necesidades y capacidad de adaptación en los distintos momentos de la enfermedad. En todo ello van a influir sus rasgos de personalidad previos y sus mecanismos defensivos, así como la influencia social y su sensación de autoeficacia y competencia social. (Rondón & Lugli, 2014).

Existe cierta comorbilidad entre casos de depresión y/o ansiedad en pacientes con diabetes, lo cual suele implicar, aunque no en todos los casos, déficits en su capacidad de autocuidado, interferencia en sus relaciones sociales y complicaciones orgánicas más severas (de Ornelas Maia et al, 2013).

Las guías clínicas aconsejan un abordaje de tipo cognitivo-conductual como tratamiento psicológico empíricamente validado para la DM Tipo 1. A continuación, se exponen de manera muy resumida algunas directrices de cara a la intervención psicológica: es fundamental trabajar con los pacientes estrategias de afrontamiento que les ayuden a lidiar con el manejo de los síntomas y cuidados de su enfermedad, así como potenciar la adherencia al tratamiento médico y/o psicológico de su enfermedad; es necesario un adecuado control de las hipoglucemias, y de sus posibles consecuencias, así como entrenar a los pacientes para que lleven a cabo un programa adecuado de control glucémico (Amsberg et al, 2009).

Investigaciones recientes resaltan la aportación de las terapias contextuales (también denominadas de tercera generación), y más específicamente de las basadas en el concepto de atención plena y/o Mindfulness, en el campo de la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud (Kabat-Zinn & Garza, 2016).

Numerosos estudios científicos, hasta la fecha, han demostrado como las intervenciones psicológicas basadas en Mindfulness podrían mejorar la sintomatología ansiosa y depresiva, así como la calidad de vida de los pacientes con diabetes. Este tipo de intervenciones (a nivel individual y/o grupal) ayudan a manejar el estrés que afecta negativamente tanto al comportamiento (autocuidado) como a los propios procesos biológicos implicados en la enfermedad a través de la respuesta endocrina (van Son et al, 2012; Whitebird, Kreitzer & O'Connor, 2009).

La aparición de una enfermedad crónica como la diabetes durante la época de la adolescencia supone una diferencia importante con las personas de su edad, lo que suele traducirse en un mal control de la enfermedad. Se estima que un 25% de los adolescentes con diabetes tienen errores al realizar las inyecciones de insulina o no realizan los controles diarios de glucosa ya que no lo consideran necesario (Luna, García & Barragán, 2014).

Se ha comprobado que aquellos adolescentes que se hacen cargo desde demasiado temprano del manejo de la enfermedad, sin la implicación y el apoyo de sus padres, cometen más fallas en el tratamiento y tienen peor control metabólico que los adolescentes cuyos padres permanecen implicados durante más tiempo en el manejo de la enfermedad. El mal control metabólico de la diabetes puede ser un signo de alerta sobre conflictos personales, familiares y sociales en los cuales está inmerso el adolescente. En esta etapa el adecuado control metabólico es aún más relevante, ya que es precisamente cuando se incrementa el riesgo de aparición y progresión de las complicaciones crónicas, así como de los ingresos relacionados con la enfermedad (Luna et al, 2014).

Es bastante frecuente encontrar que estos jóvenes oculten su enfermedad a su grupo de iguales (compañeros de clase, amigos, pareja…) por miedo a sentirse diferentes y/o excluidos de su red de apoyo social. Es bastante común que cometan transgresiones con la dieta y/o las dosis de insulina, al mismo tiempo que es frecuente el inicio y/o mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas (p.ej. alcohol, tabaco, cannabis…). Es necesario tener en cuenta el papel que posiblemente puedan estar jugando los rasgos de omnipotencia, la baja percepción del riesgo y las falsas expectativas

de autocontrol que supone el periodo adolescente propiamente como tal. Unido a lo descrito con anterioridad, es importante no olvidarse del problema que puede suponer, tanto a nivel de salud física y/o emocional, que el adolescente pueda hacer un rechazo de su enfermedad (Rondón & Lugli, 2014).

En el campo de la Psicología Clínica está demostrado que los jóvenes con DM Tipo 1 tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, especialmente: Depresión, Ansiedad y Trastornos de la Conducta Alimentaria (con una prevalencia hasta 3 veces superior que en no diabéticos). Los estudios señalan que existe una peor adherencia al tratamiento en casos clínicos donde de manera comórbida existe un diagnóstico de un Trastorno de Personalidad, Trastorno Mental Grave y/o Consumo de Sustancias. Mención especial se encuentra en casos de Fobia Específica a la Sangre/inyecciones y/o diagnóstico de Trastorno Obsesivo- Compulsivo, donde el irremediable contacto de estos pacientes con el sistema sanitario puede exacerbar sus niveles de angustia ante miedos y/o preocupaciones de tipo fóbico e hipocondriaco (Brink, 2010).

DISCUSIÓN

La Sociedad Internacional de Diabetes Pediátrica y del Adolescente (ISPAD) publicó en el año 2012 una Guía de Práctica Clínica centrada en el tratamiento de adolescentes con DM Tipo 1 y destacan los siguientes aspectos:

- Es importante conocer y comprender la complejidad social y psicológica que conlleva la adolescencia (necesidad de independencia, privacidad y confidencialidad; interés por explorar diferentes estilos de vida y necesidad de sentirse afín a sus iguales).

- La DM Tipo 1 hace a los adolescentes sentirse diferentes a sus iguales; este hecho alcanza una importancia tal que en muchas ocasiones favorece una pérdida de adherencia al tratamiento.

- Es preciso desarrollar sistemas de comunicación adecuados para esta etapa. Hay estudios que han demostrado la mayor eficacia que suponen algunos tipos de consultas médicas no tradicionales, como las citas "no presenciales", haciendo uso de las ventajas de las nuevas tecnologías (p.ej. consultas virtuales con los profesionales sanitarios; registros mediante aplicaciones móviles; grupos de apoyo online a través de las redes sociales…).

- El tratamiento de la DM Tipo 1 ha de estar fundamentalmente "centrado en el paciente", estableciendo consensos, haciendo uso del lenguaje no verbal y de los avances tecnológicos. La familia ocupa un segundo plano, sirviendo de apoyo al paciente, aunque su colaboración sigue siendo fundamental.

- Hay también que explorar los cambios que están sucediendo en el paciente a otros niveles, en lo relacionado con el ambiente escolar o laboral, los grupos de amigos, el entorno familiar y posibles cambios de vivienda.

- Es importante identificar aspectos del tratamiento de la DM Tipo 1 específicos de esta etapa que pueden influir en el control metabólico.

- Es necesario planificar la "transición" del paciente a las Unidades de Diabetes de adultos para el control posterior de su enfermedad. Para que la transición sea adecuada se requiere una estrecha colaboración entre las unidades pediátricas y las de adultos, que existan pautas consensuadas de tratamiento y objetivos de control. Es útil seleccionar en la Unidad de Diabetes de adultos a un especialista y educador/a que se centren en el seguimiento de los adolescentes con DM Tipo 1 y que se sean los que van a continuar el control de los pacientes que se trasfieran. Y finalmente, antes de que se trasfieran hay que explicar con antelación al paciente/familia cómo se va a hacer el cambio.

La transición desde las Unidades de Diabetes pediátricas a las de adultos debe realizarse de un modo progresivo y planificado, centrando la atención sobre el paciente mediante estrategias compartidas y contando con la colaboración de los familiares. La coordinación entre los profesionales de pediatría y de adultos, la educación grupal, el uso de nuevas tecnologías y el abordaje psicosocial, favorecen la adherencia y el seguimiento en esta fase de transición (Rica, Ferrer-García, Barrio, Gómez & Fornos, 2014).

CONCLUSIONES

La Diabetes Mellitus Tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la niñez y de la adolescencia.

Es importante conocer y comprender la complejidad psicosocial del periodo adolescente. No se puede obviar que los jóvenes con una enfermedad crónica, como es el caso de la diabetes, tienen que hacer frente a las mismas tareas de desarrollo y demandas típicas de su edad, al mismo tiempo que aprender a manejar y vivir con su enfermedad.

Los jóvenes con diabetes tienen mayor riesgo

de desarrollar problemas de índole emocional (ansiedad, depresión y TCA), principalmente en aquellos casos donde coexisten conflictos personales, familiares y sociales.

Las guías clínicas recomiendan un abordaje de corte cognitivo-conductual como tratamiento empíricamente validado. Investigaciones psicológicas recientes basadas en Mindfulness avalan la eficacia de este tipo de intervención de cara a mejorar la clínica emocional del paciente y la respuesta endocrina.

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados a lo largo de esta revisión teórica, se recomienda potenciar la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios que tratan a los jóvenes con diabetes (endocrinos, psicólogos, enfermeros de los programas de continuidad de cuidados…) con el objetivo de profundizar en el análisis de sus problemas de adherencia al tratamiento de su enfermedad. Es importante tratar de crear y mantener programas de tratamientos específicos con los pacientes en este rango de edad, y centradas en cada adolescente en particular, cuyo propósito sea que los profesionales sanitarios puedan fortalecer un vínculo con el adolescente que le pueda ayudar a potenciar sus estrategias de afrontamiento y autocuidado en el manejo de su enfermedad.

Se considera necesario subrayar que la transición desde las Unidades de Diabetes pediátricas a las de adultos debe realizarse de un modo progresivo y planificado, contando en todo momento con el paciente adolescente y su red de apoyo familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association. (2018). Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care, 42* (Supplement 1). https://doi.org/10.2337/dc19-s001

Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P., Adamson, U., & Johansson, U. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients—A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 77*(1), 72-80. doi: 10.1016/j.pec.2009.01.015

Brink, S. J., International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, & Novo Nordisk. (2010). *Diabetes in Children and Adolescents: Basic Training Manual for Healthcare Professionals in Developing Countries*. Bagsværd, Dinamarca: Novo Nordisk.

de Ornelas Maia, A., Braga, A., Paes, F., Machado, S., Carta, M., Nardi, A., & Silva, A. (2013). Comorbidity of Depression and Anxiety: Association with Poor Quality of Life in Type 1 and 2 Diabetic Patients. *Clinical Practice & Epidemiology In Mental Health, 9*(1), 136-141. doi: 10.2174/1745017901309010136

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. (2012). *Guía de práctica clínica sobre diabetes mellitus tipo 1*. Vitoria-Gasteiz

Hermoso López, F., Barrio Castellanos, R., Garcia Cuartero, B., Gómez Gila, A., González Casado, I., Oyarzabal Irigoyen, M., Torres Lacruz, M. (2013). Asistencia al niño y adolescente con diabetes. Unidades de referencia en diabetes pediátrica. *Anales de Pediatría, 78*(5), 335. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.10.001

Kabat-Zinn, J., & Garza, D. G. (2016). *Vivir con plenitud las crisis Ed. Revisada: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós, Editorial S.A

Luna, A., García y Barragán, L. (2014). El Modelo Trans teórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 7*(1), 49-58

Rica, I., Ferrer-García, J., Barrio, R., Gómez Gila, A., & Fornos, J. (2014). Transición del paciente con diabetes tipo 1 desde la Unidad de Diabetes pediátrica a la Unidad de Diabetes de adultos. *Avances en Diabetología, 30*(3), 80-86. doi: 10.1016/j.avdiab.2014.03.002

Rondón, J. E., & Lugli, Z. (2014). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18* (3), 193-207. doi: 10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12920

van Son, J., Nyklicek, I., Pop, V., Blonk, M., Erdtsieck, R., & Spooren, P. et al. (2012). The Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Emotional Distress, Quality of Life, and HbA1c in Outpatients with Diabetes (DiaMind): A randomized controlled trial. *Diabetes Care, 36*(4), 823-830. doi: 10.2337/dc12-1477

Whitebird, R., Kreitzer, M., & O'Connor, P. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spectrum, 22*(4), 226-230. doi: 10.2337/diaspect.22.4.226

"¿Y SI NO LA CUIDAN BIEN? A PROPÓSITO DEL DUELO INFANTIL"

Tamara Soto-López[1] y Nuria García-Barbacil[2]

[1]Hospital Universitario La Paz, [2]CSM El Escorial

Resumen: La pérdida de un miembro de la familia es el inicio de un proceso marcado por el dolor y la reorganización de múltiples aspectos de la vida. Cuando quien fallece es un hijo, la tragedia parece aún mayor. A la desolación de los padres y abuelos, se une la presencia de los que se han llamado "los grandes olvidados": los hermanos. El intento de protegerles del dolor se convierte en la negación de la información y de su participación en la despedida. A través de algunos fragmentos del trabajo sobre un caso de duelo infantil en una niña de 5 años, presentamos algunas recomendaciones para el abordaje de la muerte por parte de padres y profesionales. Nos centraremos en este trabajo en la comprensión del concepto de muerte en los niños de 3 a 6 años de edad. Se presentan algunas propuestas en este sentido.
Palabras clave: Duelo, Infancia, Muerte, Hermanos.

WHAT IF THEY DON'T TAKE GOOD CARE OF HER? ABOUT CHILD GRIEF

Abstract: The loss of a family member is the starting point for a process marked by pain that leads to changes in the daily lives. When the loss is of a child it is the greatest tragedy. Besides the grief of parents and grandparents is added the "great forgottens": the siblings. The efforts towards their protection become a denial of reality and also of their involvement in the farewell process. Through some parts of the report of the case of a five-year-old child, we present some advice on the approach to death by parents and professionals. We focus on understanding the concept of death by children between 3 and 6 years. Some proposals will be presented in this regard.
Key words: Grief, Childhood, Death, Siblings.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del duelo en la infancia es uno de esos aspectos tradicionalmente negados en la psicología infantil. Tradicionalmente se ha creído que los niños no atravesaban procesos de duelo ante la pérdida de un ser querido hasta edades avanzadas. Sin embrago, hoy sabemos que, a partir de la adquisición de la permanencia del objeto, comienza a desarrollarse la comprensión de la posibilidad de la pérdida (Romeo Biedma, 2011), si bien las manifestaciones del duelo pueden ser anteriores a este periodo.

Por otra parte, los niños no escapan a la universalidad del fenómeno del duelo. Perder a figuras relevantes a lo largo de la vida supone un fenómeno natural e inevitable. Tanto es así, que se calcula que uno de cada veinte niños en Estados Unidos ha sufrido la pérdida de uno de sus padres a los 16 años de edad (Schonfeld y Demaria, 2016). Abordar la muerte con un niño remite a la propia muerte, nos plantea preguntas incontestables y nos coloca frente a la innegable incertidumbre de la vida. En gran medida esto hace que la muerte y el duelo supongan tabús fundamentales, especialmente en las sociedades occidentales. Esta situación coloca a los niños, especialmente a los más pequeños, en una situación de confusión e incertidumbre, donde muchas veces no pueden sentirse acompañados y comprendidos por los adultos, por lo que las fantasías y el modo de pensamiento propio de su

nivel de desarrollo cognitivo terminan tomando las riendas, dificultando la elaboración de la pérdida. Por todo ello, se ha hablado de los hermanos como "los dolientes olvidados" (Rando, 1986), relegados de la legitimidad de su dolor.

Es por esto por lo que consideramos que el abordaje de la enfermedad y la muerte en la infancia, especialmente cuando se trata de hermanos, no puede continuar siendo patrimonio exclusivo de los adultos. Resulta fundamental que los profesionales sanitarios podamos atender las necesidades de los más pequeños y sus familias en momentos tan dolorosos, afrontando la realidad de la pérdida y acompañándolos en la elaboración del duelo. En este proceso debemos mantener siempre presente la Psicología Evolutiva, y las características del periodo de desarrollo cognitivo en que se encuentren los niños, que determinará el grado de comprensión que pueden alcanzar sobre la pérdida y la muerte.

Comenzamos nuestro trabajo al conocer a Diana, una niña de 5 años de edad a la que atendemos en las consultas de Salud Mental en un Hospital Infantil general, de carácter público. Diana acude por primera vez a consultas un año después del fallecimiento de su hermana menor, Cristina. Cuando Cristina contaba con 14 meses de edad, manifiesta síntomas muy graves de una enfermedad genética incompatible con la vida, y tras varios meses hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, finalmente fallece. Los padres de ambas se encuentran en tratamiento por parte del mismo equipo desde el comienzo de la enfermedad de la hija. En el momento de la consulta, la pareja manifiesta su preocupación por Diana, una niña encantadora y alegre que en ese momento comienza a presentar una irritabilidad intensa, con momentos de enfado frecuentes, así como una intensa ansiedad de separación (especialmente respecto a su madre, marcada por miedo a quedarse al cuidado de otras personas, que dificulta la asistencia al colegio, y negativas a dormir sola). El momento de la consulta coincide con el primer aniversario de la muerte de Cristina, así como con la reincorporación laboral de la madre tras un periodo de incapacidad laboral temporal.

MÉTODO

Durante cuatro meses, se llevan a cabo sesiones individuales de trabajo con Diana con frecuencia quincenal con una compañera distinta del equipo de la terapeuta de referencia de los padres. De forma previa y al final de las sesiones individuales, se realizan dos sesiones conjuntas con los padres.

Durante las sesiones individuales, se ponen de manifiesto dificultades en la elaboración del duelo en Diana y en el entorno familiar. Esto motiva una revisión de diferentes textos, así como la consulta y supervisión del caso en equipo, con los objetivos de incrementar el conocimiento grupal acerca de la comprensión y el manejo del concepto de muerte por parte de los profesionales, especialmente respecto a niños del rango de edad de Diana. Se trata de un tema escasamente estudiado a nivel psicopatológico. Además, por sus características, parece especialmente indicado el acercamiento desde una perspectiva evolutiva.

Todo ello motiva además una reflexión grupal acerca de los cambios culturales que se han producido en nuestra sociedad en las últimas décadas, que redundan en el alejamiento tanto de la idea como de la realidad de la muerte en la población infantil, en un intento desde el mundo adulto por protegerles, lo que sin embargo termina convirtiéndose en equivalente de la negación de la pérdida.

RESULTADOS

Respecto a las características de la vivencia de la muerte en los niños de los 3 a los 6 años de edad, basándonos en la Guía editada por la Fundación Mario Losantos del Campo (2016), podemos señalar que se va desarrollando una comprensión gradual de la idea de muerte, combinada con deducciones e interpretaciones basadas en la fantasía (que, en esta edad, y con base en el pensamiento egocéntrico y mágico que caracteriza a esta etapa). Existe una representación del concepto de muerte, pero "lo muerto" es representado como aquello inanimado, con frecuencia personificado en esqueletos, fantasmas o espíritus.

Por otra parte, los niños se encuentran en este periodo en la etapa de los "¿por qué?", y esto hace que se acerquen a la muerte a través del intento de comprender qué hacen los muertos o cómo deben sentirse. Y es que se atribuyen a la muerte funciones definitorias de la vida.

El hecho de que esto ocurra tiene que ver con la adquisición sólo parcial de los conceptos fundamentales en la comprensión de la muerte (que serían necesarios, pero no suficientes para alcanzar

una comprensión completa), que se alcanzarían plenamente de forma natural en torno a los 9 o 10 años. En cambio, en los niños que han sufrido pérdidas tempranas o un proceso de duelo por el fallecimiento de una mascota, se ha observado una aceleración en la comprensión de estos conceptos. Se encuentran cuatro conceptos fundamentales (Willis, 2002): irreversibilidad, finalización de las funciones, inevitabilidad y causalidad.

La irreversibilidad hace referencia a la comprensión de que la muerte es un fenómeno sin recuperación o retorno. En esta edad, como le ocurre a Diana, es frecuente que mantengan la idea de reencontrarse, en relación con la imposibilidad para comprender ideas tan abstractas como la de "eternidad". Diana en ocasiones les ha dicho a sus padres que quiere morir para volver a ver a su hermana. Lógicamente, ellos se han asustado mucho, si bien parece que esta expresión tendría que ver con la dificultad en comprender la irreversibilidad.

La finalidad hace referencia a que con la muerte cesan todas las funciones asociadas a la vida. El título de este trabajo hace referencia a la primera sesión con Diana, en que ella expresa su miedo a que Cristina, que estaba aprendiendo a caminar, se caiga y tropiece si no la cuidan bien en el cielo. En esta comprensión influye no solo el propio estadio evolutivo, sino también la ambigüedad de algunos de los mensajes que reciben (por ejemplo: "está contigo, te quiere y te cuida desde el cielo, donde está con otros seres queridos"), que incrementan la tendencia a la personificación, -en el caso de Diana mediante el miedo a los fantasmas, representados como dibujos animados-). Sería importante transmitir que la persona querida permanece en nuestro recuerdo, pero no tiene ya funciones físicas, no continúa viviendo en el cielo.

La comprensión de la muerte como fenómeno universal e inevitable suele conllevar la aparición de un miedo intenso al fallecimiento de otras personas queridas, ya que en los niños de esta edad comprender que vamos a morir suele ir unido a la idea de la inmediatez de la muerte. En los niños de esta edad, se suele aludir al recurso de la postergación (Fundación Mario Losantos del Campo, 2016), transmitiendo que moriremos de forma habitual después de mucho tiempo, si nos ponemos enfermos, etc., y pudiendo introducir cierta incertidumbre.

Por otra parte, la idea de la causalidad pone de manifiesto que la muerte tiene una causa física, que es necesario explicar (al margen de que decidan proporcionarse otras explicaciones de carácter espiritual y religioso). Debemos tratar de proporcionar explicaciones realistas, de forma adaptada al nivel de comprensión. Las explicaciones abstractas favorecen el desarrollo de las fantasías y la culpa. La transmisión de ideas simples, con el objetivo de tranquilizar (p.ej., "se quedó tranquilo, dormido") pueden favorecer que la idea de la muerte se asocie a un detalle o estado y disparen el temor a, por ejemplo, quedarse dormido.

Las manifestaciones del duelo son tan variables en los niños como pueden serlo para los adultos. Siguiendo a Kröen (2002), algunas de las expresiones más habituales son: la negación (manifestada habitualmente en forma de agresividad e incremento del juego), la idealización (como forma de mantener la relación con la persona querida), el miedo y la vulnerabilidad, así como la tendencia a ocuparse de los demás, tratando de proteger a los cuidadores. Ocupa un lugar destacado la presencia de la culpa, bien por sobrevivir, bien por haber podido provocar el fallecimiento. Será necesario explorar si existe culpabilidad, reasegurando y calmando al respecto.

Existen, por otra parte, diferencias importantes respecto a las expresiones de duelo habituales en adultos (Fundación Mario Losantos del Campo, 2016): los estados internos en los niños son más alternantes e intermitentes que en los adultos, lo que hace a veces difícil que se perciba su duelo. La elaboración es en general más rápida, y el sentido de pérdida es más concreto que en los adultos (remitiendo a lo que les afecta a ellos más que en un sentido global), Además, hay un mayor mantenimiento de las actividades frente a los adultos ante un duelo. La preservación de las rutinas supone además un factor protector para los niños en duelo.

En los niños, en muchas ocasiones el duelo se va a manifestar de forma indirecta. En los niños entre los 2 y 5 años son frecuentes los comportamientos de regresión a etapas anteriores del desarrollo (Trujillo Terán, Milena Rodríguez y Moreno Patiño, 2010). Como signos de alarma, se recoge la presencia, como en el caso de Diana, de ansiedad incapacitante ante la separación, los miedos intensos o pesadillas recurrentes y la presencia de síntomas depresivos, la negativa a comer o los trastornos del sueño (García Ledesma, Mellado Cabrera y Santillán Torres, 2010).

La mayoría de los duelos en la infancia se pueden resolver de una forma normal, aunque son frecuentes algunas dificultades en el tratamiento de la pérdida que pueden afectar al proceso. Podemos señalar un primer factor tiene que ver con el tabú cultural en torno a la muerte, que ha supuesto un cambio en el afrontamiento de las pérdidas en las sociedades occidentales en los últimos años. Los niños aprenden rápidamente que la muerte es algo de lo que no se debe hablar. Se ha perdido además la participación de los niños en los funerales y actos de despedida.

Por otra parte, se pone en marcha lo que hemos llamado la "dinámica del miedo a dañar": las preguntas de los niños en duelo sobre la muerte y el fallecido suelen generar importantes reacciones emocionales en los adultos, provocando que los niños puedan pensar que sus preguntas son malas o hacen daño y las repriman. Desde la perspectiva de los adultos, se percibe que los niños continúan jugando y riendo, lo que hace difícil ser conscientes de que están atravesando un proceso de duelo. Además, bajo el telón de fondo cultural, se trata de evitar el sufrimiento de los niños, creyendo que hablar sobre el fallecimiento va a generarles daño innecesario y reacciones emocionales intensas. Así se entra en una dinámica que hace que convierte la pérdida en tabú. Esto supone mayor confusión en los niños, que están en una situación nueva, ante la que recurrirían a los adultos para encontrar respuestas, y muchas veces no sienten que haya alguien disponible. Para los niños es además especialmente difícil ver a los padres sufriendo, y a menudo tratan de cuidarles, darles apoyo y, sobre todo, no preocuparles.

Cuando es posible hablar de lo ocurrido, hay que tener en cuenta que afrontar el duelo de los niños remite además a nuestra propia muerte, por lo que se tiene a usar eufemismos, metáforas y abstracciones que dificultan la elaboración del duelo.

Los niños en duelo deben afrontar además pérdidas secundarias que se dan junto a la muerte del ser querido (Cunill, Serdà, Royo y Aymerich, 2017). En el caso de Diana, además de los cambios en su vida diaria, debe afrontar la pérdida parcial de sus padres, también tristes, vulnerables y afrontando su propio duelo.

Por último, cabe destacar que, en los niños, ante los avances en el desarrollo cognitivo y en la experiencia, puede surgir nuevamente la necesidad de reelaborar el duelo hasta llegar a una comprensión completa.

Cabe destacar que, si se consigue una buena elaboración del duelo en un contexto de apoyo, puede favorecer el sentimiento de resiliencia y la capacidad para el afrontamiento en momentos difíciles posteriormente (Schonfeld y Demaria, 2016).

En el caso de Diana, tras varios meses de trabajo en sesiones individuales, que suponían un espacio íntimo de escucha y contención emocional, se consiguió una mejoría en su funcionamiento cotidiano. Pudo asistir nuevamente a clase con normalidad, así como volver a dormir en su propia habitación. Por otro lado, gracias al trabajo con los padres en su propio duelo, y a través de dos sesiones con la familia, se produjo una mejora en la comunicación familiar, donde Diana comenzó a expresar en palabras aquello que le preocupaba tras el fallecimiento y los padres, a su vez, tranquilizarla. En todo este trabajo, fueron muy importante las técnicas expresivas, a través de la realización de dibujos, el modelado de figuras. Se utilizaron también materiales en vídeo y cuentos como una forma de favorecer la expresión emocional. Además, se realizó orientación a los padres acerca del manejo en el domicilio, tanto de forma directa en consulta como a través de la oferta de material bibliográfico y películas.

CONCLUSIONES

En base a todo lo anterior, es posible presentar algunas recomendaciones generales en el abordaje del duelo con los niños. En el entorno familiar, es importante proporcionar información suficiente, de forma adaptada, evitando ocultar el fallecimiento a los niños. También, permitir que los niños, si lo desean, puedan participar en los ritos funerarios, de forma que se facilite la despedida. Así mismo, favorecer su expresión emocional, permitiendo igualmente la nuestra, ayudará en la elaboración del duelo. Es importante mantener una cierta tolerancia ante algunos comportamientos diferentes o negativos, especialmente al comienzo. Por otra parte, los niños suelen necesitar elementos tangibles que les ayuden en los procesos de elaboración. Por ello, es importante permitir y favorecer su expresión mediante los juegos. La preservación de las rutinas en la mayor medida posible va a ser importante al favorecer la sensación de dominio; en base al pensamiento sincrético propio de esta edad, serán útiles en momentos de tensión emocional (De Hoyos López, 2015).

Para los profesionales, es importante que podamos ofrecer a los niños en esta situación

espacios privados de escucha, al margen de la necesidad de proteger a sus cuidadores. Debemos proporcionar una relación cálida y confiable, de forma que podamos funcionar como figuras disponibles para la expresión del duelo, pero no tan implicadas como para desbordarnos ante su dolor.

Un elemento fundamental del trabajo será explorar el sistema de creencias del niño, sus significados, emociones e interpretaciones. Una buena manera de hacerlo será a través de preguntas abiertas, que permitan explorar y ampliar las narrativas tanto del niño como de la familia. En relación con la frecuencia de malentendidos y las dificultades con la abstracción que hemos mencionado, es importante que en la comunicación con niños en duelo no demos por sentado los significados, parándonos a explorar de qué manera el niño está dando sentido a la experiencia de la pérdida.

Por otra parte, como hemos mencionado, las técnicas expresivas son muy útiles porque permiten expresar y separar los problemas de ellos mismos. Por ejemplo, las historias permiten sugerir opciones, validar, conmemorar, etc. Y también mediante juegos de personificación, que permiten que se muevan en el tiempo, que desempeñen diferentes roles.

DISCUSIÓN

El trabajo terapéutico en el duelo infantil se va a centrar en facilitar la elaboración del proceso de duelo. Es importante ayudar a los niños en duelo a expresar y comprender, así como ofrecerles información y explicaciones ajustadas. Una parte fundamental tiene que ver con facilitar orientación a la familia en el manejo de la pérdida, desde la validación y el respeto a sus propios recursos personales y modos de afrontamiento natural en momentos tan dolorosos.

La pérdida de un miembro de la familia, máxime cuando ésta sucede a una edad muy temprana, supone un evento potencialmente traumático en la esfera familiar. El apoyo por parte de los profesionales sanitarios y el acompañamiento en la elaboración del duelo puede favorecer las redes naturales de apoyo, la expresión emocional y la comunicación; en definitiva, potenciar la capacidad de resiliencia de la familia.

Para ello, es necesario que los profesionales podamos contar con suficientes conocimientos acerca del desarrollo normal y sus desviaciones en la infancia, así como acerca de los signos de alarma en el duelo. Debemos trabajar explicitando algunos de los mitos y creencias en torno a la muerte aceptados socialmente y rescatar la atención hacia los frecuentemente grandes olvidados en el duelo en la familia, los hermanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cunill, M., Carles, B., Royo, J., y Aymerich, M. (2017). Modelo IDA para la intervención en duelo infantil. *Psicosomática y psiquiatría, 1*(1), 6-14. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6114011.pdf

De Hoyos López, M.C. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? *Acta Pediátrica Española, 73*(2), 27-32. Recuperado de https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/revision/download/1438_8cb03cab4c321a0ac822b0f851661d47

Fundación Mario Losantos del Campo (2016). Hablemos de duelo: *Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Recuperado de: https://www.fundacionmlc.org/wp-content/uploads/2018/12/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf

García Ledesma, R.I., Mellado Cabrera, A., Santillán Torres, L., (2010). Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología, 15,* (23), 58-67. Recuperado de:. https://www.researchgate.net/publication/317460429_Perdida_y_duelo_infantil_una_vision_constructivista_narrativa

Kroen, W. (2002). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. Barcelona: Editorial Oniro.

Rando, T. A. (1986). *A comprehensive analysis of anticipatory grief: Perspectives, processes, promises, and problems*. In T. Rando, (Ed.), Loss and anticipatory grief (pp. 1 – 36). New York: Lexington Books.

Romeo Biedma, F.J. (2011): *"Los niños y niñas y la muerte" en Nuestro rincón del 0-6 - Acento, 60,* 17-21. Recuperado de: http://www.espiralesci.es/wpcontent/uploads/2011/12/ROMEO_BIEDMA_F_J_2011_Los_ninos_y_ninas_y_la_muerte.pdf

Schonfeld, D.J., y Demaria, T. (2016). Supporting the Grieving Child and Family. *Pediatrics. 138* (3). doi: 10.1542/peds.2016-2147.

Trujillo Terán, L. A., Milena Rodríguez, F., y Moreno Patiño, S.L. (2010). Elaboración del

duelo: una aproximación desde el punto de vista infantil. *Pensando psicología, 4*(6-7), 81-87. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/233388831_Elaboracion_del_duelo_una_aproximacion_desde_el_punto_de_vista_infantil

Willis, C.A. (2002). The Grieving Process in Children: Strategies for Understanding, Educating, and Reconciling Children's Perceptions of Death. *Early Childhood Education Journal, 29*(4). doi: 10.1023/A:1015125422643

PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

ONLINE GROOMING: CASOS DE MENORES INFRACTORES

Miguel Ángel Alcázar-Córcoles
Universidad Autónoma de Madrid

Resumen: En este capítulo se hará una presentación de dos casos debidamente anonimizados de menores infractores que cometieron delitos relacionados con el grooming y las nuevas tecnologías. Uno de ellos tiene poco más de 14 años y el otro poco menos de 18 años de edad. Esta representatividad en cuanto a la edad también se traslada a la gravedad de la conducta infractora toda vez que el de menor edad fue responsable de un "Delito de descubrimiento y revelación de secretos y de una Falta de injurias" empleando las nuevas tecnologías. Esta conducta infractora se puede enmarcar dentro de la tipología del delito de sexting. Por su parte, el de mayor edad, fue responsable de varios delitos de amenazas y de agresión sexual, que requirieron la adopción de una medida cautelar por un periodo de nueve meses, consistiendo en un internamiento en régimen abierto junto con un alejamiento de la víctima.
Palabras clave: grooming online, sexting, menores infractores, justicia juvenil, Psicología forense.

ONLINE GROOMING: FILES OF JUVENILE OFFENDERS

Abstract: In this chapter there will be a presentation of two anonymized cases of juvenile offenders who committed crimes related to grooming and new technologies. These two minors represent the two age poles of juvenile justice (from 14 to 18 years old), one of them is just over 14 years old and the other one is less than 18 years old. This representativeness regarding age also translates to the seriousness of the offending behavior since the minor was responsible for a "Crime of discovery and disclosure of secrets and a lack of insults" using the new technologies. This offending behavior can be framed within the typology of the crime of sexting. The oldest was responsible for several crimes of threats and sexual assault, which required the adoption of a precautionary measure for a period of nine months, consisting of an open-ended internment along with a departure from the victim.
Key words: onlinge grooming, sexting, juvenile offenders, juvenile justice, forensic psychology.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual de menores es un problema social grave (Sanjuán, 2019). La exposición de los menores a situaciones que favorecen o incrementan el riesgo de ser victimizados aumenta exponencialmente con internet y el teléfono móvil. El término *sexting* se utiliza para denominar el intercambio de mensajes o material *online* con contenido sexual (Gámez-Guadix, De Santisteban, y Alcázar-Córcoles, 2017; Sanjuán, 2019). Por su parte, el online grooming se ha definido como el proceso por el cual un adulto, empleando las nuevas tecnologías, prepara a un menor para obtener material sexual (imágenes, vídeos) o abusar sexualmente de él (Gámez-Guadix, De Santisteban, y Alcázar-Córcoles, 2017; Smith y Steffgen, 2013).

Según los datos del Ministerio del Interior en el año 2017 se realizaron 2.286 denuncias sobre delitos cibernéticos contra menores de edad (Sanjuán, 2019).

En este capítulo se presentan dos casos de menores infractores convenientemente anonimizados. En cada caso se han omitido datos irrelevantes, se han cambiado los lugares, los nombres, las fechas, las edades y cualquier otro dato que no sea necesario para la comprensión de los casos. De hecho, son casos que se han recreado para este capítulo, quitando realidad y añadiendo ficción. Por tanto, cualquier parecido con la realidad será pura coincidencia.

Los dos menores fueron detenidos por delitos de carácter sexual utilizando las nuevas tecnologías: sexting y online grooming. En cada caso se analiza la situación familiar, escolar o laboral, y la psicológica, con la propuesta de la medida que el equipo técnico (compuesto por un psicólogo/a, educador/a, y trabajador/a social) considera más adecuada para que el sistema de justicia juvenil adopte con el menor con el fin último de mejorar su adaptación social y disminuir el riesgo de reincidencia (Alcázar-Córcoles, 2018; Alcázar, Verdejo, y Bouso, 2009; Alcázar, Bouso, y Verdejo, 2015; Alcázar-Córcoles, Verdejo-García, Bouso-Sáiz, Revuelta-Menéndez, Ramírez-Lira, 2017; Alcázar-Córcoles, et al., 2019, en prensa; Ley Orgánica 5/2000; Ley Orgánica 8/2006).

MÉTODO

Se presentan dos estudios de caso, anonimizados y recreados para la exposición en el IV Congreso Nacional de Psicología (del 21 al 24 de julio de 2019 en la ciudad de Vitoria-Gasteiz organizado por la Psicofundación y el Consejo General de la Psicología de España) y su posterior publicación en este libro de capítulos digital. Se han omitido los datos personales, cambiados los nombres y lugares y han sido recreadas las circunstancias sin que se traicione lo que cada caso ejemplifica del fenómeno estudiado (Alcázar-Córcoles, 2018; Alcázar, Verdejo, y Bouso, 2009).

RESULTADOS

En este apartado se trascriben los informes del equipo técnico de una fiscalía y juzgado de menores de cada uno de los dos casos estudiados, correspondientes al artículo 27.1 de la ley orgánica 5/2000 (Alcázar-Córcoles, 2018; Alcázar, Verdejo, y Bouso, 2009).

CASO 1

EQUIPO TÉCNICO
FISCALIA Y JUZGADO DE MENORES
S O R I A

INFORME FORENSE DEL EQUIPO TÉCNICO

- Expedientes de reforma: 1/15.
- Menor: AF
- DNI:

- Fecha de nacimiento / edad: / 14 años

- Hechos que motivaron el expediente:

Delito de descubrimiento y revelación de secretos. Falta de injurias (x-06-2015).

- Intervenciones realizadas el x /9 /15:

- Estudio del Expediente.
- Consulta de los archivos del Equipo Técnico: no le consta ninguna otra intervención.
- Entrevista semiestructurada con el menor.
- Entrevista semiestructurada con sus padres que aportan a la entrevista:
- Certificado de notas de 1º y 2 º de la ESO de los cursos 2013/14 y 2014/15 del IES *Vvv* (pueblo) fechado el x de septiembre de 2015.

DATOS PERSONALES Y FAMILIARES

- Nombre y apellidos: AF
- Fecha y lugar de nacimiento: 14 años. Pueblo (Soria).
- Domicilio: c/. Pueblo (Soria).
- Teléfono: (domicilio), (padre).

- Nombre y apellidos del padre: J.
- Fecha de nacimiento/edad: 50 años.
- Situación actual: dueño de una empresa.
- Nombre y apellidos de la madre: MS
- Fecha de nacimiento / Edad: 50 años.
- Situación laboral: dueña de otra empresa.

- Hijos: 4
- Hermanos:

- N, 26 años.	Administrativa.
- J, 23 años.	Empleado en un hospital en Inglaterra.
- P, 20 años.	Estudia grado universitario de económicas.

- Lugar que ocupa el menor: 4

1. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

Los entrevistados manifiestan que el menor cumple con las normas que le imponen sin tener ningún problema de convivencia ni en el núcleo familiar ni en el pueblo donde residen.

Los padres dicen que la organización de la familia es convencional sin existir ningún problema en la dinámica familiar.

Los entrevistados manifiestan que el menor fue castigado y regañado por sus padres entendiendo el menor lo inadecuado de su comportamiento y las consecuencias que para la denunciante pudo tener. El menor dice que estaría dispuesto a pedir disculpas ante la denunciante y sus padres comprometiéndose a no volver a realizar conductas similares. En este sentido, manifiesta que si no lo ha hecho es por temor a cómo podría ser interpretado cualquier acercamiento suyo a la denunciante o a su familia.

La vivienda donde reside la familia, dicen los padres que es en propiedad, teniendo en los bajos una de las tiendas que tiene la familia y que es atendida por su madre. Esta vivienda, manifiestan los padres, que reúne todas las características necesarias para ser el domicilio de la unidad familiar compuesta por los padres y sus hijos excepto J. que lleva residiendo por motivos laborales un año en Inglaterra.

2. SITUACIÓN ESCOLAR-LABORAL

Los entrevistados presentan un certificado del instituto con las notas del curso 2013/14 en las que aprobó todas las asignaturas de 1º de la ESO suspendiendo solamente inglés. En el curso pasado, sin embargo, suspendió todas las asignaturas de 2º de la ESO excepto ciencias sociales, educación para la ciudadanía e inglés. Los entrevistados dicen que ha estado estudiando con clases particulares durante el verano pero no ha podido recuperar en septiembre por lo que este curso repite 2º de la ESO.

Los entrevistados manifiestan que aparte de este bajón de rendimiento en 2º de la ESO no ha tenido ningún problema de convivencia o disciplina en el ámbito escolar sin haber sido expulsado nunca del instituto.

En la entrevista el menor muestra su deseo de obtener el título de secundaria y después hacer un grado medio de mecánica.

3. SITUACIÓN PSICOLÓGICA

AF se presenta tranquilo y colaborador, estableciéndose buena relación comunicativa en la situación de entrevista.

En la entrevista clínica, no se observa ninguna dimensión que alcance significación forense relevante.

Los entrevistados dicen que el menor compite en carreras de coches desde los 7 años (el padre también compitió de joven) habiendo ganado varios campeonatos en Castilla y León y a nivel nacional, estando actualmente compitiendo en una categoría superior a la correspondiente por edad. Además, también entrena en el equipo local de fútbol, aunque no compite al ser los partidos en fin de semana igual que las carreras. El padre manifiesta que hace unos años fundó una empresa para suministro de neumáticos a las carreras por lo que suele ir todos los fines de semana a las carreras bien porque corra su hijo o porque tengan que trabajar a lo que también le acompaña su hijo. Por este motivo los entrevistados dicen que el menor no sale los fines de semana y niegan que consuma o haya consumido alcohol o cualquier otra droga.

VALORACIÓN

- La personalidad de AF, por impresión clínica, es compatible con la normalidad dentro de su grupo de edad.
- El menor está repitiendo 2º de la ESO.
- Familia nuclear que se considera adecuada para ser soporte de cualquier medida en su medio que se considerara adoptar.

CONCLUSIÓN FORENSE

Atendiendo a que pudiera cumplirse lo dispuesto en el art. 18 de la LO 5/00 y a que se estima que se cumple lo dispuesto en el art. 27.4 de la LO 5/00, se realiza la siguiente,

ORIENTACIÓN

Por todo lo dicho, en caso de ser ciertos los hechos, se propone la conveniencia de no continuar la tramitación del expediente por haber sido expresado suficientemente el reproche al mismo a través de los trámites ya practicados, en interés del menor AF.

Soria, a 1 de septiembre de 2015

Fdo: PS-007
Psicólogo del equipo técnico

CASO 2

EQUIPO TÉCNICO
FISCALIA Y JUZGADO DE MENORES
S O R I A

INFORME FORENSE DEL EQUIPO TÉCNICO (MEDIDA CAUTELAR, URGENTE)

- Expedientes de reforma: 2/15.
- Menor: RS
- DNI:

- Fecha de nacimiento / edad: / casi 18 años

- Hechos que motivaron el expediente:

Delito de abusos sexuales / violación / coaciones (chantaje) / grooming (x-06-2015).

- Intervenciones realizadas el x / 9 / 15:

- Estudio del Expediente.
- Consulta de los archivos del Equipo Técnico: no le consta ninguna otra intervención.
- Entrevista semiestructurada con el menor.
- Entrevista semiestructurada con sus padres que aportan a la entrevista:
- Certificado de notas de bachillerato del IES Vvv (pueblo) fechado el x de septiembre de 2015.

DATOS PERSONALES Y FAMILIARES:

- Nombre y apellidos: RS
- Fecha y lugar de nacimiento: casi 18 años. Pueblo (Soria).
- Domicilio: c/. Pueblo (Soria).
- Teléfono: (domicilio), (padre).

- Nombre y apellidos del padre: J.
- Fecha de nacimiento/edad: 50 años.
- Situación actual: profesor de bachillerato.

- Nombre y apellidos de la madre: MS
- Fecha de nacimiento / Edad: 50 años.
- Situación laboral: maestra en primaria.

- Hijos: 3
- Hermanos:

- N, 20 años. Estudiante universitario.
- J, 19 años. Estudiante universitario.

- Lugar que ocupa el menor: 3

1. SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

Los entrevistados manifiestan que el menor cumple con las normas que le imponen sin tener ningún problema de convivencia ni en el núcleo familiar ni en el pueblo donde residen.

Los padres dicen que la organización de la familia es convencional sin existir ningún problema en la dinámica familiar.

La vivienda donde residen dicen los padres que es en propiedad. Esta vivienda, manifiestan que reúne todas las características necesarias para ser el domicilio de la unidad familiar compuesta por los padres y sus hijos excepto el mayor que estudia en otra provincia.

2. SITUACIÓN ESCOLAR-LABORAL

Los entrevistados presentan un certificado del instituto con las notas del último curso de 2º de bachillerato.

Los entrevistados dicen que no ha tenido ningún problema de disciplina o de rendimiento en toda su historia escolar.

En la entrevista el menor muestra su deseo de obtener el título de bachillerato y después cursar un grado universitario de maestro o relacionado con las ciencias sociales, como trabajo social.

3. SITUACIÓN PSICOLÓGICA

RS se presenta tranquilo y colaborador, estableciéndose buena relación comunicativa en la situación de entrevista.

En la entrevista clínica, no se observa ninguna dimensión que alcance significación forense relevante.

Los hechos (presuntamente) cometidos los realiza en repetidas ocasiones y con diferentes víctimas. Muestra escasa o nula empatía con las víctimas, las cuales son tratadas como objetos. El menor dice que no son víctimas "porque a ellos les gustaba".

No se identifica ningún estresor específico circunstancial que se vincule con el inicio o el mantenimiento de las conductas. El menor manifiesta que empezó como un juego en internet (hacerse pasar por otro / otra) sin ninguna intencionalidad. Pero que debido a que le empezó a salir bien, "me di cuenta de que podía convencer a los demás y quedar con ellos. Y eso me gustaba".

El menor dice sentirse apoyado por sus padres, hermanos y por su novio.

VALORACIÓN

- Se debe valorar la personalidad del menor en mayor profundidad.
- El menor ha sido un alumno brillante.
- Familia nuclear que se considera adecuada para ser soporte de cualquier medida en su medio que se considerara adoptar.

CONCLUSIÓN FORENSE

En caso de ser ciertos los hechos, se recomienda la medida de internamiento en régimen terapéutico cerrado.

Fdo: PS-007
Psicólogo del equipo técnico

RESOLUCIÓN DEL JUEZ DE MENORES

Medida de internamiento en régimen ABIERTO, de carácter cautelar (máximo 6 meses) hasta la celebración de la audiencia.

INFORMES DE SEGUIMIENTO (VERBALES) DEL CENTRO DE INTERNAMIENTO DE RÉGIMEN ABIERTO

- Muy buena adaptación al centro.
- Muy manipulador.
- El caso y el perfil más difícil que han visto. Consideran que su centro no es el adecuado.
- El primer permiso de fin de semana que se le concedió funcionó perfectamente en las fiestas patronales de un pueblo cercano al suyo.
- Al realizar la entrevista de llegada del permiso reconoció al director del centro que contactó con otro chico (lo tenía prohibido) y que fantaseó con tener relaciones sexuales en un escenario como los denunciados.

DISCUSIÓN

Se han presentado dos casos que se encuentran en los dos polos de edad de la jurisdicción de menores infractores. Por una parte, un caso de un niño de 14 años que se resolvió con el archivo del caso, por cuanto sus circunstancias eran normalizadas y la infracción fue puntual en su trayectoria vital. Se valoró que había un muy bajo riesgo de reincidencia toda vez que el menor reconoció su responsabilidad, mostró empatía con la víctima hasta el punto de estar dispuesto a ofrecer sus disculpas y fue debidamente corregido en el ámbito familiar (Alcázar, Verdejo, y Bouso, 2015; Alcázar et al., 2019). De hecho, hasta donde se sabe, este menor nunca reincidió ni tuvo ninguna otra conducta delictiva que requiriese la actuación del sistema de justicia juvenil. Por el contrario, el segundo caso presentado, corresponde a un joven próximo a cumplir la mayoría de edad, lo que hubiera supuesto su enjuiciamiento como un adulto. En este caso, el joven llega al delito por la facilidad en la simulación de la identidad en las redes sociales, con lo que pudo contactar con gran facilidad con sus víctimas (Gámez-Guadix, De Santisteban, y Alcázar-Córcoles, 2017). Una vez consumados y descubiertos sus delitos no es capaz de empatizar con las víctimas, considerando que ellas también disfrutaron de sus encuentros sexuales forzados mediante su chantaje. Todo ello aconseja mantener una intervención restrictiva de su libertad y continuada en el tiempo por parte del sistema de justicia juvenil con el fin de evitar que el joven prosiga con este tipo de delitos (Alcázar-Córcoles, 2018; Alcázar-Córcoles, et al., 2017, 2019).

CONCLUSIONES

La justicia juvenil ha de responder de manera individualizada a todos los menores (de 14 a 18 años) que hayan cometido alguna infracción penal (falta o delito) y para ello la ley orgánica de responsabilidad penal de los menores (LO 5/00) establece que todos los menores de los que el ministerio fiscal abra un expediente de reforma (investigación penal) tendrán que ser informados por un equipo técnico compuesto por un psicólogo/a, educador/a, trabador/a social. En este informe se pondrán de manifiesto las circunstancias de los menores infractores con la indicación de la medida que el equipo técnico considera más oportuna. Pues bien, en los nuevos delitos que emergen con el uso de las nuevas tecnologías, será de vital importancia ese preceptivo informe del equipo técnico con especial atención a la parte psicológica que deberá ilustrar a la autoridad judicial sobre el perfil del menor infractor con el fin de adoptar la medida más adecuada para su resocialización evitando la reincidencia.

Se ha de tener presente que con estas nuevas tipologías delictivas están aflorando perfiles de menores compatibles con la normalidad pero que son capaces de realizar conductas infractoras de gravedad, como este capítulo ha querido poner de manifiesto, gracias a los dos casos presentados.

Este capítulo ha sido financiado por el proyecto RTI2018-101167-B-I00, titulado "FACTORES DE RIESGO Y AJUSTE PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE ONLINE GROOMING DE MENORES: UN ESTUDIO LONGITUDINAL" de la convocatoria 2018 de los "Proyectos de I+D Retos Investigación" del Programa Estatal de I+D+i Orientada a los Retos de la Sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcázar-Córcoles, M. A. (2018). *En la Mente del Menor Delincuente. Casos de Psicología Forense de Menores Infractores*. Barcelona: Editorial UOC.

Alcázar Córcoles, M. A., Verdejo García, A., Bouso Sáiz, J. C. (2009). El psicólogo forense en el equipo técnico de la jurisdicción de menores. Propuesta de protocolo de intervención. *Anuario de Psicología Jurídica 2008,* 18, 45-60.

Alcázar, M. A., Bouso, J. C., Verdejo, A. (2015). Análisis descriptivo de la actividad del Equipo Técnico de la Fiscalía de Menores de Toledo. Años 2001 al 2012. *Anuario de Psicología Jurídica, 25,* 97-106. www.copmadrid.org

Alcázar-Córcoles, M. A., Verdejo-García, A., Bouso-Sáiz, J. C., Revuelta-Menéndez, J., Ramírez-Lira, E. (2017). Los patrones de personalidad predicen el riesgo de la conducta antisocial en adolescentes hispanohablantes. *Actas Españolas de Psiquiatría, 45* (3): 89-97.

Alcázar-Córcoles, M. A., Bouso-Saiz, J. C., Revuelta, J., Hidalgo, C. A., Ramírez, E., y Calderón-Guerrero, C. (2019, en prensa). Los delincuentes juveniles en Toledo (España) desde el año 2001 al 2012: características psicosociales, educativas y delictivas. *Revista Española de Medicina Legal.*

Gámez-Guadix, M., De Santisteban, P., y Alcázar-Córcoles, M.A. (2017). The Construction and Psychometric Properties of the Questionnaire for Online Sexual Solicitation and Interaction of Minors with Adults. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment,* 1-17.

Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores. BOE, num. 11, 13 de enero de 2000.

Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. BOE, núm, 209, de 5 de diciembre de 2006.

Sanjuán, C. (2019). *Análisis de la violencia contra la infanciay la adolescencia en el entorno digital.* Madrid: Save the children España.

Smith, P. K., y Steffgen, G. (2013). *Cyberbullyng through the new media: Findings from an International network.* Hove: Psychology Press.

APLICACIONES DE LA NEUROPSICOLOGÍA FORENSE EN LA JURISDICCIÓN CIVIL: IMPLICACIONES PARA LOS INFORMES PERICIALES NEUROPSICOLÓGICOS

Amaya Nagore Casas

Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Castilla y León. Ministerio de Justicia

Resumen: La capacidad de obrar es un concepto jurídico amplio y supone la competencia legal más relevante a ser analizada desde el punto de vista pericial neuropsicológico. En este artículo se define el concepto de capacidad de obrar y se revisan algunas de las preguntas forenses principales en torno a la valoración de este tópico, disponibles, principalmente, en el entorno anglosajón. Estas se centran en tres tipos de valoración relacionadas con dicho concepto, como son: la capacidad decisional sobre cuestiones sanitarias de relevancia, el manejo de finanzas y la capacidad testamentaria. Así mismo, se destacan las carencias en cuanto a la validación y adaptación de instrumentos en España, actualmente presentes en nuestro panorama profesional.
Palabras clave: Neuropsicología forense, Valoración pericial neuropsicológica, Capacidad de obrar, Competencia civil.

APPLICATIONS OF THE FORENSIC NEUROPSYCHOLOGY IN CIVIL CASES: SOME ISSUES FOR FORENSIC NEUROPSYCHOLOGICAL REPORTS

Abstract: Decision-making capacity is a broad legal concept and involves the most relevant legal competence to be analyzed from the neuropsychological field. In this issue, it is defined the concept of decision-making capacity and review some of the main forensic questions around the assessment of this topic, mainly in the anglo-saxon environment. These topics focus on three types of assessment related to this concept, such as: capacity to consent to medical treatment, capacity to manage financial affairs, and testamentary capacity. Likewise, attention is focused regarding the lack of instruments properly validated and adapted in our environment, currently present in our professional landscape.
Key words: Forensic neuropsychology, Expert neuropsychological assessment, Decision-making capacity, Civil competency.

INTRODUCCIÓN

La neuropsicología forense es una subespecialidad emergente dentro de las ciencias forenses que implica la aplicación de los conocimientos de la neuropsicología clínica al campo legal. Puede definirse como aquella rama de la neuropsicología que se dispone a responder las preguntas que surgen en el ámbito legal a través de los métodos de evaluación neuropsicológica (Greiffenstein y Cohen, 2005).

El dictamen pericial, sea cual fuera la materia sobre la que verse, es, ante todo, una "opinión explicada y justificada científicamente" (Illescas, A., 2005). Y como prueba jurídica regulada por la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), además de los estándares relacionados con el rigor metodológico, el informe pericial debe cumplir con los preceptos legales, ser revelador y contribuir de forma útil a fundamentar la sentencia o fallo judicial.

El operador jurídico formula una pregunta al perito, de la cual puede extraerse la llamada *cuestión forense,* que, en esencia, debe ocupar el lugar central en el planteamiento de la metodología y la discusión pericial neuropsicológica. De esta

manera, el informe podrá resultar útil, completo e informativo para el tribunal.

Las periciales neuropsicológicas versan sobre posibles alteraciones neurocognitivas derivadas de una determinada patología orgánica en la persona acerca de la cual se discuten determinados derechos. En este sentido, las preguntas en la jurisdicción civil pudieran ser muy variadas, y en nuestro país contamos con importantes deficiencias en cuanto a la disponibilidad de métodos de valoración específicos para el campo forense. Algunos de los ejemplos más representativos relacionados con la capacidad de la persona, en los que el neuropsicólogo puede actuar como experto ante un tribunal, tienen que ver con: la evaluación de competencias civiles en el desempeño parental, la conducción, la competencia para consentir tratamientos o tomar decisiones sanitarias de trascendencia, el manejo de las propias finanzas, la capacidad para prestar testamento, etc. Todo el capítulo de reclamación de daños, que corresponde a la responsabilidad civil y la obligación del otro de reparar el daño producido, es objeto también de posibles valoraciones.

En este artículo se analizan tres de estas cuestiones básicas, estableciendo los paralelismos con el modelo anglosajón: la toma de decisiones sanitarias, el manejo de finanzas y la capacidad testamentaria.

Cada una de estas preguntas implica una competencia que, a su vez, incluye una combinación de habilidades funcionales físicas y cognitivas que diferencia a cada una de estas competencias entre sí (Grisso, 2003).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Al tratarse de un artículo teórico de revisión bibliográfica, se han empleado instrumentos de búsqueda bibliográfica.

MATERIALES

Los instrumentos utilizados han sido la biblioteca virtual de la Universidad de Valencia, las bases de datos Scopus, PsycINFO, Google Scholar y el instrumento de investigación jurídica VLex.

PROCEDIMIENTO

Se han realizado búsquedas acotadas en función de dos criterios; por un lado, la literatura técnica referente a la evaluación neuropsicológica de la capacidad y competencias y, por otro, documentación relacionada con los conceptos y normas jurídicas que aparecen en el texto.

DISEÑO

Se han realizado búsquedas simples y también booleanas desde lo más exhaustivo hacia lo más específico. La selección de textos se ha realizado priorizando el número de veces que el artículo fue citado y el prestigio de los autores referenciados, en relación a su historial investigador.

Tabla 1
Resultados de las búsquedas

Base de datos	Descriptores	Búsqueda refinada por	Resultados	Documento/s seleccionado/s
Biblioteca UV	"guía derecho civil"	Biblioteca virtual	12	Aranda et al., 2013
Biblioteca UV	"compendio derecho civil"	Biblioteca virtual	6	O'Callaghan, 2004
PsycINFO	"forensic neuropsychology" in TI	Asunto: "neuropsychological assessment"	45	Greiffenstein & Cohen, 2005 Marson, 2012
PsycINFO	"competencies assessment" AND "forensic" in TI	Relevancia	236	Grisso, 2003
Scopus	"Marson, D.C" in AU (AND) "capacity"	"Alzheimer"	34	Marson, et al., 1995 Marson, et al., 2015
Scopus	"Appelbaum, P.S" in AU (AND) "competence"	"impaired"	44	Appelbaum & Grisso, 1995 Appelbaum, 2007 Appelbaum, 2010
Google Scholar	"documento Sitges"	Relevancia	3.470	Boada et al., 2009

RESULTADOS

La Tabla 1 refleja los resultados obtenidos de las búsquedas y la información sobre la documentación manejada para la redacción del presente estudio.

DISCUSIÓN

Los aspectos fundamentales susceptibles de ser valorados en el ámbito civil por parte del neuropsicólogo forense, son los derivados de la capacidad de obrar. Este término jurídico se refiere al conjunto de aptitudes para el ejercicio de los derechos subjetivos y los deberes jurídicos de una persona (O'Callaghan, X., 2004). Así, para cada acto jurídico el individuo precisa de una buena condición en cuanto a sus capacidades mentales, cuyo compromiso podría marcar diversos grados de limitación en la capacidad de obrar. Una persona puede sufrir un trastorno de la salud mental y, sin embargo, conservar parcial o totalmente su capacidad de obrar; esto, de relevancia personal e implicaciones legales, podría dar lugar a un proceso judicial.

Según el artículo 200 del Código Civil: "son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma".

La persona puede considerarse como el centro del Derecho civil, puesto que su estudio es el del sujeto de derechos (O'Callaghan, 2004). La persona física es el hombre, el ser humano, y se justifica en la dignidad humana; la persona jurídica son las entidades, agrupaciones o colectivos a los que el Derecho ha personificado por diversas razones, haciéndoles capaces para ostentar y ejercitar sus derechos y obligaciones.

Así pues, la *personalidad jurídica* se adquiere con el nacimiento (artículo 29 del Código Civil), solo se extingue con la muerte (artículo 32 del Código Civil), y se entiende como la capacidad o aptitud para ser titular de derechos y deberes. A esto le añadimos que *la capacidad jurídica* es la aptitud genérica, abstracta y teórica, para ser titular de esos derechos y obligaciones, que corresponde a toda persona por el hecho de serlo (Aranda Rodríguez, et al., 2013).

La *capacidad de obrar* difiere de la jurídica, no siendo igual para todos, sino que se basa en la capacidad del ejercicio de los derechos y deberes jurídicos, que depende directamente de la capacidad y salud mental del sujeto.

La valoración neuropsicológica se enfrenta al reto, nada sencillo, de evaluar al sujeto en cuanto a la capacidad cognitiva (mental), auto-regulatoria (emocional), y las habilidades y aptitudes (funcionalidad) para actuar de manera autónoma en los diversos terrenos de la vida pública, condicionados por cada contexto específico.

De manera genérica Appelbaum y Grisso (1995) establecieron seis criterios exigibles a un instrumento de valoración para cumplir con los cuatro preceptos legales, tal como se refleja en la Tabla 2:

El derecho establece cuatro grados en la capacidad de obrar (O'Callaghan, 2009), a saber:

1. Capacidad plena: en general la ostenta toda persona cuando alcanza la mayoría de edad (artículo 322 del Código Civil). Cuando la persona es capaz de obrar plenamente puede, por ejemplo, establecer contratos o acuerdos de voluntades, contraer matrimonio o disolverlo, o formar relaciones de filiación. También es capaz de recibir las consecuencias de los actos que realiza.

2. Incapacidad: los menores de edad carecen de aptitud para ejercer todos sus derechos y cumplir sus deberes. Por tanto, otras personas actuarán en

Tabla 2
Criterios exigibles a un instrumento para cumplir con los preceptos legales (adaptado de Appelbaum y Grisso, 1995)

1. Las funciones a valorar deben tener relación conceptual con los aspectos nucleares de la competencia legal, lo cual implica que las tareas de medición deben estar derivadas de los estándares legales que el tribunal considera más relevantes.
2. El contenido de los instrumentos debe ser significativo de la decisión que se está tratando.
3. El contenido de los instrumentos debe tener un significado representativo para la persona objeto de la valoración.
4. El contenido debería estar suficientemente estandarizado para realizar comparaciones intra e intergrupos de investigación.
5. Las medidas deben basarse en criterios objetivos para puntuar, para ser aplicadas con un criterio fiable.
6. Los instrumentos deberían ser prácticos para su uso en el contexto de investigación, y potencialmente adaptables para su uso clínico.

su nombre como representantes legales en la vida jurídica. Estas personas son el/los tutor/es o los titulares de la patria potestad.

3. Restringida: en este caso, el sujeto actúa por sí mismo en el mundo jurídico, pero precisa un complemento de su capacidad. Esta confirmación o validez para algunos actos jurídicos se la otorgan los titulares de la patria potestad en el caso de los menores de edad emancipados, o el curador en los casos de incapacitación parcial.

4. Especial: se trata de aquella consideración que recibe la persona cuando es incapacitada por causa persistente de alteración en su salud mental, que afecta al "autogobierno" y, por tanto, tiene privación total o parcial de su capacidad de obrar. El proceso judicial de incapacitación se fundamenta en la protección del individuo y está regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil (artículos 756 y siguientes) y el Código Civil (artículos 199 y 200). El representante legal designado por sentencia judicial, actuará por el incapacitado en la vida jurídica.

La capacidad decisional y el hecho de actuar intencionalmente son actividades complejas propias del ser humano. Ello presupone que la persona tenga capacidad para la realización de representaciones conscientes de la realidad externa e interna, sepa integrar estas representaciones en sus procesos de pensamiento, y organizar todo este conocimiento en base a sus objetivos e intereses, así como a las circunstancias del entorno.

Las capacidades integradas para la toma de decisiones de la que hablamos exigen un buen funcionamiento cognitivo-adaptativo de los procesos de orientación, atención, percepción, memoria, lenguaje, juicio, razonamiento y, en suma, de las funciones ejecutivas, que suponen el campo más extenso de la valoración neuropsicológica.

Figura 1. Estructura de la competencia para el consentimiento de tratamiento propuesto por Thomas Grisso.

Hemos explicado que las incapacitaciones se producen por una causa, que la legislación denomina como persistente, aunque en realidad pueda ser un proceso reversible. Pero por sí mismos, los diagnósticos clínicos no implican que el individuo sea incompetente para el manejo de sus asuntos de manera adecuada y autónoma. Las decisiones periciales deben presentar la lógica que asocia causalmente las observaciones clínicas sobre la alteración, con las limitaciones que implicarían sobre el asunto jurídico (Appelbaum, 2007).

Pero ¿cómo define el neuropsicólogo forense las capacidades cognitivas que componen una determinada competencia legal? El término competencia no es un constructo unitario, sino que pueden distinguirse diferentes tipos específicos de competencias, como se analiza a continuación en este apartado. Por este motivo, no podemos opinar sobre la competencia global de la persona, sino que deberíamos preguntarnos acerca de si la persona A es competente para la realización de la actividad X en el contexto Y (Marson, Hebert & Solomon, 2012).

Uno de los aspectos fundamentales de nuestra autonomía personal es el consentimiento para recibir tratamiento médico o sanitario, así como para la elección de diversas opciones terapéuticas, o para participar en ensayos clínicos. A partir de los años 80 surgieron en los Estados Unidos modelos para valorar esta cuestión, primero en pacientes psiquiátricos, con los Estudios MacArthur, entre los cuales se desarrollaron los de competencia para consentir tratamientos (Appelbaum y Grisso, 1995). Estos estudios partieron de la inquietud generada por el hecho de que las decisiones relativas a una posible institucionalización no voluntaria o la aplicación de un determinado tratamiento obligatorio, fueran tomadas exclusivamente por parte del personal sanitario. Finalmente, se estableció un modelo de competencia decisional pensando en estos pacientes psiquiátricos, compuesto por cuatro dimensiones a valorar, tal como se refleja en la Figura 1.

Los problemas cognitivos que pueden influir en la toma de decisiones, están íntimamente relacionados con las funciones ejecutivas. Por tanto, las medidas neuropsicológicas relativas a este conjunto de procesos mentales sirven para ayudar en la valoración de este tipo de personas. Además, es frecuente que familiares o personas

allegadas apoyen o complementen la toma de decisiones del afectado (Appelbaum, 2010).

En nuestro entorno, como referencia de la valoración neuropsicológica para la toma de decisiones relacionadas con la capacidad de obrar, resulta destacable que en Cataluña se introdujeron en 2009 las exploraciones cognitivas y psicológicas como parte necesaria en los protocolos del sistema público (Generalitat de Catalunya, 2017). También el Documento Sitges (Boada y Robles, 2009), contempla la necesidad de realizar una evaluación pormenorizada de los aspectos neurológicos y cognitivos que intervienen en la toma de decisiones en las personas con deterioro cognitivo, incluyendo la valoración estandarizada de todos los procesos y funciones neurocognitivas (orientación, atención, gnosias, lenguaje, cálculo, memoria, praxias, funciones ejecutivas), así como el estado psico-afectivo y la conciencia de enfermedad.

Ya a nivel estatal, el 21 de septiembre de 2018, se aprobó el "Anteproyecto de Ley para la reforma de la legislación civil y procesal en materia de discapacidad" (Ministerio de Justicia, 2018), con el objetivo, entre otros, de regular el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas que sufren algún tipo de merma en este sentido. En el documento, se introducen importantes modificaciones en el Código Civil, la Ley hipotecaria, la Ley de registro civil, y la Ley de jurisdicción voluntaria.

En el entorno anglosajón hay multitud de instrumentos para valorar este tipo de competencias a la hora de autorizar tratamientos sanitarios. El equipo de Daniel Marson, centrado en la investigación de las demencias y su impacto socio-legal, desarrolló en 1995 un instrumento para la valoración de la competencia para consentir tratamiento de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en función de los principales estándares legales, denominado *Capacity to Consent to Treatment Instrument* o *CCTI*. Consiste en la presentación de dos situaciones clínicas, para fomentar un diálogo razonado sobre los riesgos y beneficios de dos opciones de tratamiento planteadas. Se basa en los estándares legales sobre la competencia del consentimiento sanitario, como son: evidenciar la opción terapéutica, elegir la opción más razonable, percibir las consecuencias de la elección, proporcionar argumentos razonados sobre la opción elegida, comprender la situación de tratamiento y las alternativas existentes (Marson, D. et al., 1995). El instrumento cuenta con un sistema de puntuación estandarizado y ha mostrado niveles de fiabilidad adecuados ($r > ,83$) en la comparación de sujetos control y pacientes con grados leve y moderado de Enfermedad de Alzheimer.

Paul Appelbaum y Thomas Grisso (1995), desarrollaron otro instrumento de relevancia en la evaluación de pacientes psiquiátricos, titulado *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment*, o *MacCAT-T*. Se trata de una guía de juicio clínico estructurado que fue inicialmente estandarizada con tres grupos de pacientes hospitalizados con diagnósticos de esquizofrenia, depresión mayor, e isquemia cardíaca. Consiste en un total de 13 subtests, englobados en tres tipos de pruebas: 1) sobre la comprensión y el recuerdo de la información acerca del consentimiento del tratamiento, 2) sobre la percepción y el reconocimiento de la propia necesidad de someterse a tratamiento y sus beneficios potenciales, y 3) tareas estandarizadas basadas en el procesamiento de la información. En España, la Fundación Grifols y la Corporación Parc Taulí, impulsaron la validación de esta escala al castellano en un grupo clínico con insuficiencia renal (Hernando Robles et al., 2012).

Otra competencia civil que a menudo puede ser objeto de peticiones de evaluación forense, es el manejo de las propias finanzas. La capacidad financiera comprende una amplia gama de conceptos, pragmática, y habilidades de juicio que son críticas para el funcionamiento independiente en nuestra sociedad (Marson et al., 2005). Según el mismo grupo de autores la pérdida o disminución de capacidad para manejar las finanzas en la demencia puede tener diversas consecuencias, todas ellas de relevancia en la autonomía personal del afectado: a) la disminución del poder adquisitivo con repercusión directa en la economía doméstica, b) las consecuencias psicológicas como la percepción de pérdida de control, sentimiento de autoeficacia y aparición de sentimientos de depresión, c) constituye en sí misma un indicador con significación clínica, ya que suele ir asociada al deterioro cognitivo leve como pródromo de una merma más sustancial, y d) el aumento de la vulnerabilidad de ser víctima de abuso o fraude.

Para su valoración desarrollaron el *Financial Capacity Instrument* o *FCI,* basado en 9 dominios, 18 tareas y 2 puntuaciones globales según la dificultad (Marson et al., 2005).

Los estudios neuropsicológicos permiten identificar habilidades cognitivas asociadas a la capacidad financiera en diversos grados de afectación cognitiva. Las habilidades aritméticas escritas mostraron ser el principal factor predictor de la capacidad financiera tanto en sujetos sanos, como con deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer en estadio leve (Marson et al., 2015).

Por último, y en especial relación a las personas mayores con un posible deterioro, es relevante tratar algunos aspectos sobre su capacidad testamentaria. Aunque en nuestro país el derecho sucesorio se encuentra bien definido, la valoración de esta capacidad podría ser útil, por ejemplo, en los casos aplicables a las donaciones en vida y la posibilidad de ser objeto de estafas. De nuevo, no existe una herramienta estandarizada desde el punto de vista neuropsicológico para su evaluación clínica ni legal en nuestro contexto. Marson, Huthwaite y Hebert (2004) desarrollaron el *Testamentary Capacity Instrument* o *TCI,* a partir de cuatro criterios legales: comprender la naturaleza del acto testamentario, conocer la situación y naturaleza de los propios bienes, percibir adecuadamente su relación con las personas beneficiarias, y conocer la manera en que se producirá la repartición de los bienes. Obviamente, la evaluación del estado mental y de posibles susceptibilidades a ser influenciado o inducido negativamente por terceros, deben formar parte necesaria de la exploración neuropsicológica.

Los cuatro elementos legales mencionados serían objeto de ser desglosados en una valoración neurocognitiva válida basada, fundamentalmente, en la exploración de la memoria (de tipo autobiográfico, semántica en relación a los bienes y el hecho de legar, y operativa para las tareas de actualización de la información), las funciones ejecutivas (comprensión de material complejo, abstracción, razonamiento, capacidad de estimación aritmética y planificación), y también la capacidad expresiva para la comunicación de las decisiones y procesos de pensamiento.

CONCLUSIONES

Camino de dos décadas desde la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Boletín Oficial del Estado, 2002), lamentablemente aún no tenemos procedimientos estándar para la valoración de la capacidad de los pacientes con compromiso neurocognitivo.

Recordemos los cuatro pilares para la valoración de la capacidad decisional: expresión de una elección, comprensión de la información relevante, valoración de las consecuencias últimas de la elección, y razonamiento de la decisión.

Para la realización de evaluaciones neuropsicológicas forenses, contamos con aproximaciones de entrevistas e instrumentos que introducen elementos ecológicos, además de apoyar sus resultados y consideraciones en valoraciones neuropsicológicas clásicas. No obstante, impera la necesidad de investigación para el desarrollo de instrumentos específicos estandarizados para población con compromiso neurocognitivo, y que además se encuentra inmerso en un procedimiento legal que, sin duda, traerá importantes repercusiones para su condición socio-legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur treatment competence study, I. *Law and human behavior, 19*(2), 105-126.

Appelbaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England journal of medicine. Vol. 357* (18), 1834-40.

Appelbaum, P. S. (2010). Consent in impaired populations. *Current neurology and neuroscience reports, 10*(5), 367-373.

Aranda Rodríguez, R., Díaz Romero, M. R., Goñi Rodríguez de Almeida, M., Mondéjar Peña, M.I., Pérez Álvarez, M.P. (2013). *Guía de Derecho Civil. Teoría y práctica (Tomo I)*. 1ª ed. Thomson Reuters Aranzadi.

Boada Rovira, M. y Robles Bayón, A. (Eds.) (2009). *Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación.* Barcelona: Editorial Glosa.

Boletín Oficial del Estado (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.* Recuperado de https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188

Generalitat de Catalunya. Grup de treball Suport

a l'Exercici de la Capacitat (2017). *Protocol de cribratge abans d'iniciar un procés de modificació de la capacitat, i criteris i recomanacions per al foment de l'autonomia en la presa de decisions*. Departament de Treball, Afers Socials y Famílies, Barcelona.

Greiffenstein, M. F. y Cohen, L. (2005). Principles of productive attorney-neuropsychologist interactions. In G. J. Larrabee (Ed.), *Forensic neuropsychology*. New York: Oxford.

Grisso, T. (2003). *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments* (2nd. Edition). New York: Plenum Press.

Illescas, A. (2005). Práctica y valoración del dictamen pericial. En *Cuadernos de Derecho Judicial VII, Psicología del testimonio y prueba pericial* (pp. 106-295). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado Nº 7,* de 7 de enero de 2000.

Marson, D. C., Ingram, K., Cody, H. y Harrell, L. E. (1995). Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards. A prototype instrument. *Archives of Neurology, 52* (10), 949–954.

Marson, D. C., Huthwaite, J. S. y Hebert, K. (2004). Testamentary capacity and undue influence in the elderly: a jurisprudent therapy perspective. *Law and Psychology Review; 28:*71–96.

Marson, D., Hebert, K., y Solomon, A. (2012). Assessing civil competencies in older adults with dementia. En Larrabee, G. J. *Forensic Neuropsychology. A scientific Approach*. (2ª Ed.). Pp. 401-437. New York: Oxford University Press.

Marson, D. C., Kerr, D. L. y McLaren, D. G. (2015). Financial Decision-Making and Capacity in Older Adults. En Schaie, K. W. y Willis, S. L. *Handbook of the Psychology of Aging* (Eighth Edition). Academic Press, 361-388.

Ministerio de Justicia (2018). *Anteproyecto de Ley por la que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad*. Recuperado de https://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292429192410?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3DAPL__por_la_que_se_reforma_la_legislacion_civil_y_procesal_en_materia_de_discapacidad.PDF

O´Callaghan, Xavier. (2004). *Compendio de derecho civil, T.I.* Parte general, Lección 13ª Los derechos de la personalidad. VLex España. Madrid: Edersa.

O´Callaghan, Xavier. (2004). *Compendio de derecho civil,* T.I. Parte general, Lección 14ª Capacidad jurídica y capacidad de obrar. VLex España. Madrid: Edersa.

Robles, P. H., Pérez, X. L., Llop, P. S., Diestre, G., Torrent, A. M., Jornet, Á. R., ... y Mirabell, O. C. (2012). Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Revista de Calidad Asistencial, 27*(2), 85-91.

Ventura, T., Navío, M., Álvarez, I., Baón, B. (2014). *Herramienta de evaluación de la capacidad para tratamiento* (MacCAT-T). Adaptación española. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

EL ROL DE VÍCTIMAS Y AGRESORES DE VIOLENCIA ENTRE IGUALES EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

María José Navas-Martínez y María del Carmen Cano-Lozano

Universidad de Jaén

Resumen: En las últimas décadas el fenómeno de la violencia filio-parental está experimentando un aumento espectacular tanto en el número de casos como en el interés científico-profesional. Aunque escasa, la literatura sugiere que otros tipos de violencia, como la violencia entre iguales, podría estar desempeñando un papel importante en la violencia filio-parental. El objetivo de este estudio es profundizar en la relación entre bullying y ciberbullying y la violencia filio-parental, así como examinar su papel predictivo. Participan 718 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años procedentes de centros educativos andaluces. Se utiliza el Cuestionario de Violencia Filio-parental (C-VIFIP) versión para adolescentes y los cuestionarios European Bullying/Cyberbullying Intervention Project Questionnaire (EBIP-Q/ECIP-Q). Se realizan correlaciones y regresiones múltiples. Los resultados muestran que la violencia entre iguales se relaciona y predice la violencia filio-parental. Este trabajo aporta nuevos datos y sugiere diferentes vías de investigación para futuros estudios.
Palabras clave: Violencia filio-parental, Adolescentes, Violencia entre iguales, Bullying, Ciberbullying.

THE ROLE OF VICTIMS AND AGGRESSORS OF PEER VIOLENCE IN CHILD-TO-PARENT VIOLENCE

Abstract: In recent decades the phenomenon of child-to-parent violence is experiencing a dramatic increase both in the number of cases and in the scientific-professional interest. Although scarce, the literature suggests that other types of violence, such as peer violence, may be playing an important role in child-to-parent violence. The aim of this study is to deepen the relationship between bullying and cyberbullying and child-to-parent violence, as well as examine its predictive role. 718 adolescents aged between 12 and 18 years old from Andalusian schools participate. The Child-to-parent Violence Questionnaire (C-VIFIP) adolescent version and the European Bullying/Cyberbullying Intervention Project Questionnaire (EBIP-Q / ECIP-Q) are used. Correlations and multiple regressions are made. The results show that peer violence is related and predicts child-to-parent violence. This work provides new data and suggests different ways of research for future studies.
Key words: Child-to-parent violence, Adolescents, Peer violence, Bullying, Cyberbullying.

INTRODUCCIÓN

La violencia que ocurre dentro del seno familiar o violencia intrafamiliar ha sido ampliamente estudiada por la comunidad científica. La mayor parte de la investigación internacional gira en torno al maltrato infantil y a la violencia marital. Sin embargo, otra dimensión de la violencia intrafamiliar que ha sido menos estudiada, es la violencia de hijos e hijas hacia sus progenitores, también conocida como violencia filio-parental. No obstante, en los últimos años el fenómeno de la violencia filio-parental ha despertado gran interés en profesionales y académicos, debido principalmente al aumento progresivo en el número de adolescentes que ejercen violencia hacia sus progenitores. De hecho, La Fiscalía General del Estado, en los avances estadísticos de la memoria correspondiente al ejercicio de 2018 arroja datos que, si bien no son definitivos, alertan

una tendencia ascendente en el delito de violencia hacia los ascendientes, registrando un total de 4.871 causas, respecto a las 4.355 incoadas en 2016 (Fiscalía General del Estado, 2017; 2019). Además no hay que perder de vista que la mayor parte de la violencia intrafamiliar queda oculta al no denunciarse, lo que sugiere que la violencia filio-parental está más presente en nuestra sociedad de lo reflejan las cifras oficiales. Esto se traduce en la necesidad urgente de seguir trabajando para dar respuestas efectivas que permitan reducir el número de casos.

En cuanto al concepto, actualmente la violencia filio-parental se define como "aquella violencia a través de la cual el menor exhibe conductas de maltrato hacia sus progenitores (o quienes ejerzan su función), consciente e intencionalmente, a lo largo del tiempo y de forma reiterada, causándoles sufrimiento y/o daño, independientemente de que su víctima sea consciente de ello, utilizando la violencia psico-emocional, física y/o económica con el fin de obtener el control, el dominio y el poder sobre su víctima para conseguir lo que desea, en detrimento de la autoridad, autoestima y cometido educativo de su progenitor/es" (Molla-Esparza y Aroca-Montolío, 2018, pp. 3-4). Hasta la fecha son numerosas las investigaciones sobre violencia filio-parental (VFP) que han estudiado el papel que tienen otras formas de violencia dentro del hogar, como el maltrato infantil (Desir y Karatekin, 2018; Gallego, Novo, Fariña, Arce, 2019) o la exposición a violencia marital (Contreras y Cano-Lozano, 2016; McCloskey y Lichter, 2003). Sin embargo, son escasos los estudios sobre VFP que han contemplado otras expresiones de violencia en adolescentes fuera del hogar, como lo es la violencia que se da entre iguales.

Conceptualmente, la violencia escolar y la violencia entre iguales (VEI) son diferentes, entendiendo en el caso de la primera toda acción violenta ejercida por cualquier persona hacia otra que se produzca específicamente en la escuela, mientras que la segunda se refiere a la violencia específica entre iguales y no solo en el contexto estrictamente escolar, también en la calle o a través de internet (García y Ascensio, 2015). Una manifestación de la VEI es el fenómeno de bullying, que se define como aquella agresión que ocurre de forma intencional y repetida en el tiempo en la que existe un desequilibrio de poder entre quien agrede y quien recibe la agresión (Olweus, 1993). El ciberbullying por su parte sería una forma de bullying ejercida por otro medio, el digital (Vivolo-Kantor, Martell, Holland y Westby, 2014). De hecho, la investigación actual sugiere que los jóvenes que están siendo acosados en la vida real tienden a ser intimidados a través de los dispositivos electrónicos que utilizan (del Rey, Elipe y Ortega-Ruiz, 2012; Dooley, Pyzalski y Cross, 2009).

Las investigaciones sobre VFP, aunque todavía son escasas, señalan una relación con la VEI. En esta línea, se encuentra que más de un 50% de los menores que son víctimas de bullying ejercen VFP (Urra, Sancho, Atarés, Buale y Isabel, 2015) y que estos menores están más expuestos a la violencia en el colegio respecto a los que no ejercen VFP (Contreras y Cano-Lozano, 2016). Por otro lado, se ha encontrado que los menores que ejercen VFP también ejercen más VEI (Carrascosa, Buelga y Cava, 2018) y que estos menores comparten muchos de los factores de riesgo asociados a los menores que ejercen VEI (Martínez, Estévez, Jiménez y Veilla, 2015). En este sentido, algunos autores señalan que la violencia familiar podría ser un potente factor de riesgo para desarrollar conductas violentas en otros contextos (Baldry y Farrington, 2000), por ejemplo, en el contexto específico de los iguales.

La revisión bibliográfica sugiere una conexión entre ambos fenómenos, si bien los estudios disponibles todavía no ofrecen datos suficientes. En este sentido, aún no se dispone de investigaciones sobre VFP que analicen conjuntamente las dos manifestaciones de la VEI (bullying y ciberbullying) y que, además, examinen la influencia de los roles de víctimas y de agresores de la VEI. Por ello, el objetivo de este estudio es profundizar en la relación entre la VFP y la VEI, así como examinar su contribución en la predicción de la VFP. Concretamente se analiza, por un lado, el efecto de los roles de victimización de la VEI y por otro, el efecto de los roles de agresión de la VEI.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra está formada por 718 adolescentes (50% chicas) con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años ($M_{edad} = 14{,}24$; $DT = 1{,}53$) procedentes de centros educativos de Córdoba y Granada (Andalucía, España). La mitad de la muestra (50%) está escolarizada en colegios concertado-privados y la otra mitad en institutos públicos.

INSTRUMENTOS

Se ha utilizado el Cuestionario de Violencia Filio-parental, versión adolescentes (C-VIFIP, Contreras, Bustos-Navarrete y Cano-Lozano, 2019). Este instrumento evalúa la frecuencia de una serie de comportamientos constitutivos de VFP, tanto física, psicológica, económica así como conductas de control y dominio. Se compone de 14 ítems paralelos (padre y madre) con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (0=*nunca*, 1=*raramente (ha ocurrido alguna vez)*, 2=*algunas veces* (2-3 *veces*), 3=*bastantes veces* (4-5 *veces*) y 4=*muy a menudo* (6 *veces o más*). También incluye 8 ítems (padre y madre) para informar acerca de diferentes razones para haber ejercido VFP. Para evaluar la VEI se han utilizado los cuestionarios European Bullying/ Cyberbullying Intervention Project Questionnaire (EBIP-Q y ECIP-Q, validación por Ortega-Ruíz, del Rey y Casas, 2016). Estos dos cuestionarios permiten determinar los roles de víctima y de agresor de bullying (14 ítems) y de ciberbullying (22 ítems) a través de una escala tipo Likert de 4 puntos (1=*No*, 2=*Si, una vez*, 3=*Si, una vez al mes*, 4 =*Si, una vez a la semana*) referido a los dos últimos meses.

PROCEDIMIENTO

Este estudio contó con el informe favorable de la Comisión Ética de la Universidad de Jaén. Posteriormente se solicitó permiso a la Dirección General de Educación de la Junta de Andalucía para intervenir en los centros educativos y se procedió a obtener las autorizaciones de los propios centros. A continuación se informó a los progenitores sobre la posibilidad de que su hijo/a pudiera participar en la investigación y se solicitó su consentimiento informado. Finalmente, también se obtuvo el consentimiento informado de los menores. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial. Consistió en la cumplimentación de los cuestionarios en las propias aulas de los centros con una duración aproximada de 1 hora. La pasación fue guiada por la misma investigadora en todos los casos. Los escolares se sentaron individualmente. En cuanto al análisis de los datos, se han realizado análisis correlacionales entre los tipos de VFP (psicológica, física, económica y control/dominio) y los roles de la VEI (rol de víctima, rol de cibervíctima, rol de agresor y rol de ciberagresor). Posteriormente se han realizado regresiones lineales múltiples para estudiar el papel predictivo de los roles de la VEI en la VFP. Todos los análisis se hacen en relación con la VFP ejercida hacia la figura materna y hacia la figura paterna por separado.

DISEÑO

Siguiendo la clasificación propuesta por Montero y León (2007) este trabajo es un estudio descriptivo mediante encuestas y de corte transversal.

Tabla 1
Análisis correlacional entre la violencia filio-parental y los roles de la violencia entre iguales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
VFP Padre psicológica	-											
VFP Padre física	,38**	-										
VFP Padre económica	,33**	,16**	-									
VFP Padre control	,36**	,23**	,28**	-								
VFP Madre psicológica	,70**	,24**	,30**	,28**	-							
VFP Madre física	,35**	,60**	,18**	,15**	,38**	-						
VFP Madre económica	,30**	,05	,74**	,24**	,42**	,16**	-					
VFP Madre control	,30**	,21**	,32**	,82**	,33**	,18**	,31**	-				
Rol de víctima	,17**	,01	,15**	,05	,21**	-,01	,21**	,09**	-			
Rol de cibervíctima	,22**	,05	,24**	,12**	,27**	,02	,28**	,15**	,59**	-		
Rol de agresor	,31**	,03	,22**	,23**	,33**	,05	,25**	,22**	,38**	,37**	-	
Rol de ciberagresor	,32**	,12**	,28**	,20**	,37**	,11**	,32**	,22**	,31**	,60**	,57**	-

Nota: VFP = Violencia filio-parental **p< ,01

Tabla 2
Regresión lineal múltiple para la violencia filio-parental y los roles de victimización de la VEI.

Dependiente (VFP)	Predictores (Roles victimización VEI)	Coeficientes de regresión					Ajuste del modelo		ANOVA	
		B	S	β	t	p	R	R^2	F	P
PADRE										
Psicológica	Constante	0,83	,10		8,28	,00	,230	,053	19,52	,00**
	Bullying	0,04	,02	,07	1,55	,12				
	Ciberbullying	0,18	,04	,18	3,92	,00**				
Económica	Constante	0,20	,04		4,79	,00	,245	,060	22,43	,00**
	Bullying	0,00	,01	,03	0,67	,50				
	Ciberbullying	0,10	,02	,22	4,94	,00**				
Control	Constante	1,42	,08		17,61	,00	,123	,015	10,69	,00**
	Ciberbullying	0,11	,03	,12	3,27	,00**				
MADRE										
Psicológica	Constante	0,75	,09		7,89	,00	,282	,079	30,66	,00**
	Bullying	0,04	,02	,07	1,63	,10				
	Ciberbullying	0,23	,04	,23	5,18	,00**				
Económica	Constante	0,20	,04		4,96	,00	,292	,085	33,20	,00**
	Bullying	0,01	,01	,07	1,71	,08				
	Ciberbullying	0,10	,02	,24	5,39	,00**				
Control	Constante	1,69	,09		17,22	,00	,159	,025	9,24	,00**
	Bullying	0,00	,02	,00	0,15	,87				
	Ciberbullying	0,15	,04	,15	3,36	,00**				

Nota: VFP= violencia filio-parental; VEI= violencia entre iguales; B= coeficiente de regresión no-estandarizado; S= error estándar; β= coeficiente de regresión estandarizada; R= coeficiente de regresión, R^2= coeficiente de determinación; ANOVA= análisis de la varianza.
** p< ,01

RESULTADOS

El análisis correlacional (ver tabla 1) refleja que la VFP se relaciona con la VEI. Concretamente, las puntuaciones de la VFP psicológica, económica y control/dominio se relacionan significativamente con las puntuaciones de ambos roles de victimización de la VEI (rol de víctima y rol de cibervíctima) y con ambos roles de agresión de la VEI (rol de agresor y rol de ciberagresor). Las puntuaciones de la VFP física se relacionan únicamente con el rol de ciberagresor.

Los resultados de los modelos de regresión realizados con los predictores roles de victimización de la VEI (ver tabla 2) muestran que el rol de cibervíctima explica la VFP psicológica, económica y control hacia ambos progenitores. En concreto, los porcentajes de varianza explicada de la VFP por este predictor oscilan, dependiendo del progenitor, entre un 6% y un 8,5% (VFP económica), entre un 5,3% y un 7,9% (VFP psicológica) y entre un 1,5% y un 2,5% (VFP control/dominio).

Por su parte, los resultados de los modelos de regresión realizados con los predictores roles de agresión de la VEI (ver tabla 3) muestran que tanto el rol de agresor como el rol de ciberagresor predicen la VFP. En concreto, la varianza explicada de la VFP por estos predictores oscila, según el progenitor, entre un 12,8% y un 16,6% (VFP psicológica), entre un 8,6% y un 11% (VFP económica) y entre un 6,3% y un 6,4% (VFP control/dominio). Finalmente, la VFP física es explicada en torno al 1,5% únicamente por el rol de ciberagresor.

Tabla 3
Regresión lineal múltiple para la violencia filio-parental y los roles de agresión de la VEI

Dependiente (VFP)	Predictores (Roles victimización VEI)	Coeficientes de regresión					Ajuste del modelo		ANOVA	
		B	S	β	t	p	R	R^2	F	P
PADRE										
Psicológica	Constante	0,64	,09		6,97	,00	,358	,128	51,51	,00**
	Bullying	0,15	,03	,18	4,37	,00**				
	Ciberbullying	0,24	,04	,21	4,99	,00**				
Física	Constante	0,04	,02		1,93	,05	,127	,016	11,51	,00**
	Ciberbullying	0,03	,01	,12	3,39	,00**				
Económica	Constante	0,17	,04		4,29	,00	,293	,086	31,97	,00**
	Bullying	0,03	,01	,10	2,26	,02*				
	Ciberbullying	0,10	,02	,22	5,08	,00**				
Control	Constante	1,21	,08		14,47	,00	,251	,063	23,63	,00**
	Bullying	0,12	,03	,17	3,82	,00**				
	Ciberbullying	0,11	,04	,11	2,48	,01*				
MADRE										
Psicológica	Constante	0,57	,08		6,63	,00	,407	,166	70,83	,00**
	Bullying	0,14	,03	,18	4,38	,00**				
	Ciberbullying	0,30	,04	,27	6,58	,00**				
Física	Constante	0,04	,01		2,85	,00	,114	,013	9,35	,00**
	Ciberbullying	0,02	,00	,11	3,05	,00**				
Económica	Constante	0,19	,04		4,93	,00	,332	,110	44,06	,00**
	Bullying	0,03	,01	,10	2,43	,01*				
	Ciberbullying	0,12	,02	,26	6,05	,00**				
Control	Constante	1,52	,09		16,49	,00	,253	,064	24,41	,00**
	Bullying	0,10	,03	,13	3,09	,00**				
	Ciberbullying	0,16	,04	,14	3,38	,01*				

Nota: VFP= violencia filio-parental; VEI= violencia entre iguales; B= coeficiente de regresión no-estandarizado; S= error estándar; β= coeficiente de regresión estandarizada; R= coeficiente de regresión, R^2= coeficiente de determinación; ANOVA= análisis de la varianza.
* p< ,05; ** p < ,01

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Siguiendo la perspectiva ecológica, la VFP tiene sus causas en múltiples niveles de interacción social y por ello son numerosos los estudios sobre VFP que han analizado la influencia de las características personales y del contexto familiar. En este sentido sería también necesario analizar el efecto que tiene el contexto entre iguales. Sin embargo, son escasos los estudios sobre VFP centrados en examinar el papel de otras manifestaciones de violencia ejercida y recibida fuera del contexto familiar, como la VEI.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre los tipos de VFP y diferentes roles de la VEI, para posteriormente examinar el papel de dichos roles en la explicación de la VFP.

Los resultados indican que la VFP psicológica, económica y control se relaciona con ambos roles de victimización de la VEI (rol de víctima tradicional y rol de cibervíctima), exceptuando la VFP control/dominio hacia la figura paterna, que se relaciona con el rol de cibervíctima. Por su parte, la VFP física no se relaciona con ninguno de los roles de victimización de la VEI. En cuanto a los modelos de regresión, estos muestran que el rol de cibervíctima explica la VFP económica, seguida de la psicológica y en menor proporción, la VFP control. Los análisis, si bien indican que también el rol de víctima de

bullying se relaciona con la VFP, este no tiene un papel en la explicación de la VFP. Esto puede ser debido a que, cuando se incluye en los análisis el efecto de ambos fenómenos de victimización entre iguales (bullying y ciberbullying) tiene un mayor poder explicativo aquel que corresponde en la actualidad con el modo de socialización preferido por los adolescentes, es decir, internet (Arnaiz, Cerezo, Giménez y Maquillón, 2016). Lo anterior se podría traducir en una mayor probabilidad de que los adolescentes de nuestros días estén más presentes en la red y más ausentes en la sociedad tradicional, hecho que a su vez derivaría en mayor probabilidad de que hagan un mal uso de las redes sociales. Las implicaciones de lo anterior tendrían su efecto en las víctimas de VEI, al quedar más aisladas socialmente, tal y como indican algunos estudios donde se encuentra que los adolescentes que sufren acoso escolar acaban optando por aquellos hábitos alejados de la socialización tradicional, aumentando de esta forma su presencia en las redes (Polo, León, Gómez, Palacios y Fajardo, 2013). Siguiendo con la idea anterior, estos adolescentes pasarían más tiempo en el hogar y podrían ejercer VFP con el propósito de equilibrar la impotencia generada, lo que en palabras de Cottrell y Monk (2004) se produciría un "desplazamiento" de la VEI sufrida hacia los progenitores, ejerciendo VFP.

Esta es una de las principales aportaciones de este trabajo, ya que hasta la fecha no se había analizado el papel de las víctimas de bullying y de ciberbullying conjuntamente en relación con la VFP y en este sentido, los resultados no pueden ser comparados con estudios previos.

Por otro lado, se ha encontrado que la VFP psicológica, económica y control se relaciona con ambos roles de agresión de la VEI (rol de agresor tradicional y rol de ciberagresor) siendo dicha relación ligeramente superior a la encontrada en la asociación entre VFP y los roles de victimización de la VEI. Estos resultados van en la línea de investigaciones anteriores que relacionan la VFP con los agresores de la VEI (Carrascosa, Buelga y Cava, 2018; Contreras y Cano-Lozano, 2016). Un dato que llama la atención es el de la VFP física, que únicamente se relaciona con el rol de ciberagresor de VEI y no así con el rol de agresor tradicional de bullying. Estos resultados sugieren la necesidad de seguir estudiando el efecto del ciberbullying respecto al del bullying en la VFP, al no haber tampoco estudios con agresores de VEI similares que permitan comparar los resultados de este estudio. Los modelos de regresión indicaron que el rol de agresor y también el rol de ciberagresor explican la VFP psicológica, seguida de la económica y en menor proporción, la VFP control, mientras que la VFP física se explica por el rol de ciberagresor. Estos resultados van en la línea de lo encontrado por Baldry y Farrintong (2000) según el cual la violencia familiar se relaciona con el desarrollo de conductas violentas en otros contextos. Por otro lado, los datos de este estudio son congruentes con la idea de interiorización del uso de la violencia por parte de los adolescentes como medio habitual para resolver conflictos interpersonales, ya sea hacia los progenitores o hacia los iguales (Carrascosa, Buelga y Cava, 2018). En este sentido, la revisión bibliográfica y los resultados de este estudio podrían estar sugiriendo la existencia en adolescentes que ejercen VFP de patrones específicos de comportamiento violento diferenciados según los contextos, los roles y los medios para ejercer dicha violencia.

El trabajo presenta algunas limitaciones que conviene mencionar. Al ser de naturaleza transversal no es posible establecer relaciones a largo plazo. Por otro lado, los datos sobre VFP se basan en el informe de los adolescentes por lo que futuros estudios podrían complementarse con el informe de los progenitores. A pesar de esto, el estudio apoya hallazgos anteriores y aporta una mejor comprensión en la relación entre la VFP y la VEI. Los resultados sugieren que futuras investigaciones vayan encaminadas a profundizar en el papel que tienen estos fenómenos en la explicación de la VFP, lo que podría derivar en mejoras de tratamientos específicos adaptados a los supuestos patrones de comportamiento diferenciados, así como mejoras en las actuaciones preventivas dirigidas a menores y a progenitores con problemas de violencia intrafamiliar y también, a la comunidad educativa en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnaiz, P., Cerezo, F., Giménez, A. M. y Maquillón, J. J. (2016). Conductas de ciberadicción y experiencias de cyberbullying entre adolescentes. *Anales de Psicología, 3,* 761-769. doi: 10.6018/analesps.32.3.217461

Baldry, A. C. y Farrington, D. P. (2000). Bullies and delinquents: Personal characteristics and parental styles. *Journal of Community and Applied*

Social Psychology, 10, 17-31. doi:10.1002/(SICI)1099-1298(200001/02)10:1<17::AID-CASP526>3.0.CO;2-M

Carrascosa, L., Buelga, S. y Cava, M. J. (2018). Relaciones entre la violencia hacia los iguales y la violencia filio-parental. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia, 15,* 98-109. doi: 10.4995/reinad.2018.10459

Contreras, L., Bustos-Navarrete, C., y Cano-Lozano, M. C. (2019). Child-to-parent Violence Questionnaire (CPV-Q): Validation among spanish sdolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 19,* 67-74. doi: 10.1016/j.ijchp.2018.09.001

Contreras, L., y Cano-Lozano, M. C. (2016). Child-to-parent violence: The role of exposure to violence and its relationship to social-cognitive processing. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 8,* 43–50. doi: 10.1016/j.ejpal.2016.03.003.

Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse. A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues, 25,* 1072-1095. doi: 10.1177/ 0192513X03261330

Del Rey, R., Elipe, P. y Ortega-Ruiz, R. (2012). Bullying and cyberbullying: Overlapping and predictive value of the co-occurence. *Psicothema, 4,* 608-613.

Desir, M.P. y Karatekin, C. (2018). Parent- and sibling-directed aggression in children of domestic violence victims. Violence and Victims, 5, 886-901. doi: 10.1891/ 0886-6708.VV-D-16-00219.

Dooley, J. J., Pyzalski, J. y Cross, D. S. (2009). Cyberbullying versus face-to-face bullying: A theoretical and conceptual review. *Journal of Psychology, 217,* 182-188. doi: 10.1027/0044-3409.217.4.182

Fiscalía General del Estado (2017). *Memoria anual.* Recuperado de www.fiscal.es

Fiscalía General del Estado (2019). *Avances memoria anual.* Recuperado de www.fiscal.es

Gallego, R., Novo, M., Fariña, F. y Arce, R. (2019). Child-to-parent violence and parent-to-child violence: A meta-analytic review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 11,* 51-59. doi: 10.5093/ejpalc2019a4

García, M. V. y Ascensio, C. A. (2015). Bullying y violencia escolar: Diferencias, similitudes, actores, consecuencias y origen. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 2,* 9-38.

Martínez, M. L., Estévez, E., Jiménez, T. y Velilla, C. (2015). Violencia filio-parental: principales características de riesgo y claves para la intervención. *Papeles del Psicólogo, 2,* 3-13.

McCloskey, L. A. y Lichter, E. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 18,* 390-412. doi: 10.1177/0886260503251179

Molla-Esparza, C. y Aroca-Montolío, C. (2018). Menores que maltratan a sus progenitores: Definición integral y su ciclo de violencia. *Anuario de Psicología Jurídica, 28,* 15-21. doi: 10.1016/j.apj.2017.01.001

Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3,* 847-862.

Olweus, D. (1993). Bullying at school: *What we know and what we can do. Malden: Blackwell Publishing*. doi: 10.1002/pits.10114

Ortega-Ruíz, R., Del Rey, R. y Casas, J. A. (2016). Evaluar el bullying y el cyberbullying: Validación española del EBIP-Q y del ECIP-Q. *Psicología Educativa, 22,* 71-79. doi: 10.1016/j.pse.2016.01.004

Polo, M. I., León, B., Gómez, T., Palacios, V. y Fajardo, F. (2013). Estilos de socialización en víctimas de acoso escolar. *European Journal of investigation in Health, Psychology and Education, 1,* 41-49. doi: 10.1989/ejihpe.v3i1.22

Urra, J., Sancho, J. L., Atarés, E., Buale, A., y Isabel, C. (2015). *Violencia Filio-parental.* Teoría, Evaluación y Tratamiento. Madrid: Klinik.

Vivolo-Kantor, A. M., Martell, B. N., Holland, K. M. y Westby, R. (2014). A systematic review and content analysis of bullying and cyber-bullying measurement strategies. *Aggression and Violent Behavior, 19,* 423-434. doi: 10.1016 / j.avb.2014.06.008

TRABAJANDO COMO PSICÓLOGA FORENSE EN LOS JUZGADOS DE INCAPACIDADES Y TUTELAS DE MADRID

Montserrat Videgaín-Llaneras

Resumen: El trabajo que se realiza desde la Psicología Forense en los Juzgados Especializados en Incapacidades y Tutelas es poco conocido pero interesante. Veremos cómo se lleva a cabo un proceso de modificación de la capacidad de obrar de una persona y como los/as psicólogos/as de estos Juzgados damos respuesta a las demandas de los/as Jueces en relación a quien es la persona idónea para tutelar a un/a discapaz, valoración del desempeño de la tutela, rehabilitación de la capacidad de una persona a la cual se le había modificado, internamientos involuntarios, régimen de visitas sobre los/as discapaces, etc.
Palabras clave: Modificar capacidad, Psicología Forense, evaluación del tutor/a.

WORKING AS A FORENSIC PSYCHOLOGIST IN THE COURTS OF INABILITIES AND GUARDIANSHIPS

Abstract: The work done from forensic psychologist in the Courts specialized in inabilities and guardianships is little known but interesting. Let's see how this is done a modification of the ability to act and how the forensic psychologists respond to requests from judges in relation to who is the person suitable to tutelage a inability, assessment of guardianship performance, rehabilitation of the personal capacity, involuntary confinement, visiting arrangements about the incapacitated person,...
Key words: Changing capacity, Forensic Psychology, Guardianship assessment.

INTRODUCCIÓN

Para empezar, ubicaremos el marco físico de trabajo del que se va a hablar en esta intervención diciendo que en Madrid hay cinco juzgados específicos de Incapacidades y Tutelas (nº 30, 65, 78, 94 y 95 de 1ª Instrucción), situados en la calle Ventura Rodríguez nº 7, 4ª y 5ª planta, con cuatro equipos técnicos dotados cada uno con una psicóloga y una trabajadora social. Los casos se asignan por un sistema de reparto informático llamado IusMadrid que distribuye equitativamente la carga de trabajo entre profesionales.

Y, si del marco legal hablamos, en el ámbito de los juzgados de Incapacidades y Tutelas nos resulta imprescindible conocer una serie de textos legales básicos.

Tomaremos, en primer lugar, los títulos IX y X del Libro 1º ("De las personas") del Código Civil. En el IX, los artículos que van del 199 al 214 versan exclusivamente sobre el proceso de incapacitación y, en el siguiente título podemos encontrarnos con la información necesaria acerca de la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores o incapacitados.

A continuación, la Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil en su libro 4ª "De los procedimientos especiales" recoge en los artículos 748 a 763 incluidos en los Capítulos 1 y 2 de dicho libro, la información relacionada con los procesos de incapacidad. Tiene especial relevancia el artículo 763 sobre el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

Por último, nos resultará útil conocer también la Convención Internacional sobre los Derechos

de las Personas con Discapacidad, llamada Convención de Nueva York por tener lugar en esta ciudad, el 13 de diciembre de 2006 en la sede de Naciones Unidas. Fue ratificada en España en 2007 y entró en vigor en nuestro país el 3 de mayo de 2008. El propósito de la convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, así como promover el respeto de su dignidad inherente. Además, atiende, en cierta manera a las causas sociales de la discapacidad y trata a las personas que se encuentran inmersas en estos procesos de una forma más individualizada.

No podemos dejar de apuntar que, a día de hoy, se está pendiente de un anteproyecto de ley por el que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad. Este anteproyecto, que supondrá la reforma del Código Civil, la Ley de Enjuiciamiento Civil, la Ley Hipotecaria y la Ley del Registro Civil, pretende dar un paso decisivo en la adecuación de nuestro ordenamiento jurídico a la anteriormente nombrada Convención de Nueva York que proclama la igualdad de las personas con discapacidad con las demás, en todos los aspectos de la vida.

En esta línea en pro de la igualdad hay que destacar que el BOE núm. 294 del jueves 6 de diciembre de 2018, publicó la modificación de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad. A partir de ahora en nuestro país ninguna persona con discapacidad intelectual podrá ser privada del derecho al voto.

Hechos estos apuntes legales y, antes de empezar a hablar propiamente de cómo se lleva a cabo un proceso de modificación de la capacidad, hay que diferenciar unos términos legales imprescindibles:

- *Capacidad Jurídica:* se adquiere con el nacimiento. Es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones. No hay que olvidar que las personas con la capacidad modificada la mantienen.
- *Capacidad De Obrar:* es la aptitud para el ejercicio de los derechos y obligaciones. No es para todos igual; depende de la edad, de la nacionalidad, de una sentencia de modificación d la capacidad sobre la persona, etc.

Por ejemplo, una persona con la capacidad modificada podrá ser propietaria de una vivienda (capacidad jurídica) pero no podrá llevar a cabo el proceso de compra de esa vivienda (capacidad de obrar).

El proceso de modificación de la capacidad de una persona debe iniciarlo su cónyuge, asimilable o descendientes, si los tuviera; de no ser así, son los ascendientes o hermanos quienes pondrían en conocimiento de la Justicia la situación de su familiar. También han de hacerlo las autoridades o funcionariado que, en el desempeño de sus funciones, conocieran un caso. Hay que decir que la misma obligación como ciudadanos/as tenemos el resto de los españoles si conociéramos a una persona en esta situación de vulnerabilidad. En el caso de los menores, solo puede iniciar su modificación de la capacidad quien ejerza su patria potestad o tutela.

Sea quien sea la persona que abre el procedimiento deberá remitir bien a la Fiscalía de Incapacidades o bien directamente al Juzgado, a través del registro y mediante abogado y procurador, una serie de documentos (informes, certificados médicos, …) que prueben que la persona presunta discapaz (en adelante, PD) puede ser susceptible de entrar en este tipo de proceso legal. A continuación, tiene lugar la audiencia o vista en la que se cita a quien inició el procedimiento, al PD, a sus parientes cercanos si los tuviera y se expone la situación de dicho PD y también la de su posible tutor. Se lleva a cabo también la exploración por parte del/a médico/a forense del PD; este profesional debe emitir un informe sobre la enfermedad o déficit y su incidencia sobre la capacidad de obrar del PD. Si Su Señoría así lo decide, el PD también será examinado por ella misma. Todos estos pasos pueden llevarse a cabo el mismo día o en varios.

El sistema de protección del PD durante el procedimiento cuenta con las máximas garantías para la persona: se puede ordenar un internamiento involuntario si su estado de salud física o mental así lo requiriera, se le nombra un defensor judicial, se le puede administrar un tratamiento médico adecuado, se pueden llevar a cabo un "bloqueo" económico en caso de sospecha de mal uso del dinero bien por el propio PD o por otra persona, encargar a un administrador provisional la gestión de su patrimonio, etc.

El proceso finaliza con la sentencia que concluye si la persona se le modifica la capacidad o no; en caso afirmativo, podemos ver una modificación

de la capacidad total, por la que la persona afectada pierde toda su capacidad de obrar, o una modificación de la capacidad parcial, mediante la cual la persona afectada por el procedimiento pierde solo algunas capacidades (por ejemplo: manejo de su patrimonio económico, conducción de vehículos, uso de armas, voto, etc.)

Pero el sistema de protección sobre la persona con la capacidad modificada se extiende más allá de la sentencia. Así, nos encontramos con que se prorroga o rehabilita la patria potestad con todos sus derechos y obligaciones a la madre y / o padre de la persona con la capacidad modificada o se nombra un tutor o tutora para su cuidado personal y el de sus bienes. En caso de una modificación de la capacidad parcial, no hablamos de tutor/a sino de curador/a; si esta persona entrara en conflicto de intereses en algún momento con su tutelado/a se le asignaría a éste último un defensor judicial. También existe la figura del guardador/a de hecho que puede ser una persona ajena a la familia que es el responsable del discapaz y le cuida, pero sin estar designada para ello por ningún juzgado. Se usa cuando no es posible y/u oportuno incapacitar a la persona. Desde el año 2003, en nuestro país es posible elegir nosotros mismos cuando poseemos aun todas nuestras capacidades a través de la autotutela (art. 223 Código Civil), a la persona que queremos que sea nuestra tutora o cuidadora en caso de modificación de la capacidad, así como determinar el manejo de nuestros bienes y especificar en qué condiciones queremos vivir.

Por último, añadir que la modificación de la capacidad no es definitiva, sino que, en el caso de que mejorara el estado de la persona con la capacidad modificada se le puede rehabilitar su capacidad. Al igual que la modificación, el proceso de rehabilitación de la capacidad solo lo puede llevar a cabo un/a juez/a.

Una vez expuesta la información necesaria para entender qué se hace y cómo en los Juzgados de Incapacidades y Tutelas, pasamos a describir cual es él ámbito de trabajo de la Psicología en este tipo de juzgados.

En primer lugar, es interesante aclarar cuáles son las *demandas* de las Juezas a los Equipos Psicosociales. Sobre todo, y con gran diferencia respecto a las demás intervenciones, nos encargan que propongamos qué persona va a resultar más idónea como tutora del PD. También nos solicitan evaluar el desempeño de la tutela por parte del tutor/a ya nombrado y, si fuera necesario, asesorar sobre su remoción (sustitución en el cargo). Intervenimos en casos de rehabilitación de la capacidad, en la determinación de régimen de visitas a la persona con la capacidad modificada cuando hay conflicto entre sus familiares, en aquellas ocasiones en las que se valora la rehabilitación o prórroga de la patria potestad. En menor medida, participamos de los internamientos involuntarios y en la valoración del PD durante el proceso judicial.

Es relevante aclarar que, a diferencia del profesional de la Medicina Forense, no conocemos de todos los casos que entran al Juzgado sino solo de aquellos en los que la jueza considera que necesita nuestro asesoramiento.

También hay que decir que la mayoría de las ocasiones, el trabajo se encarga al equipo, aunque hay veces que la jueza sólo requiere la intervención de una de las dos profesionales. Sea un caso u otro, es importante destacar que existen una serie de *valoraciones propias del/a psicólogo/a* para la elección de tutor/a que, recordemos, es el cometido que desempeñamos con mayor frecuencia:

- Descartar la existencia de psicopatologías en el o la posible tutor o tutora.
- Evaluar la vinculación emocional y afectiva, así como la relación pasada y presente entre PD y posible tutor/a.
- Actitud y motivación real hacia la tutela.
- Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones.
- Empatía con la persona discapaz y grado de sensibilidad y conocimiento de su enfermedad.
- Capacidad de adaptarse a los cambios y de afrontar el duelo y la pérdida.
- Elaboración y viabilidad del proyecto de tutela.

MÉTODO

PROCEDIMIENTO

La *metodología* de trabajo en estos juzgados es semejante a la que pueda llevar a cabo otro/a psicólogo/a en un juzgado con temática diferente. Se inicia nuestra labor con el estudio de autos mediante su vaciado. A continuación, se planifica la intervención: qué entrevistas se van a realizar, a quién, cómo (individual, familiar), si se va a realizar o no visita domiciliaria, con qué recursos hay que coordinarse, decidimos que pruebas se aplican en

cada caso, etc. Finalizamos con la presentación de una valoración psicológica y otra psicosocial que es global y conjunta con la trabajadora social. Con todo ello, emitimos un informe y, si se nos solicita, nos ratificamos del mismo.

MATERIALES

Las pruebas más usadas para la evaluación de tutores/as son el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA), el MCMI-IV (Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV) y el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).

Para la evaluación de la persona inmersa en este proceso judicial son de uso común el Mini Mental (Test Breve de deterioro neurológico), la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS), el Cuestionario breve de calidad de vida (CUBRECAVI) y el CLIFTON (Procedimientos para evaluación de ancianos).

PARTICIPANTES

CASO 1º. IDONEIDAD DE TUTOR/A

Mujer de 88 años, con Alzheimer en grado 3. Viuda con 6 hijos. Situación económica óptima. Vive en su domicilio con tres cuidadoras; va a Centro de Día de 10 a 17. Dos hijos se postulan como tutores: hijo mayor e hijo pequeño; existencia de dos "bandos enfrentados" entre los hijos. Ambos candidatos presentan un perfil óptimo y similar.

CASO 2º. TUTELA DE MENORES ORFANDAD ABSOLUTA

Ana, de 9 años, fue adoptada por Elena, madre sola, en 2007. Criada por sus tíos-abuelos (80 y 85 años) que, a su vez, prohijaron a Elena en el pasado (con18 meses). Elena fallece en 2012 dejando en el testamento como tutores legales de Ana a sus tíos abuelos; en 2ª opción, una de sus hermanas, que rehúsa. Elena apenas tiene relación con sus hermanos/as, pero sí mantiene un fuerte vínculo de amistad con su pandilla desde hace 25 años. María, mejor amiga de Elena, se ofrece para apoyar en el cuidado de Ana e, incluso, para tutelarla.

CASO 3º. INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

Pedro, de 83 años. Vive solo en el domicilio familiar. Acude su cuñado solicitando internamiento involuntario. Repentinamente, Pedro no abre la puerta de casa, ha dejado de mantener contacto con ellos, solo sale de noche o, esporádicamente, para comer en un bar de enfrente de su casa. Ha acumulado madera y papeles, le han cortado la luz por falta de pago y se alumbra con velas que mantiene siempre encendidas, lo que supone un elevado riesgo de incendio. Acude el equipo al domicilio para comprobar las condiciones de la vivienda y entrevistar a Pedro para valorar la necesidad del internamiento solicitado.

RESULTADOS

En el *caso nº 1,* la petición de la magistrada fue asesoramiento acerca de cuál de los hijos propuestos podría desempeñar de manera más eficiente la tutela de su madre. Ambos perfiles eran muy similares. El que finalmente propuso el equipo técnico fue elegido por las profesionales en base a criterios del ámbito psicológico: el primogénito presentaba una mayor tolerancia a la frustración, así como una mayor capacidad de afrontamiento de problemas. Se llegó a esta conclusión a través de las entrevistas personales centradas en su historia personal y por las puntuaciones obtenidas en el CUIDA.

En el *caso nº 2,* la demanda de la jueza era inicialmente la evaluación psicológica de la menor, demanda que posteriormente se reconvierte y amplía a la búsqueda de tutor/a para la menor. Este trabajo no lo realizó el equipo técnico sino solo la psicóloga del juzgado. En la evaluación de la menor se obtuvo información de su colegio y de su pediatra, fundamentalmente. Se aplicó la prueba TAMAI (Test autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil), se mantuvieron varias entrevistas individuales con ella y también con sus cuidadores. Se la observó en diferentes ambientes en interacción con sus iguales, profesorado, familia, amistades maternas, etc. Se obtuvo un perfil que apuntaba a una menor con dificultades comportamentales, miedo al futuro y a la pérdida, inteligencia elevada, pobre gestión de emociones, baja tolerancia a la frustración, … Sus tíos abuelos, dada su avanzada edad y enfermedades propias de ella, no podían educar en toda su complejidad a Ana. La íntima amiga de su madre manifestó su deseo de que Ana viviera con ella y su hija; dicha evaluación se llevó a cabo y la profesional que suscribe la propuso como tutora de Ana. En la sentencia, la jueza nombra tutora de la menor

a María en base a la evaluación psicológica de la menor y de María. A día de hoy, este núcleo familiar es sólido y Ana está plenamente integrada a nivel familiar, escolar y social. Respecto a sus tíos abuelos mantuvo un régimen de visitas no exento de dificultades por la no aceptación de estas personas de sus limitaciones frente a la crianza de una menor con dificultades.

El *caso nº 3* es una tipología de casos en las que la/el psicólogo/a no suele participar ya que la evaluación del PD la realiza el profesional de la Medicina Forense. Con Pedro solo fue posible realizar una entrevista personal durante la visita a domicilio que, junto con la observación de su conducta ansiosa, extravagante, ideación extraña y paranoica en relación a su familia y una gran desconexión con la realidad hicieron que el equipo fuera favorable al uso del internamiento involuntario como medida de protección hacia el propio Pedro. En la sentencia, la jueza decide este tipo de internamiento para Pedro en base a la valoración del equipo técnico, entre otras, de alto riesgo de la situación personal de Pedro, así como la merma de su capacidad de comprensión y evaluación del peligro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las aportaciones de la Psicología Forense en los juzgados de Incapacidades y Tutelas, como se ha podido comprobar, enriquecen la decisión final de SSª. El PD o menor huérfano es una persona muy vulnerable y debe ser tutelada por alguien que coloque su bienestar integral como prioridad absoluta. La valoración de la personalidad y el análisis de la conducta de las personas que se postulan para la tutela son fundamentales para reducir al mínimo los riesgos de errar en la elección de esta figura. El/la psicólogo/a ha logrado hacer más sencilla la decisión judicial y dotarla de mayor carga científica.

No podemos finalizar la exposición de la aportación del/a psicólogo/a en los Juzgados de Incapacidades y Tutelas sin mencionar la necesidad de consolidar los equipos ya existentes (de ocho profesionales, 7 es personal interino). También sería muy interesante que participáramos en la valoración de la persona a la que se le va a modificar la capacidad; hoy es una labor exclusiva del o la médico/a forense.

Sin duda, la aportación de nuestra disciplina potencia el proceso y aumenta las garantías de una evaluación fiable y plena de derechos para la persona a evaluar, en un trance de su vida particularmente difícil y determinante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

España. Código Civil. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil Ministerio de Gracia y Justicia *«BOE» núm. 206,* de 25 de julio de 1889. Actualizado a 19 de marzo de 2019.

España. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. *BOE nº 96*, 21 de abril de 2008. Págs. 20648-20659.

España. Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil. *BOE nº 7,* 8 de enero de 2000. Págs. 575-728.

España. Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, para la modificación de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad. *BOE nº 294*, 6 de diciembre de 2018. Sec. I. Pág. 119785

Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2005). Tutela de Personas Adultas. *Guía de información y recursos*. Madrid. Editorial Obra Social de Caja Madrid.

Col·legi Oficial de la Psicologia de Catalunya (2014). *Guía de Buenas Prácticas para la evaluación psicológica forense y la práctica pericial*. Barcelona. Editado por COP Catalunya.

Jarne, Adolfo y Aliaga, Álvaro (2011). *Manual de Neuropsicología forense: De la clínica a los tribunales*. Barcelona. Editorial Herder.

Nagore Casas, Amaya (2019). *Neuropsicología Forense: una disciplina emergente*. Madrid. Editorial Síntesis

Vázquez Mezquita, Blanca (2005). *Manual de Psicología Forense*. Madrid. Editorial Síntesis.

PSICOLOGÍA SOCIAL

DESARROLLO DE UNA NUEVA MEDIDA DE BIENESTAR BASADA EN ESTÍMULOS PARCIALMENTE ESTRUCTURADOS

Miriam Bajo, Darío Díaz, y María Stavraki

Departamento de Psicología, Universidad de Castilla la Mancha, Ciudad Real, España

Resumen: Los instrumentos de evaluación del bienestar más empleados son cuestionarios de auto-informe. A pesar de sus ventajas, tienen también algunos inconvenientes. Principalmente, las personas no siempre son conscientes de sus estados internos y, en ocasiones, aunque conocen con precisión dichos estados, intentan enmascararlos u ocultarlos. Por esta razón se han desarrollado diferentes instrumentos implícitos para medir el bienestar. El objetivo de esta investigación ha consistido en estudiar la relación entre las medidas explícitas más empleadas y una nueva medida implícita de bienestar (i.e. MBEPE). La nueva medida presentó una adecuada fiabilidad temporal y validez factorial. Al igual que en estudios previos, se encontró que las medidas explícitas e implícitas mostraron una relación débil o no significativa. Una de las posibles explicaciones a esta ausencia de relación está vinculada a la posible mayor sensibilidad de las medidas explícitas al falseamiento de respuestas en contextos de alta deseabilidad social.

Palabras clave: Bienestar explícito, Bienestar implícito, Test de Asociación Implícita, Evaluación del bienestar, Deseabilidad Social.

DEVELOPMENT OF A NEW IMPLICIT WELL-BEING MEASURE: MBEPE

Abstract: The most widely used wellbeing measures are self-report questionnaires. Despite its advantages, these direct measures also has some limitations. Mainly, people are not always aware of their internal states, and sometimes, when people have an adequate introspective ability, they may attempt to falsify their true internal states. For these reasons, different implicit instruments have been developed to measure well-being. The objective of this research has been to analyze the relationship between the most commonly used explicit wellbeing measures and a new implicit well-being measure (i.e. MBEPE). The new measure showed good reliability and factorial validity. As in previous studies, it was found that explicit and implicit measures showed a weak or non-significant relationship. One of the possible explanations for this result is the greater sensitivity of explicit measures to score falsification in high social desirability contexts.

Key words: Explicit Well-being, Implicit Well-being, Implicit Association Test, Well-being Evaluation, Social Desirability.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de estudio del bienestar encontramos que la mayor parte de las medidas empleadas han tratado de capturar las opiniones de una forma explícita y directa, es decir preguntando directamente a las personas. Para ello se han empleado diferentes escalas, aunque las más utilizadas son la Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Live Scale, SWLS; Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985), las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff's Psychological Well-being Scales, PWBS; Ryff, 1989) y las Escalas de Bienestar Social de Keyes (Keyes' Social Well-being Scales, SoWBS; Keyes, 1998) (Linton, Dieppe, y Medina-Lara, 2016). Estos mismos instrumentos son los que se emplean para medir varios de los síntomas propuestos por el Modelo del Estado Completo de Salud (MECS) (para una revisión de este modelo consultar Keyes, 2005).

La Escala de Satisfacción con la Vida propuesta por Ed Diener y sus colaboradores (1985) es un instrumento corto y unidimensional que cuenta con un total de cinco ítems directos diseñados para medir los juicios cognitivos vinculados con la satisfacción con la propia vida. La versión en castellano más utilizada es la publicada por Atienza, Pons, Balaguer y García Merita (2000) que cuenta con excelentes propiedades psicométricas (e.g. Díaz, Blanco, Bajo y Stavraki, 2015). En su relación con el MECS, este instrumento se emplea para la medición del síntoma dos (satisfacción con la vida).

Las Escalas de Bienestar Psicológico propuestas por Carol Ryff cuentan, en su versión original inicial con un total de 120 ítems, 20 por dimensión. Dada la gran extensión del instrumento original, se han propuesto diferentes versiones cortas del mismo. La propuesta que guarda una mejor relación entre longitud y calidad por sus propiedades psicométricas es la realizada por Dirk van Dierendonck (2004). Esta última versión está compuesta por 39 ítems (entre 6 y 8 ítems por escala) y muestra una buena consistencia interna en todas sus escalas y un ajuste a la estructura de seis factores relativamente aceptable y ha sido validada en español por Darío Díaz y colaboradores (Díaz et al., 2006). Según diferentes estudios esta versión en español muestra una adecuada fiabilidad en todas sus escalas y una validez factorial aceptable (e.g. Díaz, Stavraki, Blanco y Bajo, 2018). Dentro del MECS este instrumento se utiliza para medir los síntomas tres (autoaceptación), cinco (crecimiento personal), siete (propósito en la vida), nueve (dominio del entorno), once (autonomía) y doce (relaciones positivas).

Finalmente las Escalas de Bienestar Social desarrolladas por Corey Keyes (1998) cuentan con un total de 33 ítems para medir cinco dimensiones diferentes. Las Escalas de Bienestar Social cuentan con una versión traducida y validada en castellano realizada por Blanco y Díaz (2005). La versión española de este instrumento también cuenta con una adecuada fiabilidad y validez (e.g. Díaz, Stavraki, Blanco y Bajo, 2018). En relación con el MECS este instrumento permite medir los síntomas cuatro (aceptación social), seis (actualización social), ocho (contribución social), diez (coherencia social), y trece (integración social).

Medidas directas (explícitas) frente a las indirectas (implícitas) en la evaluación del bienestar.

Desde comienzos del siglo XXI los investigadores han invertido muchos esfuerzos en buscar nuevas medidas de los constructos psicológicos de carácter no auto-informado (e.g. ver Petty, Fazio y Briñol, 2008; para una revisión). Frente a las medidas directas donde se pregunta de forma explícita sobre los estados internos o sobre sus conductas a los participantes (como todos los instrumentos para la medición del bienestar que hemos descrito en el epígrafe anterior: SWLS, PWBS, SoWBS), en las medidas indirectas se pretende obtener la información implícitamente mediante procedimientos que nos permitan acceder a los estados internos o evaluar las conductas de los individuos pero sin que resulte necesario preguntarles explícitamente. La emergencia que han experimentado estos nuevos procedimientos indirectos de medición ha sido enorme, destacando por su implantación en una gran parte de áreas de la psicología, como por ejemplo, la psicología social (e.g., Falk, y Heine, 2015), la psicología clínica y de la salud (e.g., Egloff y Schmukle, 2002) o la psicología del desarrollo (e.g., Baron y Banaji, 2006), entre otras.

En el estudio del constructo de bienestar, como ya hemos comentado, los instrumentos más habituales han tratado de capturar las opiniones de las personas de forma explícita y directa. A pesar de ello existen algunas interesantes excepciones, basadas fundamentalmente en adaptaciones del IAT. La primera medida desarrollada para la evaluación implícita del bienestar fue propuesta por Kim (2004; Implicit Satisfaction with Life -ISWL). Dicho instrumento de evaluación empleaba el IAT para la medición de la satisfacción con la vida, entendida como una actitud frente a la vida. Posteriormente, Díaz, Horcajo, y Blanco (2008) propusieron un instrumento de medida indirecta del bienestar general, también basado en una adaptación del IAT, que mostró ser válido y fiable (Díaz, Horcajo y Blanco, 2008; Implicit Overall Wellbeing Measure -IOWBM).

Dado que las medidas basadas en el IAT cuentan también con importantes limitaciones, uno de los objetivos de esta investigación es desarrollar una nueva medida de bienestar basada en estímulos parcialmente estructurados (MBEPE). Además, pretendemos analizar la relación existente entre las medidas de bienestar explícito más comunes, y las medidas de bienestar de carácter implícito o indirecto (i.e. IOWBM). En función de las investigaciones previas (e.g. Cameron, Brown-Iannuzzi, y Payne, 2012) esperamos que exista una débil relación entre las medidas directas e indirectas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En este estudio participaron voluntariamente y sin recibir ninguna compensación 74 estudiantes de medicina de la Universidad de Castilla la Mancha. Los participantes fueron 21 hombres (28%) y 53 mujeres (72%) con edades comprendidas entre los 18 y los 43 años (M = 19 años; *D.T.*: 6).

MATERIALES

Satisfacción con la vida. Para medir la satisfacción con la vida se empleó la escala propuesta por Diener y colaboradores (1985) validada al castellano por Cabañero, et. al. (2004). Esta escala, compuesta por cinco ítems, ha mostrado a lo largo de diferentes estudios (e.g. Diener et al., 1985) unas buenas propiedades psicométricas. En este estudio los participantes respondieron a cada uno de los ítems utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*).

Bienestar Psicológico. Los participantes respondieron a la versión propuesta por Díaz et al. (2006) de las Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989). El instrumento cuenta con un total de seis escalas (autonomía, autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal) a las que los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 6 (*totalmente de acuerdo*).

Bienestar Social. Los participantes contestaron a las Escalas de Bienestar Social de Keyes (1998) validadas y traducidas al castellano (Blanco y Díaz, 2005). Este instrumento está compuesto por cinco escalas (integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social) a las que los participantes respondieron utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*).

Bienestar implícito. En primer lugar se empleó la medida IOWBM desarrollada por Díaz et al. (2008). Estos autores adaptaron el IAT para obtener una medida implícita de bienestar general utilizando el mismo procedimiento empleado para el desarrollo de otras medidas implícitas (e.g. ansiedad: Egloff y Schmukle, 2002). Para ello, la categorización de palabras en las categorías "Yo" y "No-Yo" se combinó con la clasificación de ítems en las categorías "Bienestar" y "Malestar". La IOWBM presenta una buena consistencia interna, una aceptable fiabilidad temporal y una adecuada validez predictiva (e.g. Díaz et al., 2008). Para calcular las puntuaciones finales del IOWBM se empleó el último algoritmo propuesto, que permite calcular una puntuación D (d-score algorithm; Greenwald et al., 2003). También se utilizó la nueva medida MBEPE. Empleando el mismo procedimiento utilizado por Vargas, Von Hippel y Petty (2004), cuatro investigadores expertos en el estudio del bienestar redactaron dos estímulos donde se describía de forma breve y ambigua la vida de una tercera persona intentando recoger algunos de los principales dominios de la satisfacción con la vida (e.g. Cummins, 1996), balanceando todo lo posible los contenidos positivos y negativos. (e.g. "Manuel tiene 42 años y trabaja en una empresa multinacional. Aunque está contento con su trabajo, a veces tiene que viajar mucho. Tiene dos hijos -una hija y un hijo-, con los que mantiene una relación normal; lo cierto es que le cuentan bastantes cosas, pero en ocasiones le gustaría que la confianza fuera mayor. Aunque le gustaría poder hacer más planes con sus amigos, cuando sale con ellos suele pasárselo bien. Aunque está bastante contento con su vida, hay muchas veces que piensa que hay cosas que podrían mejorar"). La tarea de los participantes consistió en describir la satisfacción con la vida de la persona incluida en cada estímulo (e.g. Manuel) empleando una escala con puntuaciones comprendidas entre 1 (*baja satisfacción*) y 9 (*alta satisfacción*). De acuerdo con la lógica de esta medida, los participantes deberían codificar el escenario de diferente forma en función de su propia satisfacción con la vida. Las personas muy satisfechas con su vida deberían considerar que Manuel estaría poco satisfecho con su vida. Por el contrario, las personas poco satisfechas con su vida deberían encontrarla como satisfactoria. Se invirtieron las puntuaciones para que mayores puntuaciones indicaran un mayor bienestar.

PROCEDIMIENTO

El estudio fue presentado como una investigación sobre la importancia de diversos rasgos de personalidad, creencias y actitudes a la hora de evaluar globalmente el bienestar. Primero, los participantes realizaron el IOWBM y posteriormente completaron la MBEPE. A continuación cada participante recibió un cuadernillo que contenía, por este orden, la Escala de Satisfacción con la Vida,

las Escalas de Bienestar Psicológico y las Escalas de Bienestar Social. Finalmente los participantes realizaron un mes más tarde de nuevo la MBEPE.

DISEÑO

Se empleó un diseño correlacional transversal con una única medida longitudinal (MBEPE).

RESULTADOS

La nueva medida MBEPE presentó una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach = ,69) y fiabilidad temporal (r = ,71). En la Tabla 1 se muestran las correlaciones de los diferentes instrumentos empleados para la medición del bienestar. Todas las Escalas de Bienestar Psicológico correlacionaron entre sí de forma significativa, al igual que las Escalas de Bienestar Social. La Escala de Satisfacción con la Vida también mostró fuertes relaciones con las Escalas de Bienestar Psicológico, mientras que las relaciones de las Escalas de Bienestar Social con las Escalas de Bienestar Psicológico, y con la Escala de Satisfacción con la Vida fueron más débiles, aunque significativas en la mayor parte de los casos. Respecto a las relaciones entre las medidas explícitas e implícitas de bienestar, ni la IOWBM ni la MBEPE correlacionaron significativamente con ninguna de las escalas explícitas de bienestar (con la excepción de la MBEPE y la Escala de Satisfacción con la Vida), aunque sí que lo hicieron entre sí.

Con el objetivo de profundizar en la relación entre las medidas explícitas e implícitas de bienestar se analizó la dimensionalidad de los datos obtenidos en el estudio mediante un Análisis Paralelo de Horn, que indicó la existencia de dos factores. Siguiendo, por tanto, el criterio fijado por el análisis paralelo para el número de factores a extraer, se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de extracción de ejes principales. Dada la existencia de resultados obtenidos en estudios previos que indican una moderada correlación de las medidas explícitas e implícitas decidimos emplear como método de rotación *direct quartimin*. Este método de rotación oblicua permite únicamente correlaciones moderadas entre los factores, pero no correlaciones altas.

Tabla 1
Correlaciones entre las Medidas Explícitas e Implícitas de Bienestar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. IOWBM														
2. MBEPE	,36**													
3. Afecto Positivo	,02	,17												
4. Satisfacción	,06	,20*	,45**											
5. Autonomía	,18	,13	,22*	,23*										
6. Autoaceptación	,11	,07	,53**	,71**	,44**									
7. Relaciones Positivas	,01	,09	,46**	,34**	,31**	,48**								
8. Dominio del Entorno	,15	,12	,47**	,62**	,40**	,67**	,48**							
9. Propósito en la Vida	,01	,08	,53**	,57**	,43**	,71**	,51**	,72**						
10. Crecimiento Personal	,10	,03	,30**	,20*	,34**	,37**	,31**	,36**	,39**					
11. Integración Social	,02	,01	,38**	,41**	,24*	,50**	,53**	,43**	,44**	,17				
12. Aceptación Social	,18	,15	,43**	,19*	,22*	,37**	,43**	,24*	,28**	,25**	,45**			
13. Contribución Social	,04	,09	,42**	,25**	,38**	,45**	,58**	,42**	,47**	,47**	,56**	,36**		
14. Actualización Social	,03	,02	,28**	,25**	,25**	,35**	,30**	,32**	,36**	,17	,29**	,42**	,40**	
15. Coherencia Social	,09	,19	,19*	,06*	,26**	,24*	,23*	,25**	,20*	,23*	,28**	,22*	,36**	,30**

* p < ,05, ** p < ,01

Tabla 2
Análisis Factorial Exploratorio de los Diferentes Instrumentos de Medición del Bienestar

	Factor 1 Bienestar Explícito	Factor 2 Bienestar Implícito
IOWBM	,11	,67
MBEPE	,18	,61
Afecto Positivo	,67	,03
Satisfacción	,63	,37
Autonomía	,55	,05
Autoaceptación	,81	,26
Relaciones Positivas	,72	,17
Dominio del Entorno	,76	,34
Propósito en la Vida	,51	,10
Crecimiento Personal	,69	,19
Integración Social	,58	,54
Aceptación Social	,74	,19
Contribución Social	,54	,31
Actualización Social	,43	,17
Coherencia Social	,47	,41
% Variancia	38,61	10,53
Correlación Factorial		,12

Nota. Se presenta la matriz de estructura de un análisis con método de extracción de ejes principales y método de rotación quartimin directo.

Tal y como puede observarse en la Tabla 2, todas las escalas explícitas saturaron fundamentalmente en el primer factor (bienestar explícito), mientras que la IOWBM y la MBEPE lo hicieron en el segundo (bienestar implícito). La correlación estimada entre los factores fue de 0,12.

DISCUSIÓN

El principal objetivo de este trabajo de investigación ha sido analizar la relación existente entre las medidas explícitas e implícitas de bienestar, desarrollando además una nueva medida de bienestar de carácter implícito que ha mostrado buenas propiedades de fiabilidad y validez factorial. Nuestros resultados parecen señalar en la dirección de que ambos tipos de medidas presentan una débil relación. Estos resultados resultan coincidentes con los de investigaciones anteriores (e.g. Cameron, Brown-Iannuzzi, y Payne, 2012; Díaz et al., 2008). Una posible explicación para esta débil relación está vinculada con las limitaciones de las medidas directas o auto-informadas. Dos de ellas pueden considerarse las más relevantes. La primera tiene que ver con las limitaciones de la introspección. Sucede que las personas tienen diferente capacidad para ser conscientes de sus propios estados internos y opiniones. Las medidas directas son especialmente sensibles a estas diferencias individuales, dado que las personas solamente nos pueden informar de forma directa de aquello que conocen (Nisbett y Wilson, 1977). Por el contrario, las medidas indirectas (e.g. IAT) muestran una menor sensibilidad a estas diferencias individuales vinculadas con la capacidad de introspección (Greenwald y Banaji, 1995). Además, las personas procesan la información no solo de manera explícita (es decir, de forma consciente o controlada), sino también de un modo implícito, y estos últimos procesos cognitivos y afectivos operan fuera de la consciencia por lo que no se puede acceder a ellos mediante la introspección, y por tanto mediante instrumentos auto-informados. Sin embargo, las medidas indirectas pueden permitirnos acceder a dichos procesos automáticos o implícitos.

Puede suceder también que, aunque las personas sean conscientes de sus procesos internos y opiniones,

no quieran compartirlos fehacientemente. Esta es la segunda gran limitación de las pruebas directas, su alta sensibilidad a los *factores de respuesta*. Y es que, en ocasiones, las personas intentan ocultar sus verdaderos estados internos o incluso modificarlos, aunque los conozcan con precisión. Dentro de estos factores de respuesta el más conocido es la deseabilidad social. Existen diferentes explicaciones sobre por qué las personas, cuando se encuentran en contextos de alta deseabilidad social, podrían sentirse motivadas para intentar modificar los resultados obtenidos en mediciones directas del bienestar. Las más importantes están relacionadas con la auto-presentación en su concepción más amplia: el intento por parte de las personas de manejar las opiniones que otras personas se forman sobre ellas (manejo de impresiones) y el intento de controlar las impresiones sobre sí mismos. Respecto al manejo de impresiones, por lo general las personas intentan transmitir la mejor imagen posible a otros y para ello utilizan como estrategia acercar su "yo público" a su imagen ideal de "yo" (self-construction; Baumeister, 1982). De acuerdo con los resultados encontrados en diferentes investigaciones (Campbell, Converse, y Rodgers, 1976) se sabe que la felicidad y el bienestar suelen ser componentes claves de esa imagen ideal. Por tanto, en ocasiones, y para transmitir una impresión positiva, las personas pueden presentarse con un nivel de bienestar mayor del que realmente están experimentando. Pero es que además las personas están muy motivadas para acercarse a su "yo" ideal, y una de las estrategias posibles para convencerse a sí mismos es convencer a otros de que uno es como su "yo" ideal (Baumeister, 1982).

CONCLUSIONES

Los instrumentos de evaluación del bienestar y de la calidad de vida más empleados en la actualidad son cuestionarios de auto-informe. A pesar de sus grandes ventajas, fundamentalmente relacionadas con su facilidad de uso y la rapidez de su aplicación, este tipo de medidas tiene también algunos importantes inconvenientes. Principalmente, las personas no siempre son conscientes de sus estados internos (e.g. Nisbett y Wilson, 1977) y, en ocasiones, aunque conocen con precisión aquellos aspectos por los que son preguntados, intentan enmascararlos u ocultarlos en los auto-informes (e.g. Webber y Cook, 1972). Para intentar superar estas limitaciones, se recomienda complementar la evaluación del bienestar empleando también medidas indirectas.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades del Gobierno de España (PSI2017-83303-C2-2-P).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema, 12,* 314-319.

Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema, 1,* 580-587.

Baron A., y Banaji M. (2006). The development of implicit attitudes. Evidence of race evaluations from ages 6 and 10 and adulthood. *Psychological Science, 17*, 53-58.

Baumeister, R. (1982). A self-presentational view of social phenomena. *Psychological Bulletin, 91,* 3-26.

Cameron C. D., Brown-Iannuzzi J. L., & Payne, B. K. (2012). Sequential priming measures of implicit social cognition: a meta-analysis of associations with behavior and explicit attitudes. *Personality and Social Psychology Review, 16,* 330-350.

Campbell, A., Converse, P. E., y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.

Díaz, D., Blanco, A., Bajo, M., y Stravaki, M. (2015). Fatalism and well-being across Hispanic cultures: The social fatalism scales (SFS). *Social Indicators Research, 124,* 929-945.

Díaz, D., Horcajo, J., y Blanco, A. (2008). Development of an implicit overall well-being measure using the Implicit Association Test. *The Spanish Journal of Psychology, 12,* 604-617.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck D. (2006). Spanish adaptation of the Psychological Well-Being Scales (PWBS). *Psicothema, 18,* 572-577.

Díaz, D., Stavraki, M., Blanco, A., y Bajo, M. (2018). 11-M Victims 3 years after Madrid terrorist attacks: Looking for health beyond trauma. *Journal of Happiness Studies, 19,* 663-675.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49,* 71-75.

Egloff, B. y Schmukle, S. (2002). Predictive validity of an Implicit Association Test for assessing anxiety.

Journal of Personality and Social Psychology, 83, 1441-1455.

Falk, C. F., y Heine, S. J. (2015). What is implicit self-esteem, and does it vary across cultures? *Personality and Social Psychology Review, 19,* 177-198.

Greenwald, A. G., y Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review, 102,* 4-27.

Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly, 61,* 121-140.

Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigations axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73,* 539-548.

Kim, D. Y. (2004). The implicit life satisfaction measure. *Asian Journal of Social Psychology, 7,* 236-262.

Linton, M. J., Dieppe, P., y Medina-Lara, A. (2016). Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ Open, 6,* e010641.

Nisbett, R. E., y Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review, 84,* 231-259.

Petty, R. E., Fazio, R. H., y Briñol, P. (2008). The new implicit measures: An overview. En R. E. Petty, R. H. Fazio, y P. Briñol (Eds.). *Attitudes: Insights from the new implicit measures* (pp 3-18). New York: Psychology Press.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 1069-1081.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema, 11,* 37-51.

Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences, 36,* 629-644.

Vargas, P. T., Von Hippel W., y Petty, R. E. (2004). Using "partially structure" attitude measures to enhance the attitude-behavior relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30,* 197-211.

Watson, D., Clarck, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1063-1070.

CREATIVIDAD, INNOVACIÓN Y BIENESTAR EN ORGANIZACIONES SOCIO-EDUCATIVAS: UN ESTUDIO EN CHILE, EUSKADI/PAÍS VASCO Y URUGUAY

Silvia da Costa[1], Gabriela Etchebehere[2], Daniel Hermosilla[1] y Dario Páez[1]
[1]Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Universitatea; [2]Universidad de la República Oriental del Uruguay

Resumen: Se analizó la relación entre cultura organizacional, creatividad e innovación, factores psicosociales laborales y bienestar en profesionales de educación y de educación e intervención social en tres países (*n* = 1400 *K* = 80 centros). Se realizaron análisis de correlaciones y una integración meta-analítica. La baja cultura transaccional (r^{-} = -,095) y la autonomía de rol se asociaron a la innovación (r^{-}= ,12). La creatividad emocional, el universalismo, el auto-concepto creativo y la calidad de vida vinculada a la salud (r^{-} = ,13) lo hicieron a la creatividad e innovación. Un análisis mixto multinivel (*k* = 25 y *n* = 355) mostró que un clima de bienestar o buena calidad de vida y pertenecer al sector de intervención social, se asocian a innovación colectivamente, mientras que tener la intención de permanecer en el sector laboral a largo plazo lo hace a mayor creatividad e innovación individual.
Palabras clave: Bienestar psicológico; Creatividad; Innovación; Multinivel; Organizaciones socioeducativas.

CREATIVITY, INNOVATION AND WELL-BEING IN SOCIO-EDUCATIONAL ORGANIZATIONS: A STUDY IN CHILE, EUSKADI / BASQUE COUNTRY AND URUGUAY

Abstract: The relationship between organizational culture, creativity and innovation, labor psychosocial factors and welfare in education and education professionals and social intervention of three countries (*n* = 1400 *K* = 80 centers) was analyzed. Correlation analyzes and meta-analytical integration were performed. Low transactional culture (r^{-} = -.,095) and role autonomy were associated with innovation (r^{-} = ,12). Emotional creativity, universalism, creative self-concept and quality of life linked to health (r^{-} = ,13) were associated with creativity and innovation. A mixed multilevel analysis (*k* = 25 and *n* = 355) showed that a climate of well-being or good quality of life and belonging to the social intervention sector, are associated with innovation collectively. The intention to remain in the long-term labor sector makes associated with creativity and individual innovation.
Key words: Creativity; Innovation; Multilevel; Psychological well-being; Socio-educational organization

INTRODUCCIÓN

La cultura organizacional puede ser una fuente de identidad y competencia distintiva pero también un obstáculo para la innovación. Según Bass & Avolio (1993) liderazgo y cultura se afectan mutuamente (House, Dorfman, Javidan, Hanges & de Luque, 2014). Los investigadores sintetizan que las organizaciones deberían moverse hacia culturas donde la confianza se internaliza en lugar de depender de acuerdos formales y contratos, al tiempo que mantienen una base transaccional eficaz. Los factores de riesgo psicosocial se definen como aquellas condiciones presentes en una situación laboral que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo, la realización de la tarea y que pueden afectar tanto el bienestar, como al desarrollo del trabajo. Percibir excesivas demandas laborales, escasa seguridad en el trabajo, falta de autonomía o escaso apoyo por parte de compañeros/as y supervisores aumenta la probabilidad de sufrir malestar y trastornos asociados.

En este proyecto, la creatividad y la innovación refieren especialmente a la fase de ideación del proceso creativo e innovador. Mostrando la importancia del contexto en dicho proceso, en una muestra de educación e intervención social de la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante CAPV) se encontró que a mayor percepción de la cultura organizacional como transformacional y mayor autonomía laboral, más originales y eficaces eran las propuestas de mejora en sus centros de trabajo (da Costa, 2018).

Los objetivos de este estudio fueron conocer cómo se comportan algunas de las variables analizadas en la muestra de la CAPV, en Chile y Uruguay, así también como se relacionan con la creatividad y el bienestar. Postulamos que los indicadores de creatividad e innovación se asociarían al bienestar, así como a factores organizacionales e individuales. Aplicando un análisis multinivel se esperaba que un clima de bienestar grupal de calidad de vida asociada a la salud se asociase a una mayor creatividad aplicada o innovación.

MÉTODO

La investigación se llevó a cabo entre los años 2014 a 2016

PARTICIPANTES

La muestra de la CAPV se conformó con *N* = 300 profesionales (79% mujeres) de entre 25 y 60 años (*M* = 45,01, *DT* = 9,07) de centros educativos públicos y programas de intervención social. La de Chile con *N* = 369 profesionales (66,4% mujeres) de entre 19 y 66 años (*M* = 34,08 *DT* = 11,85) de organizaciones educativas de Santiago, Región, Sur y centro sur. Y la de Uruguay con *N* = 737 profesionales (91% mujeres) de entre 22 y 69 años (*M* = 43,56, *DT* = 9,73) de educación e intervención social de la Institución pública del país (*k*= 57, 94, 44% de la muestra total). Y de un programa socio-organizacional.

MATERIALES

Pemberton Happiness Index PHI (Hervas & Vázquez, 2013). Contiene 11 ítems relacionados con distintos ámbitos del bienestar. Se responde en una escala tipo *Likert* (0 = *totalmente en desacuerdo* y 10 = *totalmente de acuerdo*). α = ,86

- *PVQ-21* (Schwartz, 2012). Si midieron los valores de apertura al cambio, auto-promoción y auto-trascendencia. Se responde en una escala tipo *likert* se parece mucho a mi = 6 a 1 = no se parece nada a mí. $\alpha \leq$,70

- *SF-36* (Ware & Sherbourne, 1992). Compuesta de 14 preguntas sobre salud física, mental y energía, se responde en una escala *Likert siempre* = 1 a 6=*nunca*. α = ,79 salud general, ,74 salud mental y ,78 vitalidad.

- *Escalas Setterlind* (Setterlind & Larsson (1995) en Centro de Referencia de Organización del Trabajo y Salud, 2010). La escala de síntomas conductuales, cognitivos y somáticos del estrés se ocupa de distintas formas de conducta que muchas veces se relacionan con el estrés. α = ,85 a ,98.

- *DES*. Fredickson (2009) propone 20 adjetivos que describen cada emoción a niveles de intensidad diferente con una escala de 5 grados donde *nada* = 0 a 4 = *mucho*. α = ,83 para emociones positivas y ,89 negativas.

- *SLSW* (Diener, 1996). Consta de 5 ítems y se responden en una escala de *muy insatisfactorio* = 1 a 10 = *muy satisfactorio*. α = ,70

- *CoPsoQ – Manual Istas 21 (versión 1.5)*. Centro de Referencia y Organización del Trabajo, 2010. Se aplicaron las subescalas de exigencias psicológicas del trabajo o estrés; control sobre los contenidos, condiciones de trabajo y posibilidades de desarrollo o autonomía y apoyo social, calidad de liderazgo y claridad de rol (α = ,78 a ,86).

- *Emotional Creativity Inventory Short* (ECI-S) Versión en castellano de Soroa, Gorostiaga, Aritzeta & Balluerka (2013). Este cuestionario evalúa preparación o disposición emocional, novedad y eficacia/autenticidad. Rango de respuesta tipo *Likert totalmente en desacuerdo* = 1 a 6 = *totalmente de acuerdo*. α = ,83

- *Organizational Description Questionnaire ODQ* (Bass & Avolio, 1993). Permite caracterizar a los entornos organizacionales como predominantemente transformacionales o transaccionales a través de 28 ítems. α < ,70 para cultura transformacional, se encontró diferencias entre países para cultura transaccional.

- *Prueba de Imaginación Creativa para Adultos - PIC-A* (Artola et al., 2012). Se utilizaron dos medidas de creatividad verbal o narrativa. Jueces independientes evaluaron las tareas siguiendo las indicaciones del manual. El índice de acuerdo (CCI) en los tres países fue superior a ,70 $p < 0{,}001$. Se creó una sola variable de creatividad cognitiva.

- *Cuestiones sobre el funcionamiento del centro de trabajo* (da Costa, 2018). Se propuso responder sobre las prácticas que consideraban debían mantenerse, así como aumentar o disminuir en su centro de trabajo. Y que propusieran nuevas prácticas para la mejora. Se solicitó a cinco jueces expertos que evaluaran las respuestas de manera independiente (originalidad y eficacia de nada = 0 a 10 = mucho). El nivel de acuerdo por país (r = ,88 (CAPV), r = ,94 (Chile) y r = ,93 (Uruguay) permitió crear una sola variable (0+E).

PROCEDIMIENTO

Los instrumentos fueron respondidos de manera presencial en papel y on line siempre supervisados por los autores u otros profesionales que recibieron formación para ello. La participación fue voluntaria. Las instrucciones y las condiciones de aplicación garantizaban la confidencialidad de las respuestas.

DISEÑO

Se utilizó un diseño correlacional o transversal con muestras de conveniencia apareadas en características laborales.

RESULTADOS

Se correlacionaron los indicadores de creatividad e innovación con los factores organizacionales (tabla 1), individuales (tabla 2) y de bienestar (tabla 3). Se calculó el tamaño medio del efecto con el programa Comprehensive Meta Análysis (CMA) v3. Los tamaños del efecto de modelo fijo (presupone las muestras pertenecen a una población común), fueron esencialmente iguales a los del modelo aleatorio (presupone que las muestras pertenecen a universos diferentes). Las pruebas de Q mostraron diferencias estadísticamente significativas, en autonomía, apertura y universalismo. Tomada literalmente esta prueba permite afirmar que existen efectos comunes.

La creatividad aplicada o innovación (innova) se asoció negativamente a la cultura transaccional en los tres países, $\bar{r}$ (modelo fijo) = -,095 IC 95% [-,017, -,18]. La prueba de heterogeneidad fue significativa Q (2) = 11,481, p = ,003 (su efecto fue muy fuerte en Chile e inexistente en Uruguay).

Tabla 1
Factores organizacionales de la creatividad e innovación

	CAV (n = 277 y 210)		Chile (n =138 y 78)		Uruguay (n = 371 y 373)	
	Crea[1]	Innova[2]	Crea[1]	Innova[2]	Crea[1]	Innova[2]
ODQtransformacional	,082†	,089†	-0,060	,062	-,055	-,050
ODQtransaccional	-,024	-,103†	0,080†	-,421**	-,056	-,019
Istas 1 (estrés)	-,045	-,042	0,136†	,074	-,045	-,027
Istas 2 (autonomía)	,115*	,179**	-0,070	,053	,078†	,093†
Istas 4 (Apoyo y L)	,069	,082†	-0,067	,106	,065	,004

Nota. †$p < ,10$; *$p < ,05$; **$p < ,01$ [1]Crea = PIC-A j1 y j3; [2]Innova = Originalidad y eficacia de las respuestas abiertas. En negrita asociaciones significativas o marginales esperadas.

Las tres muestras mostraron una asociación positiva entre autonomía e innova, $\bar{r}$ = ,116 IC 95% [,040, ,191]. La prueba de heterogeneidad Q fue no significativa.

La creatividad emocional se asoció positivamente a la creatividad cognitiva en los tres países, aunque solo lo hizo significativamente en la CAPV, $\bar{r}$ (modelo fijo) = ,114, IC 95% [,043, ,182]. También se asoció positiva y significativamente a la innovación en la CAPV y en Uruguay, $\bar{r}$ = ,105, IC [,029, ,180], en ambos casos la prueba de heterogeneidad Q fue no significativa. El ítem de apertura al cambio que refiere al auto-concepto creativo se asoció positivamente a la creatividad cognitiva y a innovación en las tres muestras, $\bar{r}$ = ,13, IC 95% [,042, ,224] y $\bar{r}$ = ,13, IC 95% [,061, ,211]. En ambos casos, la prueba de heterogeneidad Q fue no significativa.

El universalismo se asoció positivamente en los tres países tanto a creatividad cognitiva como a innovación, $\bar{r}$ = ,10, IC 95% [,032, ,170]. La prueba Q fue no significativa. El valor de logro se asoció a la creatividad cognitiva $\bar{r}$ = ,11, IC 95% [,041, ,180], Q (2) = 6,697, p = ,035 y a la innovación; $\bar{r}$ = ,098, IC 95% [,021, ,173], Q (2) = 6,017, p = ,049 en la CAPV. En menor medida también lo hizo en Uruguay. La calidad de vida vinculada a la salud hizo lo propio con la creatividad cognitiva para ambos países, $\bar{r}$ = ,133, IC 95% [,063, ,201], Q (2) = 12,49, p = ,002.

En este estudio, se ha querido explorar cómo el hecho de permanecer en un centro de educación o de educación e intervención social puede actuar como contexto colectivo que influencia los procesos de creatividad e innovación que se da en ellos. Se realizó un análisis multinivel o jerárquico con el procedimiento MIXED del SPSS (versión 22). Se unificó la creatividad cognitiva evaluada con el PIC-A con la variable innova (r = 0,29, p = ,001). Los centros de Uruguay (k = 25) y sus miembros (n = 355) fueron las unidades de análisis. La calidad de vida media asociada a la salud (SF36) y el sector laboral al que pertenecían las personas (1 = educación, 2 = intervención social) fueron las variables explicativas de nivel 2.

El bienestar asociado a la salud es un tema de comunicación social y permea el clima organizacional, esto justifica que su media se conciba como un indicador colectivo del estado de salud del grupo. El tipo de trabajo y la estructura organizacional entre los centros son lo suficientemente diferentes para justificar utilizarlas como variable predictora. Como variable de nivel 1, se utilizó la permanencia/no permanencia en el sector laboral a largo plazo, una variable de intención conductual que representa claramente

Tabla 2
Factores organizacionales de la creatividad e innovación

	España (n = 280 y 213)		Chile (n =135 y 78)		Uruguay (n = 371 y 373)	
	Crea[1]	Innova[2]	Crea[1]	Innova[2]	Crea[1]	Innova[2]
ECI-S	,223**	,134*	,063	-,095†	,046	,129**
Apertura	,243**	,175**	-,081†	-,155†	-,029	-,023
Item1 apertura	,215**	,159**	,108†	,125†	,077†	,127**
Universalismo	,131*	,090†	,006	,078†	,094*	,062
Logro	,225**	,157*	-,019	-,162†	,070†	,116*

Nota. †p < ,10; *p < ,05; **p < ,01 [1]Crea = PIC-A j1 y j3; [2] Innova = Originalidad y eficacia de las respuestas abiertas. En negrita asociaciones significativas o marginales esperadas.

Tabla 3
Bienestar, compromiso laboral, calidad de vida, reacciones de estrés, creatividad e innovación

	CAV (n = 279 y 213)		Chile (n =135 y 78)		Uruguay (n = 373 y 383)	
	Crea[1]	Innova[2]	Crea[1]	Innova[2]	Crea[1]	Innova[2]
Balanza de afectos	-,034	,108†	,006	,144	,086†	-,002
PHI	,211**	,088†	-,167*	,271**	,029	,029
SLSW	,040	,078†	,027	-,008	-,013	,023
ESL3	,074†	,050	,049	-,190†	,040	,128**
SF-36	,251**	-,050	-,117†	,102	,131*	,073†
Setterlind	,013	-,042	-,009	,220*	,059	,103*

Nota. †p < ,10; *p < ,05; **p < ,01 [1]Crea = PIC-A j1 y j3; [2] Innova = Originalidad y eficacia de las respuestas abiertas. En negrita asociaciones significativas o marginales esperadas 3Compromiso Laboral (ad hoc)

Tabla 4
Análisis de medias, desviación típica e intercorrelaciones entre las variables Innova, Neducativo, calidad de vida asociada a la salud (SF-36), sector laboral (SL) y permanencia/no permanencia en el sector

	M (SD)	1	2	3	4	5
1.-Innova	130,98 (48,05)	-				
2.-NEduca1	4,32 (,686)	,22**	-			
3.-SF36	53,06 (9,76)	,16**	,18**	-		
4.-SL	1,14 (0,35)	,30**	,44**	,11**	-	
5.-Permanencia/no P.2	1,62 (0,54)	,16**	-,042	,11*	,012	-

Nota. *p < ,05; **p < ,01 [1]1, 2 y 3 =no universitario; 4=diplomado, 5=licenciatura, 6=master/maestría, 7=doctorado, 8=otros (carreras técnicas equivalentes). [2]1 = no pretendo permanecer y 2 = pretendo permanecer en el sector a largo plazo

una actitud positiva hacia la organización y el rol laboral. Todas las variables independientes fueron centradas.

Se esperaba que la media de bienestar (calidad de vida) vinculada a la salud se asociase a una mayor innovación grupal (H4a). Esta última sería explicada por pertenecer a uno u otro sector (H4b). También se esperaba que la disposición a permanecer en el sector se relacionará con una mayor innovación individual (H4c). Finalmente, se postuló que una media grupal de mayor calidad de vida asociada a la salud (4d) y pertenecer a una u otra área (4e) reforzaría la disposición a permanecer en el sector a largo plazo con la creatividad e innovación.

Se realizó un ANOVA de un factor para examinar la variabilidad existente entre los centros en comparación con la de sus miembros. A partir de este análisis se estimó el coeficiente intraclase (CCI)

Tabla 5
Estimación de los parámetros de efectos fijos.

Modelo	Parámetro	Estimación	Error típico	GI	T	*p*
AEA	Intersección	121,93	5,25	24,155	23,215	,001
RMR	Intersección	128,05	4,09	17,366	31,26	,001
	MSF36cent	3,990	1,15	18,893	3,447	,003
	SLcentrada	21,06	7,84	2,943	2,684	,008
	MSF36cent	3,806	1,13	18,837	3,342	,003
	SLcentrada	21,05	7,89	261,544	2,667	,008
	Pertenenciacent	11,27	4,64	283,575	2,430	,016
RCA	Intersección	123,63	5,046	23,46	24,50	,001
	Pertenenciacent	12,91	5,16	11,664	2,500	,028
RMPR [a]	Intersección	129,13	4,14	17,642	31,20	,001
	MSF36cent	3,67	1,21	18,708	3,041	,007
	SLcentrada	22,49	13,73	284,909	1,64	,103
	Mpertenenciacent	13,65	5,78	23,14	2,36	,027
	MSF36cent*	-,590	4,27	191,721	-0,138	,890
	SLcentrada					
	SLcentrada*	17,14	24,97	204,854	0,712	,477
	Pertenenciacent					
	MSF36cent*	-,812	1,70	20,244	-0,477	,638
	Pertenenciacent					
	MSF36cent*	-2,69	7,48	159,167	-0,360	,719
	SLcentrada*					
	Pertenenciacent					
RMPR (b)	Intersección	128,84	3,83	12,600	33,58	,001
	MSF36cent	3,74	1,10	14,878	3,390	,004
	SLcentrada	20,57	7,71	103,36	2,66	,009
	Mpertenenciacent	12,59	5,02	10,75	2,50	,030
	MSF36cent*	-,55	1,51	18,779	-0,367	,718
	Pertenenciacent					
	SLcentrada*	9,59	12,44	155,36	0,771	,442
	Pertenenciacent					

Tabla 6
Estimación de los parámetros de covarianza o efectos aleatorios

Modelo	Parámetro		Estimación	Error típico	Wald Z	*p*
AEA	Residuos		1766,16	146,69	12,04	,001
	Centro	Varianza	505,39	195,77	2,58	,010
RMR	Residuos		1750,07	147,91	11,83	,001
	Centro	Varianza	218,63	124,53	1,75	,079
ACEA	Residuos		1795,66	157,13	11,43	,001
	Intersección (miembro = centro)	Varianza	178,42	117,48	1,52	,129
RCA	Residuos		1805,76	158,70	11,38	,001
	Intersección + centro (miembro = centro)	NE (1,1)	419,73	179,11	2,343	,019
		NE (2,1)	-49,34	106,68	-0,463	,644
		NE (2,2)	43,58	112,40	0,388	,698
RMPR (a)	Residuos		1783,31	159,27	11,19	,001
		NE (1,1)	159,10	121,15	1,31	,189
		NE (2,1)	-84,18	109,25	-0,771	,441
		NE (2,2)	44,54	124,28	0,358	,720
RMPR (b)	Residuos		1761,71	157,15	11,21	,001
		NE (1,1)	159,93	122,79	1,30	,193
		NE (2,1)	-79,61	113,40	-0,702	,483
		NE (2,2)	39,64	126,40	0,314	,754

para la variable dependiente y la independiente no dicotómica. El efecto centro fue significativo para innova F (24, 289) = 5,02, $p <$,001 y para calidad de vida asociada a la salud F (23, 287) = 1,98, $p <$,005. El 22% de la variable dependiente se explica por la pertenencia a los centros.

Aunque el análisis se realizó sobre cinco modelos, solo se hará referencia a dos de ellos. El modelo nulo o de efectos aleatorios (AEA) es sin VI y muestra que la innovación observada no es la misma en todos los centros. Las tablas 5 y 6 muestran el contraste de los diferentes modelos. En cada uno se representa los coeficientes estimados y las desviaciones típicas de los parámetros fijos y aleatorios. Para compararlos, se utilizó la diferencia entre los estadísticos de desvianza. El modelo nulo recoge el valor estimado de la intersección o constante que es el parámetro de efectos fijos presentes. Esta es una estimación de la media general de los 25 centros en la variable innovación e indica que la innovación media es > 0.

El modelo RMPR o 5a integra efectos aleatorios para la variable de nivel individual (1) y de nivel colectivo (2), así como la interacción entre las de distinto nivel. Un modelo más parsimonioso (5b) replica los resultados reduciéndose la varianza de las variables de manera más importante. Es decir, a medida que aumenta la calidad de vida asociada a la salud, la media de innovación se incrementa 3,74 unidades (ver figura 1). Controlando el efecto de la calidad de vida vinculada a la salud grupal, las personas del sector de intervención social presentan una puntuación en innovación media de 20,57 unidades, superior a la de los de educación. Las personas que pretenden permanecer en el sector laboral actual a largo plazo muestran una puntuación en innovación individual de 12,59 unidades, en comparación con quienes no pretenden permanecer en él.

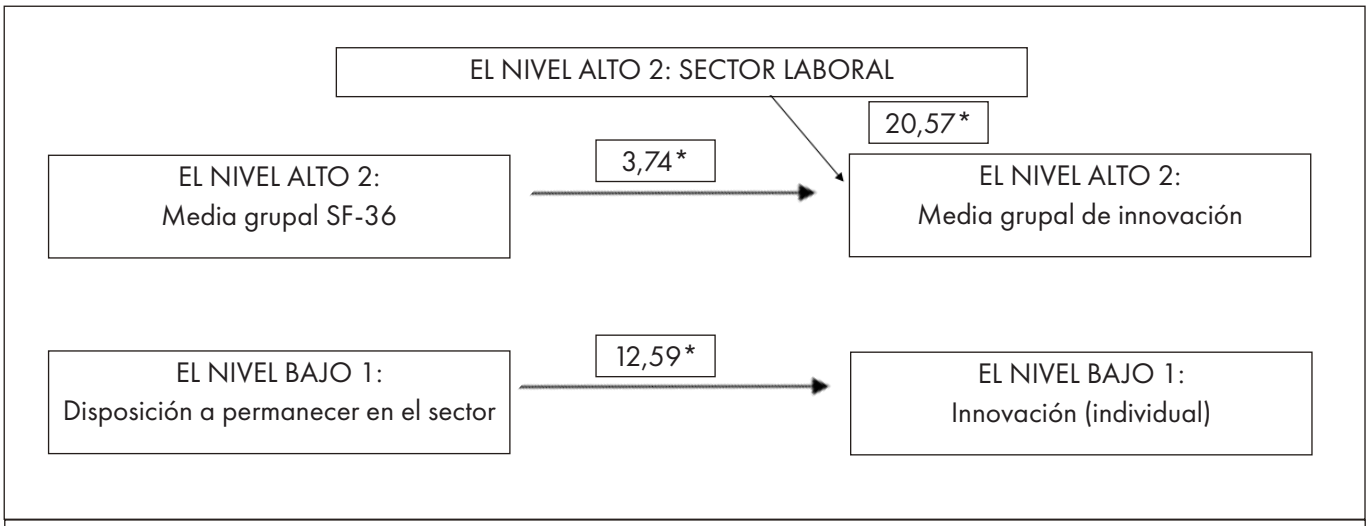


Figura 1. Modelo 5b. Efectos individuales, colectivos y entre niveles observados: calidad de vida vinculada a la salud, sector laboral al que se pertenece, disposición a permanecer en él a largo plazo e innovación. La interacción del coeficiente aleatorio es significativa. El modelo aleatorio (random) es mejor que el fijo (fixed) $*p < ,05$; $**p < ,01$

Sin embargo, las variables colectivas no explican la diferencia de fuerza de asociación entre las variables individuales. Puesto que la desvianza del modelo 5b es menor que la de los anteriores (5a, 4 y 3) y que es significativamente menor que el modelo de efectos fijos (3), parece que un modelo que incluye pendientes aleatorias consigue un mejor ajuste que el que no las incluye.

DISCUSIÓN

Postulamos que los indicadores de creatividad se asociarían al bienestar al igual que a factores organizacionales e individuales favorables al anterior (por ejemplo, el alto apoyo social y liderazgo de calidad o los valores de trascendencia). Sin embargo, la relación entre bienestar y creatividad no se manifestó como se esperaba. Solo la calidad de vida vinculada a la salud se asoció a la creatividad, explicando el 2% de la varianza. Su efecto fue significativo para la creatividad cognitiva y heterogéneo para innovación. Esto también ocurrió a nivel colectivo, un clima de bienestar grupal de alta vitalidad y baja sintomatología se asoció a mayor innovación media en los centros de Uruguay. La intención individual de permanecer en el sector laboral actual a largo plazo también predijo una mayor innovación.

La cultura transaccional se asoció a menor innovación, mientras que lo contrario ocurrió con la autonomía del rol laboral. Una mayor originalidad y eficacia de propuestas de mejora se asocia a tener más control, libertad de decisión y autodeterminación en el rol laboral, así como a una cultura organizacional menos normativa y reglada. Los factores individuales que refuerzan la creatividad tienen que ver con atender a las emociones, vivir emociones menos frecuentes y más complejas, y expresarlas adaptativamente; valorar la creatividad, la justicia y el bienestar general.

El valor de logro y la calidad de vida vinculada a la salud se asociaron a la creatividad cognitiva heterogéneamente, haciéndolo más fuertemente en contextos culturales menos colectivistas. Concretamente, en la CAPV (de cultura más individualista) se constataron más asociaciones como las esperadas con la creatividad e innovación, mientras que esto ocurrió en menor medida en Uruguay (de cultura intermedia) y de manera mucho más limitada en muestra chilena (de cultura relativamente colectivista). Valorar el rendimiento y el bienestar se asoció a la creatividad e innovación en una cultura individualista o de nivel medio, en los que el rendimiento y la afectividad son más relevantes psicológicamente que en culturas colectivistas.

CONCLUSIONES

Los resultados corroboran que la creatividad y la innovación requieren de apoyo y contexto que faciliten su desarrollo. En este sentido, sería deseable que las estructuras de liderazgo les fomenten -para poner en valor-, protejan los logros, impulsen las iniciativas y monitoricen su alcance y resultados. Los resultados también sugieren que junto al bienestar, la innovación será mayor en ambientes sociales donde la cultura transaccional sea menor, la autonomía y calidad de vida mayor, donde se fomente la creatividad, estén

presentes valores de logro y universalismo y exista un alto compromiso laboral. Además, es posible que se potencien entre ellas.

Finalmente, los resultados de este estudio pretenden ser un aporte para la mejora en las organizaciones, así como de sus trabajadores que tan relevante papel cumplen en la formación integral de niñas/os, jóvenes y atención a sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artola, T., Barraca, J., Mosteiro, P., Ancillo, I., Poveda, B. & Sánchez, N. (2012). *PIC-A: Prueba de imaginación creativa para adultos*. Madrid: TEA.

Bass, B.M. & Avolio, B.J. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public Administration Quarterly, 17*(1), 112-121.

Centro de Referencia de Organización del Trabajo y Salud (2010). *Manual del método CoPsoQ-Istas21 (versión 1.5) para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales para empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras*. Barcelona, ES: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.

da Costa, S. (2018). They didn´t know it was impossible so they did it! Procesos de creatividad e innovación en sistemas sociales complejos abiertos: afectividad, motivación y emoción. Tesis doctoral de la Universidad del País Vasco. Accesible en https://addi.ehu.es/handle/10810/29428

Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In H.Gad., A. Blanco & J. Georgas (Eds.). *Key issues in Cross-cultural Psychology* (pp. 319-330). Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers.

Hervas, G. & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: the Pemberton Happiness Index. *Health and Quality of Life Outcomes, 11*(66).

House, R.J., Dorfman, P.W., Javidan, M., Hanges, P.J., & de Luque, M.F.S. (2014). *Strategic leadership across cultures: GLOBE study of CEO leadership behavior and effectiveness in 24 countries*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.

Schwartz, S.H. (2012). An overview of the Schwartz theory of basic values. *Online Readings in Psychology and Culture, 2*(1).

Soroa, G., Gorostiaga, A., Aritzeta, A. & Balluerka, N. (2015). A shortened Spanish version of the emotional creativity inventory (ECI-S). *Creativity Research Journal, 27*(2), 232-239.

Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473-8.

LA INFLUENCIA DEL FATALISMO SOCIAL EN LA SALUD POSITIVA DE LAS SOCIEDADES. UN ANÁLISIS EMPLEANDO ESTÍMULOS PARCIALMENTE ESTRUCTURADOS

Darío Díaz[1], Miriam Bajo[1] y Beatriz Gandarillas[2]
[1]Departamento de Psicología, Universidad de Castilla la Mancha, Ciudad Real, España
[2]Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Resumen: El objetivo de esta investigación ha consistido en estudiar la relación entre el fatalismo colectivista/individualista y el bienestar desde una perspectiva sociocultural multifactorial, empleando una nueva medida de bienestar de carácter indirecto basada en estímulos parcialmente estructurados. Para ello se emplearon dos muestras diferentes de Colombia (fatalismo colectivista) y España (fatalismo individualista). Respecto a las medidas explícitas se replicaron los resultados de investigaciones previas: en culturas individualistas el fatalismo social estuvo negativamente relacionado con el bienestar subjetivo, mientras que en las colectivistas un mayor fatalismo implicó, paradójicamente, un mayor bienestar. Sin embargo, empleando medidas de bienestar indirectas, tanto en las sociedades individualistas como colectivistas un incremento en el fatalismo social se relacionó con mayor bienestar, probablemente al desplazarse en las sociedades individualistas los procesos de evaluación vinculados con la satisfacción con la vida hacia la comparación social, debido a las características de los estímulos parcialmente estructurados.
Palabras clave: Fatalismo, Bienestar explícito, Bienestar implícito, Satisfacción con la vida, Estímulos parcialmente estructurados.

SOCIAL FATALISM AND WELL-BEING. AN ANALYSIS USING PARTIALLY STRUCTURED STIMULI

Abstract: The objective of this research was to study the relationship between collectivist /individualist fatalism and well-being from a multifactorial sociocultural perspective, using a new indirect well-being measure based on partially structured stimuli. Two different samples from Colombia (collectivist fatalism) and Spain (individualist fatalism) were collected. Regarding explicit measures, we replicated previous results: in individualist cultures, social fatalism was negatively related to subjective well-being, while in collectivists cultures more fatalism implied, paradoxically, more well-being. However, using indirect well-being measures, in both cultures, an increase in social fatalism was related to greater well-being, probably because in individualist societies the evaluation processes involved in life satisfaction were also based on social comparison, due to the characteristics of partially structured stimuli.
Key words: Fatalism, Explicit Well-being, Implicit Well-being, Life Satisfaction, Partially Structured Stimuli.

INTRODUCCIÓN

El estudio del fatalismo social ha estado estrechamente vinculado con la pobreza y circunscrito a contextos marcados por un débil desarrollo económico. Este fatalismo clásico se caracteriza por ser colectivista y está vinculado, por tanto, a un modelo de estructura social caracterizada por la "semejanza de las conciencias" y la "débil individuación" propia de la "solidaridad mecánica" de Durkheim (1983). Sin embargo, durante las últimas décadas ha emergido progresivamente un nuevo tipo de fatalismo "individualista" vinculado a las dificultades para hacer frente a los eventos estresantes producidos por la sociedad de riesgo global. Este fatalismo se relaciona con un modelo de sociedad en el que los intereses, motivaciones, deseos y objetivos personales dominan la vida social, dando lugar a una "solidaridad orgánica" (Blanco y Díaz, 2007).

A pesar del interés que ha suscitado el fatalismo, tanto en las ciencias de la salud como en las ciencias sociales, existen muy pocas investigaciones que hayan estudiado el fatalismo globalmente desde una perspectiva socio-cultural multifactorial que considere su doble vertiente de fatalismo colectivista e individualista (Díaz, Blanco, Bajo y Stavraki, 2015), fundamentalmente debido a la ausencia de instrumentos específicos para su medición. De hecho, aunque por parte de las ciencias de la salud se han desarrollado una gran cantidad de escalas diseñadas para analizar la incidencia de las creencias fatalistas en la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en el ámbito clínico (e.g. Powe Fatalism Inventory -PFI: Powe, 1995; FATElims: Straughan y Seow, 1998; Religious Health Fatalism Measure -RHFQ: Franklin, Schlundt y Wallston, 2008; Fatalism Scale; Shen, Condit y Wright, 2009), sin embargo, que conozcamos, solamente existía un único instrumento que permitiera medir el fatalismo desde una perspectiva socio-cultural: "The Fatalist Cultural Values Scale" (FCVS; Dake, 1992), que además contaba con la importante limitación de emplear una concepción del fatalismo unifactorial que no permitía medir adecuadamente la doble faceta del fatalismo colectivista/individualista, y además vinculada únicamente a factores culturales. Para superar las limitaciones de los instrumentos existentes, Díaz, Blanco, Bajo y Stavraki (2015) desarrollaron un nuevo instrumento para la evaluación del fatalismo social desde una perspectiva multifactorial y que englobaba todas las dimensiones características del mismo (i.e. Predeterminación, Ausencia de Control, Pesimismo y Presentismo) permitiendo además diferenciar entre las facetas colectivista/individualista, las Escalas de Fatalismo Social (EFS). Siguiendo las recomendaciones de diversos autores (e.g. Ryff, 1989; Wiggins, 1973) y el modelo revisado de la European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) para la evaluación de la calidad de los test, en el proceso de construcción de las EFS se definieron las dimensiones del instrumento considerando las contribuciones teóricas realizadas sobre el fatalismo y buscando sus puntos de convergencia.

El desarrollo de nuevos instrumentos para estudiar el fatalismo desde una perspectiva socio-cultural resulta de especial interés porque tanto en su vertiente colectivista, como en su forma individualista, afecta profundamente la salud de las sociedades en las que se inserta. Lo hace, además, no solamente a nivel individual, sino fundamentalmente a nivel social. Por ejemplo, investigaciones previas (e.g. Díaz et al., 2015) han encontrado que un mayor fatalismo colectivista implica una mayor satisfacción con la vida. Parece, por tanto, que el fatalismo colectivista se presenta como una beneficiosa estrategia de adaptación al evitar la frustración asociada a los esfuerzos inútiles por cambiar la sociedad. Esta estrategia tiene un alto precio en términos eudaemónicos, dado que reduce el bienestar social y provoca la pérdida de confianza en que se puede cambiar el mundo. Sin embargo, el fatalismo individualista, al configurarse como un estado anímico de incertidumbre, inseguridad e indefensión frente a los acontecimientos que caracterizan la sociedad del riesgo global (Blanco y Díaz, 2007), reduce todos los indicadores de bienestar (i.e. bienestar subjetivo, psicológico y social) (e.g. Díaz et al., 2015).

A pesar del importante conocimiento generado durante estas últimas décadas, en todos los estudios que han analizado la relación entre el fatalismo y el bienestar se han empleado medias directas o explícitas del bienestar. Aunque las medidas directas son muy útiles para abordar con eficacia el estudio del bienestar, tienen dos limitaciones importantes. Primero, son muy sensibles a las diferencias individuales en auto-conciencia (i.e., al hecho de que las personas difieren significativamente en su capacidad para darse cuenta y ser conscientes de sus propias opiniones y estados internos; Nisbett y Wilson, 1977) y, por tanto, en ocasiones no recogen adecuadamente todos los procesos cognitivos implicados en la construcción del bienestar. Además, en segundo lugar, son también muy sensibles a los denominados factores de respuesta (e.g. características de la demanda, control de impresiones o corrección del juicio) que pueden llevar a las personas a ocultar sus verdaderos estados internos, encubrirlos, corregirlos o falsearlos, aunque los conozcan con precisión.

Por estas razones, el objetivo de esta investigación consiste en emplear una medida de carácter indirecto que nos sirva para estudiar el bienestar superando las limitaciones de las medidas directas. Para conseguirlo hemos utilizado una medida especialmente sensible a los procesos de comparación social basada en estímulos parcialmente estructurados. Mediante

este instrumento pretendemos estudiar cómo influye el fatalismo en la salud positiva explícita e implícita (i.e. bienestar explícito e implícito) de las sociedades basadas en culturas colectivistas e individualistas. Como han encontrado diferentes investigaciones, en las culturas colectivistas existe una mayor tendencia hacia los procesos de comparación social que en las culturas individualistas (e.g. comparar los dominios o ámbitos de mi vida con los de otras personas; Chung y Mallery, 1999; Mao, 2017). Además, en las culturas individualistas cuando se emplea la comparación social (algo poco frecuente) se tiende a realizar comparaciones descendentes (comparar los dominios o ámbitos de mi vida con los de otras personas que están peor) (e.g. Chung y Mallery, 1999). En función de estos resultados nuestra hipótesis es que el fatalismo en las culturas colectivistas afectará de la misma forma tanto a la medida de bienestar subjetivo explícito (i.e. Escala de Satisfacción con la Vida), como a la medida de bienestar implícito, dado que en las sociedades caracterizadas por la solidaridad mecánica tienden a emplearse procesos de comparación social de forma espontánea. Sin embargo, esperamos que el fatalismo social característico de la solidaridad orgánica se relacione de forma negativa con el bienestar subjetivo explícito (i.e. Escala de Satisfacción con la Vida), pero positivamente con el bienestar implícito, al desplazarse en las culturas individualistas los procesos de evaluación vinculados con la satisfacción con la propia vida hacia la comparación social, debido a la naturaleza de la medida basada en estímulos parcialmente estructurados.

MÉTODO

PARTICIPANTES

- *Muestra Fatalismo Colectivista*. En este estudio participaron voluntariamente, dentro de un programa de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 80 personas de Colombia desplazadas por los conflictos violentos ocurridos en el país como consecuencia de acciones contra la población civil. Los participantes de esta muestra de conveniencia fueron 38 hombres (47,5%) y 42 mujeres (52,5%) con edades comprendidas entre 18 y 80 años. La edad media fue de 38,56 años (*D.T.* = 13,13). El número medio de personas que vivían en el hogar de los participantes seleccionados fue de 4,66 (*D.T.* = 1,78). Un 74% de los participantes poseía estudios de educación primaria, un 25% estudios superiores no universitarios, y un 1% poseía un grado universitario o licenciatura.

- *Muestra Fatalismo Individualista*. En este estudio participaron voluntariamente, y sin recibir gratificación alguna, 120 personas de población general de España reclutados mediante anuncios publicados en tablones universitarios. Se recibieron 348 solicitudes para participar, de los que se seleccionaron 120 mediante un procedimiento de muestreo aleatorio simple. Los participantes finales fueron 32 hombres (26,7%) y 88 mujeres (73,3%) que presentaron edades comprendidas entre 18 y 56 años. La edad media fue de 21,53 años (*D.T.* = 5,61). El número medio de personas que vivían en el hogar de los participantes seleccionados fue de 3,26 (*D.T.* = 1,15). Un 11% de los participantes poseía estudios de educación primaria, un 61% de educación secundaria y bachillerato, un 23% poseían un grado universitario o licenciatura y un 5% un doctorado.

MATERIALES

- *Escalas de Fatalismo Social*. Este instrumento está compuesto por un total de 17 ítems que permiten medir cuatro dimensiones diferentes: Predeterminación (6 ítems, e.g. Pienso que existe un guion sobre las cosas que nos van a pasar en la vida), Ausencia de Control (4 ítems, e.g. No tengo la capacidad para modificar las cosas), Pesimismo (3 ítems, e.g. En la gente no se puede confiar) y Presentismo (4 ítems, e.g. Lo único importante es el presente, el "aquí" y el "ahora") (Ver Anexo 1). Todas las escalas cuentan con una adecuada fiabilidad y la estructura propuesta de cuatro dimensiones con/sin un factor general de fatalismo de segundo orden ha sido comprobada mediante análisis factoriales confirmatorios (Díaz, Blanco, Bajo y Stavraki, 2015). Los participantes respondieron a los ítems utilizando un formato de respuesta de categorías ordenadas con puntuaciones comprendidas entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 6 (*totalmente de acuerdo*).

- *Bienestar Subjetivo*. Para medir la satisfacción con la vida se empleó la escala propuesta por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) validada al castellano por Cabañero, et. al. (2004). Esta escala, compuesta por cinco ítems, ha mostrado a lo largo de diferentes estudios (e.g. Pavot y Diener,

1993) unas buenas propiedades psicométricas. En este estudio los participantes respondieron a cada uno de los ítems utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo).

- *Bienestar Implícito*. Empleando el mismo procedimiento utilizado por Vargas, Von Hippel y Petty (2004), cuatro investigadores expertos en el estudio del bienestar redactaron un estímulo donde se describía de forma breve y ambigua la vida de una tercera persona intentando recoger algunos de los principales dominios de la satisfacción con la vida (e.g. Cummins, 1996), balanceando todo lo posible los contenidos positivos y negativos. ("Manuel tiene 42 años y trabaja en una empresa multinacional. Aunque está contento con su trabajo, a veces tiene que viajar mucho. Tiene dos hijos (una hija y un hijo), con los que mantiene una relación normal; lo cierto es que le cuentan bastantes cosas, pero en ocasiones le gustaría que la confianza fuera mayor. Aunque le gustaría poder hacer más planes con sus amigos, cuando sale con ellos suele pasárselo bien. Aunque está bastante contento con su vida, hay muchas veces que piensa que hay cosas que podrían mejorar"). La tarea de los participantes consistió en describir la satisfacción con la vida de la persona incluida en el estímulo (e.g. Manuel) empleando una escala con puntuaciones comprendidas entre 1 (*baja satisfacción*) y 9 (*alta satisfacción*). De acuerdo con la lógica de esta medida, los participantes deberían codificar el escenario de diferente forma en función de su propia satisfacción con la vida. Las personas muy satisfechas con su vida deberían considerar que Manuel estaría poco satisfecha con su vida. Por el contrario, las personas poco satisfechas con su vida deberían encontrarla como satisfactoria. Se invirtieron las puntuaciones para que mayores puntuaciones indicaran un mayor bienestar.

PROCEDIMIENTO

El estudio fue presentado como una investigación sobre la importancia de diversos rasgos de personalidad, creencias y actitudes a la hora de evaluar globalmente el bienestar. Todos los participantes fueron citados en un laboratorio de cabinas y tras asegurarles que toda la información recogida en el cuestionario era confidencial y anónima, firmaron un consentimiento informado y se les asignó un número personal de identificación. Cada participante recibió un cuadernillo que contenía, por este orden, las Escalas de Fatalismo Social, la Escala de Satisfacción con la Vida y la Medida de Bienestar Basada en Estímulos Parcialmente Estructurados (MBEPE). El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la universidad Autónoma de Madrid.

DISEÑO

Se empleó un diseño correlacional transversal.

RESULTADOS

- *Muestra Fatalismo Colectivista*. Tal y como esperábamos y como se refleja en la Tabla 1, cuanto mayores fueron los valores del fatalismo, mayor fue también el bienestar subjetivo. Lo mismo sucedió con la medida implícita, mayor fatalismo implicó un mayor bienestar implícito.

- *Muestra Fatalismo Individualista*. De acuerdo con nuestras hipótesis, en los resultados se encontró que el fatalismo individualista estuvo negativamente relacionado con la Escala de Satisfacción con la Vida, pero positivamente con el bienestar implícito (ver Tabla 2).

Tabla 1
Correlaciones de Pearson del Fatalismo Social con los Indicadores de Bienestar Explícito e Implícito

Colombia					
	Predeterminación	Pesimismo	Presentismo	Aus. de Control	Factor General
Satisfacción	,34**	,20*	,42**	,24*	,41**
MBEPE	,27*	,28*	,35**	,31*	,38**
* $p < ,05$, ** $p < ,01$					

Tabla 2
Correlaciones de Pearson del Fatalismo Social con los Indicadores de Bienestar Explícito e Implícito

España					
	Predeterminación	Pesimismo	Presentismo	Aus. de Control	Factor General
Satisfacción	-,07	-,06	-,24**	-,19*	-,17*
MBEPE	,22*	,22*	,03	,20*	,21*

* $p < ,05$, ** $p < ,01$

DISCUSIÓN

En la presente investigación hemos pretendido estudiar, en primer lugar, cómo influye el fatalismo en la salud positiva explícita e implícita (i.e. bienestar explícito e implícito) de las sociedades caracterizadas por la solidaridad mecánica. Como primer resultado hemos replicado los resultados encontrados en el estudio de Díaz y colaboradores (2015), dado que el fatalismo en culturas colectivistas (i.e. Colombia), estuvo positivamente relacionado con el bienestar subjetivo. También hemos extendido estos resultados al bienestar implícito, ya que en una muestra colectivista un mayor fatalismo implicó también mayores puntuaciones en la medida implícita. Dado que la medida de bienestar implícito que hemos empleado es una medida indirecta de satisfacción con la vida basada en la comparación social (presente de forma habitual en las sociedades colectivistas), esperábamos que se mantuviera esta relación positiva, aunque paradójica.

Parece, por tanto, que el fatalismo en sociedades basadas en la solidaridad mecánica funciona como un mecanismo de regulación sobre los procesos de comparación horizontal, es decir, ajusta a la baja los deseos y metas sobre la propia vida. En menor medida tienen que estar afectando al bienestar subjetivo (tanto explícito como implícito) los procesos de comparación social que se producen de forma natural en este tipo de sociedades, dado que como en las sociedades colectivistas no existe la tendencia de comparación descendente presente en las sociedades individualistas, estos procesos deberían conducir a una relación negativa entre fatalismo y bienestar subjetivo.

En segundo lugar, en la presente investigación se ha analizado la relación entre el fatalismo y la salud positiva explícita e implícita (i.e. bienestar explícito e implícito) de las sociedades imbuidas en la solidaridad orgánica. Respecto al bienestar explícito (i.e. satisfacción con la vida), hemos replicado los resultados encontrados en la muestra colectivista, puesto que el fatalismo en culturas individualistas (i.e. España), se relacionó negativamente con el bienestar subjetivo. Sin embargo, los resultados encontrados referentes a la relación entre el fatalismo individualista y el bienestar implícito fueron diferentes. De acuerdo con nuestra hipótesis, un mayor fatalismo implicó también un mayor bienestar implícito. Para poder explicar estos resultados debemos recurrir a los procesos cognitivos implicados en la evaluación de la satisfacción de la propia vida.

En las culturas individualistas (vs. colectivistas) existe una mayor tendencia hacia los procesos de comparación horizontal o temporal que a los procesos de comparación social (e.g. Chung, y Mallery, 1999). Como ya hemos comentado, los procesos de evaluación comparativa horizontal son aquellos en los que se evalúan todos los dominios o aspectos de mi vida –familia, amigos, trabajo- en un momento determinado para comprobar si se acercan a mis deseos y metas. Por el contrario, en los procesos de evaluación temporal se comparan los dominios o ámbitos de la vida actual frente a la vida pasada (o futura). Considerando estos procesos, en las sociedades individualistas el fatalismo social debería incrementar el bienestar subjetivo al desplazar la medida empleada los procesos de evaluación de la satisfacción con la vida hacia la comparación social. Como, además, en las culturas individualistas cuando se emplea la comparación social (algo poco

frecuente) se tiende a realizar comparaciones descendentes (comparaciones con la vida –dominios o entornos- de otras personas que están peor) (e.g. Chung y Mallery, 1999), este efecto debería ser especialmente relevante. Los resultados encontrados en este estudio señalaron en esa dirección, dado que un mayor fatalismo implicó también un mayor bienestar subjetivo (i.e. satisfacción con la vida) de carácter implícito.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación conducen a diferentes conclusiones. La primera, paradójica y perversa a partes iguales, es que como en las sociedades colectivistas un mayor fatalismo implica una mayor satisfacción con la vida explícita e implícita, el fatalismo parece presentarse como una beneficiosa estrategia de adaptación al evitar la frustración asociada a los esfuerzos inútiles por cambiar la sociedad. De esta forma se reducen las expectativas, las metas se hacen más realistas y aumenta el bienestar subjetivo. Sin embargo, esta estrategia tiene un alto precio en términos eudaemónicos, dado que reduce el bienestar social y provoca la pérdida de confianza en que se puede cambiar el mundo. En definitiva, empleando las palabras de Deepa Narayan en la "La voz de los pobres", provoca que las personas piensen que "si uno tiene hambre, siempre pasará hambre; si uno es pobre, siempre será pobre" (Narayan, 2000, p. 43).

El panorama en las sociedades caracterizadas por la solidaridad orgánica no es mucho más alentador. Frente a lo sucedido en las sociedades caracterizadas por la solidaridad mecánica, el efecto paradójico de incremento de la satisfacción con la vida no se produce debido a las características particulares de las sociedades individualistas, aunque este fenómeno sí que sucede en el bienestar implícito debido probablemente al desplazamiento de los procesos cognitivos implicados en la evaluación de la satisfacción con la vida hacia la comparación social.

En términos aplicados las consecuencias desde el punto de vista de la intervención social son similares para ambas sociedades y convergen en la necesidad de incrementar el empoderamiento social, bien para promover la acción social dirigida a trasformar el entorno, bien para fortalecer la comunidad y reducir la incertidumbre asociada a la percepción de riesgo global.

• Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades del Gobierno de España (PSI2017-83303-C2-2-P).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blanco, A., y Díaz, D. (2007). El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema, 19,* 552-558.

Cabañero, M. J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A., y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema, 16,* 448-455.

Chung, T., y Mallery, P. (1999). Social comparison, individualism-collectivism, and self-esteem in China and the United States. *Current psychology, 18,* 340-352.

Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research, 38,* 303-328.

Dake, K. (1992). Myths of nature: Culture and the social construction of risk. *Journal of Social Issues, 48,* 21-37.

Díaz, D., Blanco, A., Bajo, M., y Stravaki, M. (2015). Fatalism and well-being across Hispanic cultures: The social fatalism scales (SFS). *Social Indicators Research, 124,* 929-945.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49,* 71-75.

Durkheim, E. (1982). *La división del trabajo social.* Madrid: Akal.

Franklin, M., Schlundt, D. y Wallston, K. (2008). Development and validation of a religious health fatalism measure for the African-American faith community. *Journal of Health Psychology, 13,* 323–335.

Mao, X. (2017). *Cultural similarities and differences of social comparison on Instagram* (Tesis doctoral). Ohio State University. Ohio.

Narayan, D. (2000). *La voz de los pobres. ¿Hay alguien que nos escuche?* Madrid: Mundi-Prensa.

Nisbett, R. E., y Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review, 84,* 231-259.

Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment, 5,* 164-172.

Powe B. D. (1995). Fatalism among elderly African Americans: Effects on colorectal screening. *Cancer Nursing, 18,* 385–392.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 1069-1081.

Shen, L., Condit, C. M., y Wright, L. (2009). The psychometric property and validation of a fatalism scale. *Psychology and Health, 24,* 597-613.

Straughan P. T., y Seow A. (1998). Fatalism reconceptualized: A concept to predict health screening behavior. *Journal of Gender, Culture, and Health, 3,* 85–100.

Vargas, P. T., Von Hippel W., y Petty, R. E. (2004). Using "partially structure" attitude measures to enhance the attitude-behavior relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30,* 197-211.

Wiggins, J. S. (1973). *Personality and prediction: Principles of personality assessment.* Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

SUCESOS VITALES ESTRESANTES Y CAPACIDAD DE RESILIENCIA EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL: DIFERENCIAS DE GÉNERO

Elena Rodríguez-Sánchez, Esther Rivas-Rivero y Ana Belén García-Varela

Universidad de Alcalá

Resumen: Este trabajo analiza la prevalencia de los sucesos vitales estresantes (SVE) y la capacidad de resiliencia según las diferencias de género en un grupo de 116 personas usuarias de comedores sociales (76 hombres y 40 mujeres) en la zona de Madrid-Este. Los resultados reportan diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros respecto al padecimiento de SVE, ya que los hombres padecieron un mayor número de estos sucesos. Asimismo, cabe destacar el padecimiento de violencia en el caso de los hombres respecto a las mujeres que parece haber afectado en mayor medida en problemas de salud mental en estos. Por otra parte, los y las participantes obtuvieron puntuaciones altas en la escala de resiliencia; sin hallarse diferencias estadísticamente significativas, si bien las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas. Es necesario visibilizar estos sucesos para prevenir estas controversias sociales, así como analizar la capacidad de resiliencia de personas vulnerables socialmente.
Palabras clave: Resiliencia, Exclusión social, Sucesos vitales estresantes, Diferencias de género.

STRESSFUL LIFE EVENTS AND RESILIENCE CAPACITY IN PEOPLE AT SOCIAL EXCLUSION: GENDER DIFFERENCES

Abstract: This research analyses the prevalence stressful life events (SLE) and the resilience capacity take into account the gender differences in a group of 116 that are users of soup kitchen centers (76 men and 40 women) of Madrid-Este. The results show statistically significant differences among genders in relation to the SLE´s ailment due to the men suffered a greater number of these events. Also, it is worth noting the suffering of violence in the case of men in comparation with women who prove to have affected the most part of their mental health problems. On the other hand, these participants show high scoring in the resilience´s scale. It is not found statistically significant differences, even if women get higher scoring than men. It is necessary to raise awareness these stressful life events to prevent social controversies and analyzing the resilience capacity in socially vulnerable people.
Key words: Resilience, Social exclusion, Stressful life events, Gender differences.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que más concierne a la sociedad actual y, en este caso a la española, es la exclusión social (Bárez, 2019). Asimismo, a nivel nacional la tasa de riesgo de exclusión social es de un 26,1% (INE, 2018). Para Subirats (2004), el término exclusión social hace referencia a una situación concreta, la cual es producto de un creciente proceso de pérdida de vínculos tanto personales como sociales. Asimismo, según este mismo autor, las personas o colectivos se encontrarían sumergidos en una gran dificultad para acceder a los recursos y oportunidades de la propia sociedad. De igual modo, Pedraza (2012) señala la exclusión social como el conjunto de privaciones sociales que sufre un individuo, por lo que el estado de exclusión social en el que se

ve sumergido implica desventajas y deterioros en las dimensiones básicas y elementales, como son la física, el capital humano, económico, social, político y laboral.

En esta línea, entre los colectivos inmersos dentro del concepto de exclusión social, se encuentran las personas sin hogar (PSH), las cuales debido a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran suelen hacer uso de recursos sociales como son los comedores sociales (Gil Villa, 2016). Las PSH no solo se encuentran en situaciones de extrema pobreza, si no que son un colectivo vulnerable al padecimiento de sucesos vitales estresantes (SVE), sufriendo así gran desvinculación familiar y social, importantes problemas de salud y, dificultades para reinsertarse social y laboralmente (Vázquez, Panadero y Rivas, 2015). Por su parte, Cabrera y Rubio (2008) mencionan que los sucesos vitales o causas más comunes entre las personas sin hogar se pueden dividir en diferentes dominios, como son los de tipo personal, destacando el sufrimiento de una enfermedad física o mental y la presencia de la adicción; o bien, de carácter relacional, señalando la ruptura de la red social y la presencia de violencia. De este modo, en esta investigación se analizan el padecimiento de SVE en personas usuarias de recursos sociales como son las casas de acogida, teniendo en cuenta las diferencias de género.

No obstante, la superación de este tipo de sucesos, podría aumentar en las personas sus capacidades de fortaleza y confianza, y por lo tanto, experimentar cambios positivos y mayores niveles de crecimiento (Calhoun, Cann y Tedeschi, 2010). En esta línea, aparece el concepto de resiliencia el cual es definido como la capacidad que poseen las personas para recuperarse, manteniendo y desarrollando conductas adaptativas después de haber vivido un evento estresante (Garmezy, 1991). Asimismo, Newman (2005) afirma que una persona con patrón resiliente es la que ha generado respuestas de adaptación positivas frente a la desgracia, el trauma y la adversidad, progresando significativamente a la vez que hace frente a los estresores durante el transcurso de su vida. De igual modo, se debe señalar que la resiliencia ayuda a las personas a protegerse de las consecuencias negativas, actuando de este modo como un mecanismo autorregulador (Oriol, 2012). Por lo tanto, se hace necesario estudiar la capacidad de resiliencia del presente colectivo tras la vivencia de los SVE que han padecido.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En la investigación participaron 116 personas (65,5% hombres y 34,5% mujeres) con una media de edad de 45,8 años (*DT* = 11,306) que viven en circunstancias de exclusión social, quienes son usuarias de comedores sociales de la zona de Madrid-Este y que se encuentran en circunstancias de sinhogarismo. Se trata de un colectivo de difícil acceso sometido a un conjunto especialmente grave de situaciones estresantes. El acceso a la muestra se obtuvo gracias a la colaboración de distintos organismos e identidades sociales.

INSTRUMENTOS

En la recogida de la información, se ha empleado un instrumento hetero-aplicado formado por una serie de cuestionarios.

En esta línea, para el análisis de las diferencias en función del género en cuanto al padecimiento de los SVE de las personas entrevistadas, se ha utilizado el *Listado de Sucesos Vitales Estresantes para colectivos en exclusión social* (L-SVE), el cual ha sido utilizado en trabajos previos en colectivos de exclusión social (Vázquez, Panadero, Berríos y Martín, 2012; Vázquez, et al., 2015). Concretamente, los ítems del instrumento están divididos en sucesos vitales estresantes padecidos antes de los 18 años y, sucesos vitales estresantes padecidos a lo largo de la vida, siendo estos últimos los utilizados en la presente investigación.

Por su parte, para el análisis de la capacidad de resiliencia, teniendo en cuenta las diferencias de género, se ha empleado la versión traducida al español de la *Escala de Resiliencia, CD-RISC* de Connor & Davidson (Bobes et al., 2001).

DISEÑO

La presente investigación está basada en un diseño ex-post-facto, ya que se selecciona una muestra la cual ya tiene un valor determinado de las variables de estudio. Asimismo, se pretende analizar las características de los y las participantes en un momento concreto sin manipular las variables a considerar (Kerlinger, 1985).

De igual modo, el estudio integra el enfoque cuantitativo. Este enfoque está compuesto por un instrumento hetero-aplicado, tratando de evitar

posibles problemas de lectura y/o comprensión por parte de los y las participantes.

PROCEDIMIENTO

En cuanto al análisis de las respuestas obtenidas, estas han sido codificadas en una base de datos informatizada, concretamente se ha empleado el programa estadístico informático *IBM SPSS Statistics 19.0*. De este modo, se han realizado pruebas estadísticas porcentuales, así como el estadístico Chi cuadrado con el fin de hallar diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla 1 se recogen las características socio-demográficas de los y las participantes:

En esta línea, en la Tabla 3 se recogen las principales diferencias estadísticas de los presentes SVE en función del género de los y las participantes. Las diferencias se encuentran especialmente respecto al padecimiento de violencia en el caso de los hombres respecto a las mujeres (69,7% vs. 20%) (p = ,000), que parece haber afectado en mayor medida en problemas de salud mental en estos (81,6% vs 55%; p = ,002).

A continuación, en la Tabla 4, se muestra la posible relación entre el total de participantes que consumieron alcohol en exceso en relación al consumo de sustancias tóxicas, así como al hecho de haber sido arrestados.

Por otra parte, en la Tabla 5, se muestran los porcentajes de acuerdo a la capacidad de resiliencia de los y las participantes. Asimismo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la capacidad de resiliencia entre hombres y mujeres, si bien, en la comparación de medias, las mujeres obtuvieron

Tabla 1
Características de la muestra

	n	%	*M (DT)*
Sexo			
Mujer	40	34,5	
Hombre	76	65,5	
Edad			45,8 (11,306)
Nacionalidad			
Española	73	62,9	
Extranjero	41	35,3	
Ambos	2	1,7	
Nº de hijos			128 (2,332)
Estado Civil			
Casado/a	12	10,3	
Soltero/a	63	54,3	
Divorciado/a	28	24,1	
Separado/a	6	5,2	
Viudo/a	7	6,0	
Nº de estudios			
Sin estudios	6	5,2	
F. P.	16	13,8	
Estudio Primaria	56	48,3	
Primer Grado	23	19,8	
Segundo Grado	7	6.0	
Universitarios	8	6.9	
Ingresos			
Sin ingresos	77	66.4	
< 426 €	28	24.1	
426 – 852 €	10	8.6	
> 852 €	1	0.9	

Tabla 2
Sucesos vitales estresantes (SVE) padecidos por los y las participantes.

	n	%
Ha muerto su padre	83	71,6
Ha muerto su madre	62	53,4
Ha muerto su cónyuge/pareja	9	78
Ha muerto algún hijo/a	3	26
Ha sufrido alguna enfermedad grave	60	51,7
Se ha separado	53	45,7
Ha tenido problemas económicos	114	98,3
Ha tenido problemas de desempleo	112	96,6
Ha bebido en exceso (último mes)	47	40,5
Ha consumido drogas	42	36,2
Conflictos graves con alguien de su familia	64	55,2
Ha tenido problema de salud mental grave	32	27,6
Ha perdido su viviendo por hipoteca, derribo u otras causas	34	29,3
Ha estado en la cárcel	25	21,6
Ha sido arrestado por cometer algún delito	63	54,3
Ha desarrollo trabajos o actividades que le hayan separado de su domicilio	55	47,4
Ha sufrido agresiones físicas (después de los 18)	55	47,4
Ha sufrido agresiones sexuales (después de los 18)	23	19,8
Ha sufrido malos tratos por parte de su pareja/ cónyuge	44	37,9
Ha intentado suicidarse	61	52,6

Tabla 3
Diferencias estadísticas en cuanto a los SVE padecidos por ambos géneros.

	H 76	M 40	*p*	Vc	OR	IC
Se ha separado	63,2 (48)	37,5 (15)	,008	,245	,360	,159-,773
Consumo drogas	56,6 (43)	77,5 (31)	,026	,207	2,643	1,108 – 6,308
Problemas de salud mental	81,6 (62)	55 (22)	,002	,283	,276	,118-,646
Ha estado en la cárcel	72,4 (55)	90 (36)	,028	,204	3,436	1,089-10,840
Arresto por delito	36,8 (28)	62,5 (25)	,008	,245	2,857	1,294-6,307
Agresiones físicas	69,7 (53)	20 (8)	,000	,473	,108	,043-2,71
Agresiones sexuales	98,7 (75)	45 (18)	,000	,604	,011	,001-,086
Malos tratos	82,9	22,5 (9)	,000	,592	,060	,023-1,55

Tabla 4
Diferencias entre quienes si consumieron alcohol en exceso y aquellos que no lo consumieron en exceso en función del consumo de drogas y haber sido arrestado

	Sí consumieron alcohol en exceso (47)	No consumieron alcohol en exceso (69)	*p*	Vc	OR	IC
Consumo drogas	36,2 (17)	82,6 (57)	,000	,474	8,382	3,543-19,8
Arresto	31,9 (15)	55,1 (38)	,014	,228	2,615	1,204-5,678

puntuaciones más altas en comparación con los hombres. No obstante, a pesar del número significativo de acontecimientos vitales estresantes, los y las participantes obtuvieron puntuaciones altas en la escala de resiliencia.

DISCUSIÓN

El padecimiento de sucesos vitales estresantes es un elemento influyente en la situación de vulnerabilidad en la cual se encuentran muchas personas en nuestra sociedad. En este sentido, cabe destacar a las personas sin hogar, las cuales se ven obligadas, en muchas ocasiones, a hacer uso de recursos sociales como son los comedores sociales. Asimismo, son alarmantes los altos porcentajes hallados en el padecimiento de sucesos vitales estresantes por parte de los y las participantes; tales como las agresiones físicas y/o sexuales, los malos tratos o el consumo de sustancias tóxicas. No obstante, teniendo en cuenta las diferencias de género, llama la atención que los hombres reporten haber sufrido un mayor número de estos sucesos a diferencia de las mujeres. Concretamente, el hallazgo de que los hombres expresen en mayor medida haber sufrido agresiones parece haber afectado en mayor medida el padecimiento de problemas de salud mental en estos (Vázquez et al., 2012). En este caso, se sugiere complementar los resultados

Tabla 5
Diferencias en las puntuaciones de la Escala de Resiliencia en función del género

	Hombres *M (DT)*	Mujeres *M (DT)*	*T*-Student	*p*
R1	4,36 (1,016)	4,00 (1,261)	1,645	,103
R2	3,38 (1,720)	3,40 (1,766)	-0,054	,957
R3	3,22 (1,733)	3,23 (1,732)	-0,004	,997
R4	4,04 (1,409)	4,05 (1,319)	-0,039	,969
R5	3,61 (1,634)	3,58 (1,752)	0,092	,926
R6	3,11 (1,638)	3,08 (1,685)	0,094	,926
R7	4,16 (1,255)	4,23 (1,291)	-0,271	,787
R8	3,71 (1,573)	3,88 (1,362)	-0,560	,577
R9	3,72 (1,410)	4,13 (1,436)	-1,448	,150
R10	4,11 (1,281)	4,40 (,982)	-1,271	,206
R11	4,14 (1,163)	4,18 (1,130)	-0,135	,893
R12	4,00 (1,317)	4,10 (1,446)	-,376	,708
R13	3,51 (1,4389	3,75 (1,481)	-0,835	,406
R14	3,30 (1,523)	2,58 (1,500)	2,458*	,015
R15	4,41 (,982)	4,50 (,906)	-0,493	,623
R16	3,57 (1,491)	3,05 (1,584)	1,733	,086
R17	3,92 (1,374)	4,13 (1,285)	-0,777	,439
R18	2,87 (1,660)	3,05 (1,518)	-0,576	,566
R19	3,53 (1,519)	3,35 (1,511)	0,595	,553
R20	3,41 (1,519)	3,60 (1,172)	-0,756	,452
R21	4,17 (1,258)	4,05 (1,431)	0,469	,640
R22	3,36 (1,695)	3,68 (1,457)	-1,061	,292
R23	3,24 (1,632)	3,85 (1,494)	-1,974	,050
R24	4,05 (1,274)	4,13 (1,265)	-0,291	,771
R25	3,53 (1,546)	3,85 (1,477)	-1,081	,282

obtenidos con un enfoque cualitativo que permita contractar los datos estadísticos obtenidos a través de un diálogo más extenso. Asimismo, la situación de vulnerabilidad en la cual se encuentran los y las participantes repercute en el consumo de alcohol, agravándose esta problemática con la ingesta de sustancias tóxicas como son las drogas. De igual modo, este hecho hace que en muchas ocasiones los individuos de la muestra hayan sido arrestados (Panadero y Muñoz, 2014). No obstante, el padecimiento de sucesos vitales estresantes podría minimizarse gracias a una intervención psico-educativa más personalizada, centrada en los aspectos psicológicos y sociales de los individuos, incidiendo en el trabajo de aspectos claves como son las habilidades sociales y las propias relaciones personales; así como la capacidad de resiliencia (Forés y Grané, 2012). Es importante resaltar que los y las participantes poseen un alto nivel de resiliencia a pesar de los sucesos vitales estresantes padecidos en el transcurso de sus vidas. Si bien, las mujeres presentan mayores porcentajes, teniendo en cuenta la comparación de medias. Según, Rutter (1990) podría afirmarse que las mujeres vulnerables socialmente suelen presentar características de personalidad que las conducen, bajo adecuada orientación, a convertirse en personas resilientes. Por otro lado, el estado de socialización patriarcal, predominante a lo largo de la historia en nuestra sociedad, ha repercutido en la asignación de diferentes funciones personales y sociales según el sexo de nacimiento, lo cual ha podido incrementar la necesidad de que las mujeres se vean obligadas a seguir con el transcurso de sus propias vidas, haciendo así frente a los estresores vitales. En este sentido, es importante detectar los estereotipos sociales implantados en nuestra sociedad, para desarrollar un estado igualitario (Ferrer y Bosch, 2016).

CONCLUSIONES

El padecimiento de sucesos vitales estresantes podría influir en la situación de vulnerabilidad que atraviesan los usuarios de los recursos sociales. De este modo, sería necesario desarrollar planes de intervención los cuales permitan visibilizar dichas variables, pudiendo así prevenir estas controversias sociales. Además, la implementación de estos programas ayudaría a concienciar al resto de la población, retroalimentándose así la propia intervención e incrementando la mejora social de los ciudadanos. De igual modo, trabajar el desarrollo de la capacidad de resiliencia desde edades tempranas ayudaría a minimizar el padecimiento y la adversidad tras el padecimiento de sucesos vitales estresantes. Asimismo, de forma concreta, analizar la capacidad de resiliencia de personas vulnerables socialmente, enriquece el ámbito de la intervención social al aportar un aspecto innovador a la literatura científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bárez-Cambronero, FJ. (2019). Emoción y exclusión social. Sistema: *Revista de Ciencias Sociales, 253,* 57-88.

Bobes, J., Bascaran, M.T., García-Portilla, M.P., Bousoño, M., Sáiz, P.A. y Wallance, D.H. (2001). *Banco de instrumentos básicos de psiquiatría clínica*. Barcelona: Psquiatría ED.

Cabrera, P. J., y Rubio, M.J. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración 75,* 51-74.

Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. En T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice* (pp. 1–14). Hoboken, NJ: Wiley.

Ferrer, V.A. y Bosch, E. (2013). Del amor romántico a la violencia de género: Para una coeducación emocional en la agenda educativa. Profesorado: *Revista de currículum y formación del profesorado, 17*(1), 107-122.

Forés, A. y Grané, J. (2012). *La resiliencia en entornos socioeducativos*. Madrid: Narcea.

Garmezy, N. (1991). Resilience in children´s adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals, 20*(9), 459-466.

Gil Villa, F. (2016). La sociedad vulnerable: Por una ciudadanía consciente de la exclusión y la inseguridad sociales. Madril: Editorial Tecnos.

Instituto Nacional de Estadística. (2018). Indicador Exclusión Social.

Kerlinger, F. N. (1985). Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. Méjico: Interamericana.

Newman, R. (2005). APA's resilience initative. *Profesional Psychology-Research and Practice, 36*(3), 227-229.

Oriol, A. (2012). Resiliencia. *Revista de la Fundación Educación Médica, 15*(2), 77-78.

Panadero, S y Muñoz, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de psicología, 30*(1), 70-77.

Pedraza, A.C. (2012). La persistencia de la exclusión social en Bogotá, Colombia. *Apuntes del CENES, 31*(53), 141-177.

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH, Weintraub S, eds. Risk and protective factors in the development of psychopatholgy. New York: Cambridge University Press; 1990. p. 181-214.

Subirats, J, (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. *Colección Estudios Sociales nº 16:* Fundación La Caixa, Barcelona.

Vázquez, J.J., Panadero, S. y Rivas, E. (2015). Happiness among poor women victims of intimate partner violence in Nicaragua. *Social Work in Public Health, 30*(1), 18-29.

Vázquez, J.J., Panadero, S., Berríos, A. y Martín, P.M. (2012). Miradas desde la dignidad: Situación, actitudes y necesidades de las personas que se sustentan de la basura en León (Nicaragua). León: Editorial Universitaria UNAN.

PSICOLOGÍA Y MOVIMIENTOS MIGRATORIOS

NUEVOS RACISMOS Y NUEVAS ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES PARA AFRONTARLOS

Guillermo Fouce-Fernández[1], Sandra Orozco-Ortega[1], Manuel Fco. Martínez-García[2]

[1]Fundación Psicología Sin Fronteras, [2]Universidad de Sevilla

Resumen: La importante presencia de personas migrantes, las consecuencias de una crisis económica persistente y un discurso xenófobo de corte neoliberal cada vez más presente, está generando un rebrote de racismo y discriminación hacia la inmigración. En este trabajo se abordan, desde los presupuestos de la Psicología Social, las bases de esta nueva realidad sustentada en rumores, prejuicios y noticias falsas sobre la población migrada y otros grupos minoritarios. Así mismo, se describen distintas estrategias para abordar esta situación y minimizar sus efectos negativos sobre la población migrada.
Palabras clave: Migrantes, racismo, discriminación, rumores, diversidad.

NEW RACISMS AND NEW PSYCHOSOCIAL STRATEGIES FOR FACING THEM

Abstract: The important presence of people migrated, the consequences of a persistent economic crisis and a xenophobic discourse of neo-liberal court increasingly present, is generating a resurgence of racism and discrimination towards immigration. This paper addresses, from the principles of Social Psychology, the bases of this new reality sustained by rumors, prejudices and fake news about the migrated population and other minority groups. As well, it describes different strategies for addressing this situation and minimizing its negative effects on the migrated population.
Key words: Migrants, racism, discrimination, rumors, diversity.

INTRODUCCIÓN

Vivimos tiempos difíciles, una época de miedo global, la edad del "Miedoceno" como describía el genial Forges hace tiempo, época de miedo líquido como señala Bauman (2007), de incertidumbre, de terrorismo, de amenazas, de sentirse activado y alerta, preparado para huir o para atacar. El miedo como marco de interpretación para generar sociedades individualistas e individualizadoras (Fouce, 2015).

Y entre los miedos aquellos que atribuyen al diferente la culpa del malestar, la culpa de todos los males, la culpa de la inseguridad, del paro, de la crisis, de los recortes; todo lo malo se atribuye así, al extranjero, al que no pertenece al grupo de uno, y se le usa como chivo expiatorio. Un miedo que tenemos que abordar y afrontar desde nuestras intervenciones psicosociales.

Desde la Psicología Social, Stephan & Renfro (2002) se refieren a estos miedos como una forma de amenaza percibida que surge en las relaciones intergrupales. En el caso de autóctonos vs alóctonos, esta amenaza puede referirse al bienestar material, poder económico, etc. (amenaza realista), a la identidad nacional y/o a las normas y valores de la sociedad receptora (amenaza simbólica), o la amenaza puede generar inquietud y ansiedad en la interacción con personas inmigrantes (ansiedad intergrupal).

En este contexto es donde pueden surgir reacciones de rechazo directo o indirecto a inmigrantes, refugiados y, en general, a los diferentes; donde pueden surgir actos de racismo

directo o encubierto que hay que detectar, canalizar y responder desde nuestra profesión y desde los programas de intervención que desarrollemos.

La investigación psicosocial ha puesto de manifiesto la facilidad con que una persona enfrentada a una situación social novedosa, compleja, ambigua o vivida como amenazante, recurre al pensamiento simplificado de un estereotipo como manera rápida y fácil de organizar su respuesta. En el caso de la inmigración circulan entre la población autóctona estereotipos negativos sobre los distintos grupos de migrados, que no son más que creencias erróneas y simplificadas sobre sus valores y prácticas culturales. Algunas de estas creencias se estructuran en forma de rumores y se propagan por distintas vías y formas en la sociedad (Martínez, 2015).

Una estrategia integral para abordar esta situación debe pasar, a nuestro juicio, por la activación de programas que posibiliten no sólo la detección de rumores, prejuicios y pensamientos racistas y xenófobos, sino también la modificación de las creencias erróneas y las actitudes que los sustentan. Habrá intereses para que surjan emociones negativas con respecto a los diferentes, para que se sospeche de hechos, para que se les rechace y debemos, desde la transmisión de información realista y el manejo de estos fenómenos enfrentarnos a estas situaciones de manera proactiva y comunitaria, manejando y activando además emociones.

La intervención sobre el contexto social y comunitario debe favorecer la inclusión, la aceptación, el respeto, la empatía, la solidaridad y, en definitiva, una integración positiva y enriquecedora. Sin estos elementos fracasaremos en gran parte de nuestras estrategias e intervenciones.

En el presente texto vamos a tratar de abordar tres grandes cuestiones en relación a la necesaria construcción de una estrategia que combata el racismo, la xenofobia y otras formas de discriminación desde las propias raíces de la misma. En primer lugar, se realizará una descripción de los conceptos de estereotipos, prejuicios y discriminación, así como una explicación de la interrelación entre ellos y su influencia en la creencia de los rumores falsos. A continuación, se tratarán aspectos tales como la necesaria construcción de un discurso positivo con respecto a la inmigración y sus innumerables aportes a nuestras sociedades de hoy; finalmente abordaremos la necesidad de construir discursos y estrategias que se inserten dentro del terreno "emocional" que es donde crecen las semillas del racismo y la xenofobia.

DISCUSIÓN

Con la inmigración se ha incrementado la diversidad en barrios, escuelas, lugares de trabajo, espacios públicos, etc., y personas de distinta raza, etnia, religión, etc., se han visto inmersas en relaciones de interacción y convivencia cotidiana. Este escenario puede dar lugar a resultados muy diversos ya que, a pesar del discurso imperante sobre igualdad y solidaridad en los países receptores, la comunidad de acogida sigue percibiendo, en cierta medida, a la inmigración como un peligro a su status quo. Esto se agrava aún más durante los períodos de crisis económica y social como el actual.

La investigación en relaciones intergrupales ha constatado que muchos problemas de convivencia intercultural se sustentan en un conflicto por el acceso de los grupos a recursos materiales, sociales y simbólicos. En el caso de la inmigración, el conflicto se inicia ante la percepción de que los recursos disponibles son escasos (puestos de trabajo, prestaciones sociales, etc.) y que las personas migradas compiten por los mismos. Ante esta situación, la población autóctona desarrolla el denominado estrés por los recursos que se manifiesta como una percepción cognitiva de amenaza realista a perder el derecho sobre esos recursos, y como una percepción afectiva de amenaza en forma de miedo y ansiedad (Esses et al., 2001).

El conflicto se desarrolla con un progresivo deterioro de las imágenes mutuas en forma de estereotipos negativos. En el caso de la población autóctona estos estereotipos les servirían para justificar sus esfuerzos para relegar a las personas inmigrantes a posiciones inferiores en el mercado laboral y en la sociedad en general. Surge así el prejuicio en forma de discriminación y de hostilidad intergrupal.

El prejuicio es una actitud hostil y de desconfianza hacia una persona que pertenece a un grupo por el simple hecho de pertenecer al mismo (Allport, 1954). Es también una orientación socialmente compartida que se da en las relaciones intergrupales, muy resistente al cambio y altamente inmune a las nuevas informaciones que lo cuestionan.

Como un complejo fenómeno, el prejuicio puede referirse a cualquiera de las siguientes expresiones o a todas ellas (Brown, 1998): (1) mantenimiento de actitudes sociales o creencias cognitivas despreciativas, intolerantes, injustas e irracionales hacia otro grupo de personas (estereotipo); (2) expresión de afecto negativo hacia ese exogrupo o (3) manifestación de conductas hostiles o discriminatorias hacia los/as miembros de un grupo por el hecho de pertenecer a él. Estos tres componentes del prejuicio están estrechamente relacionados, influenciándose mutuamente para dar lugar a una actitud negativa hacia el exogrupo.

De los tres componentes del prejuicio, el componente cognitivo, los estereotipos, es especialmente relevante, ya que es imposible que las personas funcionen sin ellos y, en el caso de las migraciones, ayudan a entender cómo se perciben las personas de otras culturas. Los estereotipos (positivos o negativos) son una generalización sobre un grupo, en virtud de la cual características idénticas se asignan prácticamente a todas las personas del mismo, obviando la variabilidad interna. Aunque pueden tener algún elemento de verdad, suelen ser erróneos y no tienen por qué estar cargados de emocionalidad ni llevar forzosamente a la discriminación. Son resistentes al cambio y orientan expectativas de conducta, ya que esperamos que las personas se comporten de acuerdo al estereotipo que tenemos sobre ellas y sobre el grupo al que pertenecen.

La discriminación, como una forma de manifestarse el prejuicio, es el trato desigual a una persona o personas con base en el grupo social al que pertenecen (Healey, 1998), es decir cuando una persona es tratada menos favorablemente que otra por causas de origen étnico o racial, edad, sexo, etc. Sin embargo, la forma más frecuente de presentarse este fenómeno en forma de discriminación indirecta que se da cuando una práctica, disposición o criterio, podría poner a personas en una particular desventaja en comparación con otras personas por su origen racial o étnico, por su sexo, edad, etc.

La discriminación adopta muchas formas en función del grupo social de referencia. La xenofobia es el odio, repugnancia u hostilidad hacia las personas extranjeras o hacia grupos étnicos diferentes, cuya fisionomía social y cultural se desconoce. La islamofobia conlleva rechazo y desprecio hacia el Islam y, por extensión, a las personas musulmanas. Por último, el racismo es una teoría de la jerarquía de las razas que concluye en la necesidad de preservar la raza pretendida superior de todo cruce y de su derecho de dominar a las otras. El racismo en la actualidad se presenta de forma sutil o encubierta más que manifiesta, en el deseo de ser políticamente correcto.

La investigación ha puesto de manifiesto la facilidad con que una persona enfrentada a una situación social novedosa, compleja, ambigua y vivida como amenazante, recurre al pensamiento simplificado de un estereotipo como manera rápida y fácil de organizar su respuesta. En el caso de la inmigración circulan entre la población autóctona estereotipos negativos sobre los distintos grupos de migrados, que no son más que creencias erróneas y simplificadas sobre sus valores y prácticas culturales. Algunas de estas creencias se estructuran en forma de rumores y se propagan por distintas vías y formas en la sociedad (Martínez, 2015). Los rumores, como atribuciones negativas generalizadas a personas migradas, son obstáculos para el logro del objetivo de la convivencia.

Los rumores son narraciones estereotipadas relacionadas con hechos cotidianos, creíbles o factibles de ser creídas, vinculadas también con un problema concreto, de la cual no se puede verificar su exactitud, aunque tampoco demostrar directamente su falsedad (Allport & Postman, 1967).

Los rumores pueden surgir sobre un prejuicio, ante la falta de noticias sobre un hecho significativo, bajo la presión de la ansiedad o el miedo de las personas por el presente y el futuro. Su difusión es un acto habitual en nuestras conversaciones cotidianas. En numerosas ocasiones difundimos un rumor a sabiendas de que éste es falso y otras como una certeza que nos dificulta asegurar que la información que hemos transmitido es verdadera. Por ello, es importante analizar la difusión de rumores porque son hechos cotidianos que tienen importantes implicaciones en la vida diaria de las personas y en la sociedad en general.

Se han descrito una serie de factores que favorecen la difusión y asunción como ciertos de los rumores circulantes. Allport & Postman (1967) se refieren a la *importancia y ambigüedad* como los determinantes principales que predisponen a creerse un determinado rumor. La importancia hace referencia a que el contenido del rumor sea sobre un determinado aspecto relevante o que

afecte directamente a la persona que lo oye. Por otro lado, cuanto más ambiguo sea un rumor más difícil será cuestionarlo y/o desmontarlo. Un tercer factor lo refieren estos autores a la motivación de los seres humanos de buscar significados a situaciones que no han sido definidas y lo denominaron *racionalización de los eventos inexplicados*. Rosnow (1991) añadió algunas las características del contexto como facilitadoras de la aceptación y la difusión de los rumores: situaciones de incertidumbre, ansiedad o miedo que promueve, por ejemplo, la búsqueda de culpables.

El rumor es un fenómeno psicosocial que se da en las relaciones integrupales. Ya se ha indicado que la credibilidad del rumor no se debe a que exista evidencia directa y disponible para apoyarlo, sino porque otras personas parecen creer que su contenido es cierto, por lo que el rumor vuelve a demostrar que todas las certezas son sociales: es verdad lo que considera verdad el grupo al que pertenecemos (Kapferer, 1989).

En esta misma línea, el rumor es aceptado no porque se crea en él, sino para no ser sancionado por su grupo de referencia. Esto dificulta que las personas desarrollen sus verdaderas ideas sobre las personas migradas más allá de los estereotipos que sostienen mayoritariamente los grupos de referencia.

Del mismo modo, cuando hacemos intervenciones sociales y comunitarias debemos tener presente el denominado el fenómeno de la *polarización social*, según el cual cuando personas con ideas afines reflexionan y dialogan sobre un tema, normalmente acaban adoptando una posición más extrema que la que ya tenían antes del debate (Brown, 1986).

Por último, cabe destacar componente emocional de los mismos. Este elemento es el causante de la dificultad que encontramos cuando utilizamos un razonamiento lógico para reducir o eliminar rumores o prejuicios de las personas, y es una de las barreras clave para establecer relaciones positivas entre personas que pertenecen a distintos grupos culturales. Una adecuada gestión de las emociones implicadas en los rumores es elemento clave para el éxito de nuestras intervenciones en su abordaje.

En resumen, los rumores son fenómenos muy frecuentes dentro de los grupos sociales y poseen características y elementos cognitivos (estereotipos, por ejemplo), comunicativos (información sobre un evento social relevante) y psicosociales (influye en la relación entre las personas que forman parte de diferentes grupos).

Pocas veces se habla de las personas migradas desde una óptica positiva que los señale no como problema social sino como fuente de transferencia de conocimientos, de riqueza cultural, de aporte económico y de rejuvenecimiento de nuestras sociedades occidentales.

Las personas migradas aportan color, conocimientos y tradiciones nuevas que nos enriquecen, que nos hacen ser mejores como personas y como sociedad si superamos los miedos a conocer lo que pueden aportarnos

Desde el paradigma del *pluralismo cultural,* y oponiéndose a esta concepción opresiva de la diversidad humana, proponemos una concepción alternativa basada en la identidad cultural afirmativa: (1) Hace referencia a múltiples categorías: cultura, género, edad, nacionalidad, orientación sexual, capacidad, estatus social, orientación religiosa, etc;(2) Incluye en el concepto al grupo mayoritario (hombres, españoles/as, heterosexuales, etc.) y es inclusiva (no discriminatoria) respecto a los grupos minoritarios, no atribuyéndole a éstos una imagen social negativa; (3) Se ocupa de cuestiones de justicia social al comprender la opresión que sufren las personas miembros de estos grupos minoritarios; (4) Reconoce y pone en valor las contribuciones que los grupos minoritarios hacen a la comunidad; y (5) Entiende que realzar y promocionar la diversidad humana incrementa la calidad de grupos y comunidades.

Bajo esta perspectiva debemos elaborar un discurso en el que las migraciones humanas, regulares o irregulares, no sean buenas ni malas, sino el resultado de ejercer un derecho que se manifiesta como un fenómeno imparable vinculado a las importantes diferencias existentes entre las distintas regiones del mundo. Hoy día no existe un pueblo o nación que no sea heredero o resultante de una gran migración (Russel & Teitelbaum, 1992).

En primer término, es necesario interpretar y corregir nuestras tasas de paro a la luz de una evidencia que cada vez se manifiesta con una mayor intensidad: la ciudadanía del Primer mundo es, en gran parte, buscadora selectiva de empleo, no está dispuesta a aceptar cualquier trabajo y tiende a rechazar los que implican desplazamientos largos desde el domicilio habitual, cambios de residencia o son especialmente penosos. Estos

trabajos se están cubriendo, en buena medida, gracias a las personas migradas, incluso con las que se encuentra en situación irregular.

En segundo lugar, hemos de tener en cuenta el descenso continuado, de nuestra tasa de natalidad y la subsiguiente disminución de la población activa en beneficio de las personas jubiladas. La incorporación de la mano de obra inmigrante permite compensar ese descenso demográfico y, en consecuencia, el déficit en las aportaciones al sistema público de seguridad social y asegurar las correspondientes prestaciones.

Pero, lo que es más importante, humanamente, enriquecen nuestra propia cultura, nuestra apertura a otras visiones e interpretaciones del mundo, ofrecen sus vidas, experiencias, conocimientos, actitudes ante las dificultades, alimentan la tolerancia de nuestras hijas e hijos en la escuela, amplían nuestros conceptos e imágenes,... son exponentes de la diversidad en la sociedad, una confirmación de lo cosmopolita, de una globalización humana.

Es necesario no discriminar en espacios cotidianos, conocer y asumir las diferencias como positivas y deseables, y no solo tolerables.

Sin embargo, con frecuencia se habla de invasión o de riesgos y problemas, o se asocia la inmigración actual con todos los males que acontecen y especialmente con la delincuencia.

El discurso xenófobo estereotipador de la inmigración es hábil en el manejo de estas variables. Utiliza, no solo una reducción de la información, sino también se dirige especialmente a factores claramente emocionales como son la identidad, la amenaza de lo diferente y desconocido o la posibilidad de perder lo que cada persona tiene (trabajo, educación, privilegios).

Hay, por tanto, que buscar canales emocionales de transmisión de la aceptación del "otro", canales emocionales que movilicen la empatía, que generen actitudes positivas y sentimientos positivos para con la persona migrada y que trasladen la necesidad de construir un discurso positivo sobre la inmigración al plano de las personas y las sociedades.

Albert Einstein decía que era más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio, y eso mismo se puede deducir los contenidos de los párrafos anteriores. Sin embargo, los efectos negativos que tienen para las personas migradas y para la convivencia entre todos los grupos sociales que componen nuestra comunidad hace necesario intervenir. En el caso de las migraciones, el abordaje de los rumores y prejuicios debemos enmarcarlo en la perspectiva de la diversidad humana afirmativa que ya hemos comentado anteriormente.

Cuando nuestras metas se orientan a prevenir rumores y prejuicios a través de la mejora de la convivencia intercultural, las actividades a implementar deberán centrarse en la promoción de la diversidad humana como valor en el municipio, barrio, centro escolar, etc., con la convicción de que con ello incrementamos la competencia cultural y la calidad de dichas comunidades y organizaciones (Martínez, 2015).

Desde esta estrategia, los objetivos genéricos para la prevención de rumores y prejuicios en inmigración podrían ser: (1) Promover contextos en los que las relaciones entre personas migradas y autóctonas sean simétricas e igualitarias; (2) Promover contextos que permitan el conocimiento mutuo entre esas personas; (3) Promocionar actividades cooperativas en el abordaje de problemas comunes, en las que conjuntamente personas migradas y autóctonas definen objetivos e implementan las actividades seleccionadas; (4) Mejorar la competencia cultural de la ciudadanía, profesionales y organizaciones para el trabajo en contextos y/o situaciones multiculturales.

Una de las principales actividades que se plantea es la formación de *agentes anti-rumor,* es decir empoderar a personas (profesionales y ciudadanía en general) con conocimientos, actitudes y habilidades para que sean más efectivos en afrontar rumores y prejuicios en todos los nichos ecológicos. Se han establecido unas orientaciones básicas que ayudan en el proceso de argumentación para que las personas que sean nuestras interlocutoras pongan el rumor o el prejuicio en cuestión o, al menos, duden razonablemente sobre el contenido y alcance del mismo. Algunas de estas orientaciones son: (1) Visibilizar que se trata de un rumor; (2) Desvelar la debilidad de las fuentes; (3) Evidenciar el uso interesado del rumor; (4) Desmontar la lógica interna del rumor y sus absurdos; (5) Proporcionar datos reales y fiables sobre el contenido; y (6) Utilización de contra-ejemplos.

Sin embargo, esas acciones de sensibilización sobre rumores y prejuicios tienen un impacto limitado sobre las personas cuando se basan únicamente en la utilización de argumentos racionales. No podemos olvidar que "nuestro cerebro está más preparado para la vida en grupo

que para la búsqueda de la verdad" y trata de convencerse siempre de que la mejor opción es la que más concuerda con nuestra realidad.

Por esto, las estrategias puramente cognitivas pueden lograr que las personas cuestionen la base del prejuicio pero no llegan a suscitar elementos emotivos de identificación, comprensión o valoración hacia los colectivos prejuzgados. Por tanto, la movilización emocional, así como la promoción de la empatía hacía otros colectivos, es un requisito fundamental si se quieren desmontar los prejuicios y rumores negativos sobre las migraciones y/o la diversidad cultural.

España fue siempre un país de mezcla, de paso, de intercambio y algunos acontecimientos especialmente recientes de nuestro pasado histórico están ahí para recordárnoslo.

Personas gallegas, vascas, canarias, andaluzas o castellanas llevan años llenando las tierras de Latinoamérica o Centro Europa en algunas ocasiones en busca de un futuro mejor, en otras huyendo de la guerra y la represión. Apelar a estas imágenes y situaciones puede servir para construir un discurso positivo sobre la inmigración y entender que la persona diferente llama ahora a nuestra puerta en busca de las mismas cosas por las que los españoles emigraban: un futuro mejor o libertad frente a la opresión y la persecución de la guerra y el fascismo.

¿Qué tienen de diferentes esos españoles y españolas de las personas migradas que hoy nos visitan? La metáfora tiene una fuerza expresiva y emocional que puede llevarnos a poder consolidar un discurso preventivo que cumpla con los requisitos mencionados: informar, movilizar y emocionar

Los españoles somos un pueblo de emigrantes y debemos recuperar nuestro pasado colectivo como pueblo para desmontar algunos tópicos que los datos demuestran no ser ciertos.

CONCLUSIÓN

En este documento hemos abordado la realidad migratoria desde una perspectiva psicosocial poniendo el énfasis en aquellos procesos negativos que dan lugar a situaciones de opresión y discriminación. Ante un contexto social hostil y/o un discurso ambivalente, la percepción de grupos de personas de distinta cultura, religión, etc. puede vivirse como una amenaza a la identidad nacional y cultural, al estado del bienestar y a la propia convivencia. En consecuencia, aparecen rumores falsos que, en determinados grupos sociales, vienen a justificar conductas racistas, xenófobas y, en general los prejuicios étnicos. Frente a esta situación se describen distintas experiencias para combatir esos fenómenos desde las teorías y metodologías de la Psicología Social haciendo referencia a los canales emocionales de procesamiento de la información y a la memoria colectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Allport, G. W. & Postman, L. (1967). *Psicología del rumor.* Buenos Aires: Psiqué.

Bauman, Z. (2007). Vida de consumo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Brown, R. (1986). *Social Psycology.* Nueva York: Frees Press

Brown, R. (1998). *Prejuicio: su Psicología Social:* Madrid. Alianza Editorial.

Esses, V., Dodivio, J.F., Jackson, L.M. & Amstrong, T.L. (2001). The immigration dilemma: The role of perceived group competition, ethnic prejudice and national identity. *Journal of Social Issues, 57* (3), 389-412.

Fouce, G. (2015). *Psicología del miedo*. Madrid: Grupo 5

Healey, J. (1998): Race, ethnicity, gender and class: the sociology of group conflict and change. *Pine Forge*. Press.

Kapferer, J.N. (1989). Rumores. *El medio de difusión más antiguo del mundo*. Barcelona: Plaza & Janes

Martínez, M.F. (2015). *Manual de ayuda para deconstruir rumores*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Rosnow, R. L. (1991). Inside rumor: A personal journey. *American Psychologist, 46* (5), 484-496.

Russell, S.S. & Teitelbaum, M.S. (1992). *International migration and International trade*. World Bank Publications

Stephan, W.G., & Renfro, C.L. (2002). The role of threat in intergroup relations. En D.M. Mackie & E.R. Smith (Eds.), From prejudice to intergroup emotions. *Differentiated reactions to social groups*, Pp. 191-207. New York: Psychology Pres.

PSICOLOGÍA Y SUICIDIO

EL SUICIDIO EN LA REGIÓN DE MURCIA ANALIZADO CON FACTORES DE BAYES

Laura P. Moya-Montoya, Ana Mª Ruíz-Ruano y Jorge López-Puga

Universidad Católica de Murcia (UCAM)

Resumen: El propósito de este estudio es explorar algunos factores asociados a la conducta suicida. Para ello, se analizaron 230 expedientes de autopsias con muerte de etiología suicida procedentes de la Región de Murcia entre los años 2015 y 2017. El 78% fueron hombres (168) y el 22% mujeres (47). Para analizar los datos se hizo uso del Factor de Bayes calibrado a partir del p-valor del test estadístico correspondiente. Los resultados mostraron diferencias en los patrones de edad según el sexo. La sintomatología psicológica más frecuente es el trastorno depresivo, siendo mayor su prevalencia que en la población general. De los estudios toxicológicos se deriva que en 100 casos había presencia de psicofármacos, mostrando mayor prevalencia de consumo que en la población normal. Nuestros resultados sugieren que tanto el trastorno depresivo como el consumo de psicofármacos podrían condicionar la materialización del suicidio.
Palabras clave: Suicidio, Tóxicos, Psicofármacos, Salud mental.

REGION OF MURCIA SUICIDE ANALYSED WITH BAYES FACTORS

Abstract: The purpose of this study is to explore some factors associated with suicidal behaviour. For this, were analyzed 230 autopsy files with death of suicidal etiology from the Region of Murcia between 2015 and 2017. 78% were men (168) and 22% women (47). To analyze data, p-value calibrated Bayes Factors from corresponding statistical tests were used. The results showed differences in age patterns according to sex. The most frequent psychological symptomatology was depressive disorder, its prevalence being higher than in general population. From toxicological studies, it follows that in 100 cases there was presence of psychoactive drugs, showing a higher prevalence of consumption than in the normal population. Our results suggest that both depressive disorder and the consumption of psychotropic drugs could condition the materialization of suicide.
Key words: Suicide, Toxic, Pshychoactive drugs, Mental health.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) "el suicidio es un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados" (Navas, 2013, p.220).

La OMS alerta de que el suicidio supone un gran problema para la salud pública, produciendo más de 800.000 muertes en todo el mundo, afirmando que es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años (OMS, 2014). En España, al día mueren por suicidio 10 personas, lo que supone casi 4000 muertes al cabo del año, estas cifras son el doble que las provocadas por las muertes de accidente de tráfico, más de doce veces que las muertes por homicidios y setenta veces más que las provocadas por violencia de género (Anseán, 2014).

El suicidio nos ha acompañado a lo largo de toda la historia, es un problema humano que conlleva un gran impacto social y económico (Baquedano-Jer, 2017). Al igual, que el estigma que este acto desprende, Pereira y Cardoso (2019) revelan que los individuos (más en el

caso de los hombres) estigmatizan a las personas que han llevado o han intentado el acto suicida, como cobardes y débiles, y hablan de la conducta suicida como un acto vergonzoso y deshonesto. Estas actitudes estigmatizantes, desembocan en diferentes tipos de discriminación y prejuicios frente a esta población (Siau, Wee, Ibrahim, Visvalingam, y Wahab, 2017).

Uno de los factores más taxativo es el sexo, ya que el suicidio consumado se da en mayor medida en hombres que en mujeres (Abellán, 2005; Carrasco et al., 2012; Corona, Hernández, y García, 2016; Rosado, García, Alfeo, y Rodríguez, 2015; Rosaldo, Pérez, Azquy, y Martínez, 2014;). Estando relacionado con las connotaciones sociales que recaen en ellos debido a su rol (Rosado et al, 2015).

Diversos estudios concluyen que los intentos previos se encuentran relacionados con un posterior suicidio consumado (Beautrais, Collings, Ehrhardt, y Henare, 2005; Hernán y Martínez, 2007). Goñi-Sarriés, Blanco, Azcárate, Peinado y López-Goñi (2017) afirman que cuanto mayor es la edad de la persona, menos probabilidades hay de que realice un intento previo, ya que utilizará mecanismos más violentos y por lo tanto más letales. Las tasas más elevadas de ideación suicida y de intentos previos se dan en mujeres (García de Jalón y Peralta, 2002; Goñi-Sarriés et al., 2017; Gutiérrez-García y Contreras, 2006; Mejía, Pamela, y González, 2011; Montesino, 2004; Pereira y Cardoso, 2015;).

Uno de los factores de riesgo más relevantes en la conducta suicida es la enfermedad mental (Corona, Hernández, y García, 2016; Goñi-Sarriés et al., 2017; Moscicki, 1997; Neeleman, 2001; OMS, 2014; Tuesca y Navarro, 2003). Neeleman (2001) nombra la depresión y el trastorno bipolar, como los más prevalentes en la conducta suicida. Esto puede explicarse según ya que el trastorno depresivo es el más prevalente en la población en general, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida (Haro et al., 2006). Touriño et al. (2018) nombran la relación entre el riesgo suicida en personas con esquizofrenia con factores como desesperanza, depresión y aislamiento social.

Miguel et al. (2005) analizaron los resultados toxicológicos de 115 autopsias con etiología suicida, encontrando benzodiacepinas (18,3%), antidepresivos (11,3%) y antipsicóticos (2,6%). Según Martínez-Aguayo, Arancibia y Silva (2015) el uso de tratamiento farmacológico no lleva consigo una disminución de la conducta suicida, a pesar de utilizar cada día fármacos más eficaces para tratar la enfermedad mental base. Secades et al. (2003) señalan que la prevalencia del consumo de psicofármacos en la población general oscila entre un 10 y un 20%.

La finalidad de la presente investigación es analizar la relación entre la enfermedad mental y el consumo de psicofármacos a dosis terapéuticas en una muestra constituida por el total de autopsias con una etiología suicida, registradas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia en los años 2015, 2016 y 2017. Las hipótesis planteadas aventuran que la depresión en la población de estudio es mayor que en la población general (3,9% prevalencia-año y 10,5% prevalencia vida). Además, se plantea que hay un aumento del consumo de psicofármacos en la población de estudio que en la población general (10 a 20%).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Este estudio se llevó a cabo a partir de una muestra formada por los 230 informes de autopsias con etiología suicida registradas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia que comprende los partidos judiciales de Caravaca, Cieza, Lorca, Mula, Murcia, Yecla, Molina, Totana (excepto el municipio de Mazarrón) y Jumilla. El criterio utilizado fue que constara como causa de la muerte etiología suicida. La edad oscilaba entre los 12 a los 93 años (M = 50,44, DT = 17,84). Del total de la muestra el 78% eran hombres (168) y el 22% mujeres (47) habiendo 15 sin identificación de sexo.

MATERIALES

Para llevar a cabo este trabajo se utilizó un formulario diseñado ad hoc para registrar las características analizadas en este trabajo a partir de cada uno de los informes forenses procesados. Aspectos sociodemográficos como la edad o el sexo de la víctima, así como aspectos relevantes del suicido fueron registrados (por ejemplo, hora, mes, día de la semana o mecanismo suicida). Los datos del análisis toxicológico también fueron registrados.

PROCEDIMIENTO

Se hizo una revisión de todas las muertes registradas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia para localizar aquellas cuya muerte fuera por etiología suicida. Seguidamente se codificó la información contenida en los 230 informes de muertes por suicidio para su posterior análisis.

DISEÑO

Se trata de un diseño ex post facto de tipo retrospectivo simple. El análisis de los datos se realizó con el programa JASP 0.10.2 (JASP Team, 2019). Los datos se analizaron combinando el contraste clásico de hipótesis nulas y Factores de Bayes (Vovk-Sellke maximum p-ratio o VS-MPR) basados en los p-valores correspondientes de los tests estadísticos (Sellke, Bayarri, y Verger, 2001). Hemos considerado que Factor de Bayes (FB_{10}) evalúa la cantidad de evidencia favorable a la hipótesis alternativa frente a la hipótesis nula considerando los datos muestrales (Ruiz-Ruano y Puga, 2017, 2018).

RESULTADOS

Del total de las muertes que se habían registrado en el año 2015 (423) el 17% habían sido por etiología suicida, en el año 2016 de 447 el 20%, y un 14% en el año 2017 de 474. Podemos observar en la Figura 1 como el pico más elevado de la conducta suicida se lleva a cabo por hombres de 50 a 54 años. Además, las mujeres muestran una distribución más plana, encontrando tan sólo un suicidio a partir de los 69 años. No obstante, los casos más jóvenes de la muestra (10-14) estarían constituidos en exclusiva por el sexo femenino.

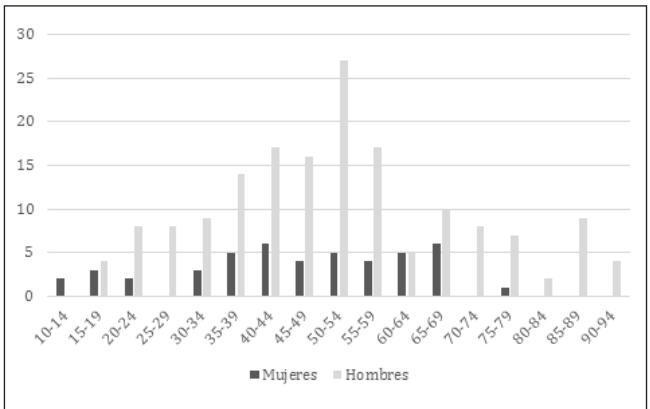


Figura 1. Tasas de mortalidad por suicidio por sexo y edad.

Por otro lado, los hombres se encuentran reflejados en este gráfico prácticamente en todas las edades a partir de los 15-19 años, teniendo una distribución en forma de V invertida, destacando las edades comprendidas entre los 35 y los 59 años.

Por otro lado, un aspecto que se ha recogido ha sido la estacionalidad observándose que el 29% de la muestra llevo a cabo la conducta suicida en verano, un 27% en primavera, un 23% en invierno y un 21% en otoño, pudiéndose observar un ligero aumento en las estaciones más calurosas. Se recogieron diferentes variables relacionadas con la conducta suicida, hallando que el 21% de la muestra había presentado intentos autolíticos previos, el 6% presentaba ideación suicida y que un 11% dejó una nota de despedida.

En otro orden, en la Tabla 1, se pueden observar los diagnósticos que presentaba la población de estudio y su frecuencia, encontrando la ausencia de este dato en muchos informes.

Del total de la muestra 78 (33,9%) personas presentan un diagnóstico o varios diagnósticos por enfermedad mental, lo que no quiere decir que los 152 informes restantes no presenten ningún tipo de trastorno mental, sino que no consta dicha información en el informe forense, por lo que, los resultados del estudio se han llevado a cabo a través del análisis de datos de los 78 casos que presentan diagnóstico de enfermedad mental. Tras puntualizar este aspecto, cabe destacar que el trastorno mental más prevalente es el trastorno depresivo (72%), seguido del trastorno relacionado con sustancias y los trastornos de personalidad (13%), y el trastorno bipolar (10%).

Cómo podemos observar en la Tabla 2, el Factor de Bayes en su versión VS-MPR, muestra como la hipótesis alternativa tiene más credibilidad ($FB_{10} = 3{,}52 \times 10^{57}$) que la hipótesis nula teniendo en cuenta los datos muestrales, lo que sugiere que la prevalencia de la depresión en la población de estudio es mayor que en la población general. Como hipótesis nula se tuvieron en cuenta los datos de la depresión-año de un 3,9% propuestos por Haro et al. (2006).

Análogamente al caso anterior, la Tabla 3 nos muestra los resultados de la prueba binomial, encontrando que la hipótesis alternativa ($FB_{10} = 2{,}19 \times 10^{34}$) recibe más peso de evidencia que la hipótesis nula. Estos datos sugieren que las personas que llevan a cabo la conducta suicida tienen un mayor índice de prevalencia de

Tabla 1
Frecuencia de Trastorno Mental en personas que han llevado a cabo el acto suicida

TRASTORNO MENTAL	Frecuencia	Percentil	Percentil Válido
Si	78	33,91	100,00
No consta	152	66,09	
Total	230	100,00	
Trastorno depresivo	56	24,35	71,80
Trastorno bipolar	8	3,48	10,26
Trastorno relacionado con sustancias	10	4,35	12,82
Trastorno de conductas alimentarias	2	0,87	2,56
Trastornos de la personalidad	10	4,35	12,82
Trastornos psicóticos	7	3,04	8,97
Trastornos de ansiedad	1	0,44	1,28
Trastorno de estrés postraumático	1	0,44	1,28
Trastorno de conversión	1	0,44	1,28
Trastorno del control de impulsos	2	0,87	2,56

Tabla 2
La presencia de la depresión en el suicidio respecto a la población general (3,9% prevalencia-año)

	Nivel	Cuenta	Total	Proporción	P-valor	VS-MPR*
Trastorno depresivo	No	22	78	0,28	< ,001	$7{,}33 \times 10^{10}$
	Sí	56	78	0,72	< ,001	$3{,}52 \times 10^{57}$

Nota. Para todas las pruebas la hipótesis alternativa específica es que la proporción es mayor que 0,039.
*Vovk Sellke

Tabla 3
Prevalencia de la depresión en el suicidio respecto a la población general (10,5% prevalencia-vida)

	Nivel	Cuenta	Total	Proporción	P-valor	VS-MPR*
Trastorno depresivo	No	22	78	0,28	< ,001	2.805.128
	Sí	56	78	0,72	< ,001	$2{,}19 \times 10^{34}$

Nota. Para todas las pruebas la hipótesis alternativa específica es que la proporción es mayor que 0,105.
*Vovk Sellke

Tabla 4
Resultados toxicológicos en relación con el consumo de psicofármacos

Resultados toxicológicos	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	49	21,30%
Positivo	130	56,52%
No consta	34	14,78%
Sustancias farmacológicas	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	79	34,35%
Positivo	100	43,47%
No consta	34	14,78%
Dosis terapéuticas	Frecuencia	Porcentaje
No	92	40,00%
Si	87	37,83%
Más de un fármaco	Frecuencia	Porcentaje
No	115	50,00%
Si	64	27,83%
Perdidos	17	7,39%
Total	230	100,00%

depresión que la población general teniendo en cuenta los datos ofrecidos por Haro et al. (2006) de la prevalencia de la depresión a lo largo de la vida (10,5%).

Como muestra la Tabla 4, 130 personas dieron positivo en sustancias toxicológicas, siendo el 56,5% del total de la muestra, 49 personas dieron negativo (21,3%) del total de la muestra, y el 14,8% no consta esta información en el informe médico forense. Teniendo en cuenta los resultados toxicológicos positivos, de 130 casos, 100 fueron positivos en psicofármacos, lo que supone un 43,5%, de las cuales el 37,8% fue en dosis terapéutica (87) y el 27,8% presentaba más de un fármaco (64).

En la Tabla 5, podemos ver como el Factor de Bayes sugiere que existe mayor evidencia en los datos que favorecen a la hipótesis alternativa ($6{,}95 \times 1045$) respecto a la hipótesis nula. Esto apunta a que el consumo de psicofármacos se da en mayor medida en la población que ha llevado a cabo la conducta suicida, respecto a la población general, teniendo en cuenta la prevalencia del consumo de psicofármacos en la población general (10%) de acuerdo con las aportaciones de Secades et al. (2003).

Tabla 5
Consumo de psicofármacos respecto a la población general (10%).

Test Binominal						
	Nivel	Cuenta	Total	Proporción	P-valor	VS-MPR*
Psicofármacos	No	82	179	0,458	< ,001	$4{,}60 \times 10^{40}$
	Si	97	179	0,542	< ,001	$6{,}95 \times 10^{45}$

Nota. Para todas las pruebas la hipótesis alternativa específica es que la proporción es mayor que 0,1.
*Vovk Sellke

Tabla 6
Consumo de psicofármacos respecto a la población general (20%).

Test Binominal						
	Nivel	Cuenta	Total	Proporción	P-valor	VS-MPR*
Psicofármacos	No	82	179	0,458	< ,001	$1{,}71 \times 10^{15}$
	Si	97	179	0,542	< ,001	$1{,}24 \times 10^{24}$

Nota. Para todas las pruebas la hipótesis alternativa específica es que la proporción es mayor que 0,2.
*Vovk Sellke

Al igual que en el caso anterior, en la Tabla 6, podemos observar a través del Test Binomial, la significación estadística de las desviaciones en base a dos categorías, el consumo de psicofármacos en la muestra de estudio, y el consumo de psicofármacos en la población general, de acuerdo con las aportaciones de Secades et al. (2003) del 20% de prevalencia. Mostrando una reducción del Factor de Bayes de acuerdo con el porcentaje anterior (10%), a pesar de ello, seguimos observando como la hipótesis alternativa muestra una mayor evidencia ($FB^{10} = 1{,}24 \times 10^{24}$) respecto a la hipótesis nula. Esto sugiere que la hipótesis planteada en esta investigación cuenta con apoyo, y que el consumo de psicofármacos es mayor en la población objeto de estudio que en la población general.

DISCUSIÓN

A priori, lo que hemos podido observar de forma directa en nuestros resultados y que se encuentra relacionado con la bibliografía que precede a esta investigación es el elevado número de muertes por etiología suicida que se han encontrado en los años de estudio, siendo el 17% de todas las muertes registradas en el año 2015, el 20% en el año 2016 y el 14% de las muertes del 2017, aspectos que se encuentran estrechamente relacionas con las elevadas cifras que revela la OMS (2014), manifestando la importancia del estudio de este fenómeno.

También nos sumamos a las aportaciones de diferentes investigadores (Abellán, 2005; Anseán, 2014; Carrasco et al., 2012; Corona, Hernández y García, 2016; Rosado et al., 2015) coincidiendo en que las tasas de mortalidad por suicidio son más elevadas en el caso de los hombres. Observando, además, que el pico más elevado se encuentre en las edades comprendidas entre los 50 y 54 años, aspecto que puede estar relacionado con las aportaciones de Goñi-Sarriés et al. (2017) que, conforme avanza la edad, la persona utiliza mecanismos de producción más violentos y por lo tanto más letales.

Al igual que las aportaciones de Miguel y et al. (2005) y Abellán (2005), en este caso, tampoco hemos podido establecer unas diferencias significativas en función de la estacionalidad y la muestra, ya que, apenas se ha encontrado una ligera inclinación en las estaciones más calurosas. Por otro lado, es importante destacar las tasas tan bajas que se han registrado de intentos autolíticos previos (21%), entrando en contradicción con todas las investigaciones que apuntan que los intentos previos son un alto factor de riesgo en la conducta suicida (Aseán, 2014; Beautrais, Collings, Ehrhardt, y Henare, 2005; Goñi-Sarriés, et al., 2017; Hernán y Martínez, 2007; Jalón y Peralta, 2002), sin embargo, esto podría explicarse, teniendo en cuenta que se ha trabajado a partir de los datos que constaban en el informe forense, y puede que no en todos los casos conste esta información, lo que no quiere decir que no haya podido haber un intento autolítico previo.

La OMS (2014) señala que detrás de casi el 90% de los suicidios se esconde una enfermedad mental, sin embargo, en este estudio, de 230 informes revisados con una etiología suicida, tan sólo presentaban un diagnóstico de enfermedad mental 78 expedientes, lo que no quiere decir que los 152 restantes no tengan una enfermedad mental, sino que no consta en los informes, mostrándonos la desconexión que hay entre el Instituto de Medicina Legal y el Sistema Sanitario. Lo que nos deja una ausencia de datos que tiene un gran valor para el estudio de este fenómeno, pero, además, que puede ser un papel clave a la hora de llevar a cabo la autopsia y realizar un buen diagnóstico diferencial.

Anseán (2014) habla de que en España pueden haber alrededor de 450 muertes más de las que conocemos oficialmente con etiología suicida, siendo la cifra negra, un problema que se plantea a la hora de obtener datos fiables entorno a este fenómeno.

Centrándonos ahora en los datos con los que hemos trabajado, es de vital importancia observar como de los 78 informes con diagnóstico clínico, 56 presentaban un trastorno depresivo, siendo el 72% del total de los diagnósticos de los que tenemos constancia. Esta sintomatología psicológica es la más frecuentemente relacionada en el acto suicida en la población de estudio, siendo mayor su prevalencia que en la población general, seguidamente se encuentran los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos de personalidad con un 13%, y posteriormente con un 10% el trastorno bipolar. Estos datos nos revelan la importancia de que tiene el trastorno depresivo dentro de la conducta suicida, siendo un alto factor de riesgo dentro de esta población, por lo que hay que tratar a estos pacientes con una rigurosa cautela, poniendo todos los medios

al alcance de la prevención de este fenómeno.

Otro de los aspectos que nos planteábamos era la relación entre el consumo de psicofármacos y la conducta suicida. Encontrando la presencia de estos en 100 casos de la muestra, mostrando una mayor incidencia del consumo que en la población general. Estos resultados deben llevarnos a la reflexión de algunas cuestiones ¿Por qué es más elevado el consumo de psicofármacos que el de los diagnósticos? Que las personas hayan dado positivo en el consumo de psicofármacos también nos indica que han estado en contacto con un profesional de la salud ¿Qué ha fallado para que no se prevenga su muerte? ¿Son eficaces los tratamientos psicofarmacológicos para la conducta suicida? (Ortiz, Mata, Hernández y Gervás, 1996; Secades, et al., 2003).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que tanto el trastorno depresivo como el consumo de psicofármacos podrían condicionar la materialización del suicidio. Con esta investigación se justifica la importancia de profundizar en estudios que aborden esta problemática, teniendo en cuenta el gran impacto de este fenómeno en nuestra sociedad, por no hablar de los familiares, provocando el sufrimiento de millones de personas.

El suicidio es la primera causa de muerte externa en nuestro país, por lo que debe ser un tema prioritario en todas las agendas políticas y sanitarias. Debemos enfocar nuestros esfuerzos en la búsqueda de planes integrales de prevención y la realización de protocolos de actuación y una adecuada evaluación y pronóstico del riesgo. Además de velar por una mejor coordinación entre los distintos sistemas. Recordar que las personas felices no se suicidan, lo hacen aquellas que no pueden soportar tanto sufrimiento (Anseán, 2014).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán, A. (2005). El suicidio entre las personas de edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 15,* 65-67.

Anseán, A. (2014). *Suicidios Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. Madrid: FSME

Baquedano-Jer, S. (2017). La naturaleza del suicidio. *Revistas Jurídicas, 14,* 131-144.

Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., y Henare, K. (2005). *Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.

Carrasco, C., Delgado, S., Araya, P., San Martín, E., y Schuffeneger, H. (2012). Caracterización del acto suicida correspondiente a autopsias por suicidio realizadas en el Servicio Médico Legal de Concepción, Chile, año 2010. *Revista Anacem, 6,* 137-140.

Corona, B., Hernández, M., y García, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 15,* 90-100.

García de Jalón, E., y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 3,* 87-96.

Gutiérrez-García, A., y Contreras, C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental, 29,* 66-74.

Haro, J. M, Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dalz, M., Alonso, J., y Grupo ESEMED-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126,* 445-51.

Hernán, S., y Martínez, J. C. (2007). ¿Es efectivo que los antidepresivos aumenten el riesgo de suicidio? *Revista Médica de Chile, 135,* 1195-1201.

JASP Team (2019). JASP (Version 0.10.2) [Computer software].

Martínez-Aguayo, J. C., Arancibia, M., y Silva, H. (2015). Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 53,* 127-133.

Mejía, M., Shanhueza, P., y González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com, 8,* 15-25.

Miguel, L., Lucena, J., Heredia, f., Rico, A., Marín, R., Blanco, M., Barrero, E., Soriano, M. T., y Giménez, M. P. (2005). Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004. *Cuadernos de Medicina Forense, 11,* 43-53.

Montesino, C. (2004). Comportamiento de la conducta suicida en el municipio pinañero de San Luis. *Revista Cubana de Enfermería, 20,* 1-1.

Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America, 3*, 499-517.

Navas, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. *Revista médica de Costa Rica*

y Centroamérica LXX, 606, 219-225.

Neeleman, J. (2001). A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mrtality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology, 30,* 154-162.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Disponible en http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Disponible en http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/

Pereira, A., y Cardoso, F. (2015). Suicidal ideation in university students: prevalence and association with school and gender. Paidéia. *Ribeirão Preto, 25,* 299-306.

Pereira, A., y Cardoso, F. (2019). Stigmatising Attitudes Towards Suicide by Gender and Age. *Ces Psicología, 12,* 1-16.

Rosado, M. J., García, F., Alfeo, J. C., y Rodríguez, J. (2015). El suicidio masculino: Una cuestión de género. *Revista de Ciencias Sociales, 13,* 433-491.

Rosaldo, J., Pérez, T., Azcuy, M., y Martínez, G. M. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 33,* 70-80.

Ruiz-Ruano, A. M., y Puga, J. L. (2017). *Fundamentos de estadística*. Murcia: Iuris Universal.

Ruiz-Ruano, A. M., y Puga, J. L. (2018) Deciding on Null Hypotheses using P-values or Bayesian alternatives: A simulation study. *Psicothema, 30,* 110-115.

Secades, R., Rodríguez, E., Valderrey, J., Fernández, J.R., Vallejo, G., y Jiménez, J.M. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema, 15,* 650-655.

Sellke, T., Bayarri, M., y Berger, J. O. (2001). Calibration of p values for testing precise null hypotheses. *The American Statistician, 55,* 62-71.

Siau, C. S., Wee, L. H., Ibrahim, N., Visvalingam, U., y Wahab, S. (2017). Cross-cultural sdaptation and validation of the Attitudes Toward Suicide Questionnaire among healthcare personnel in Malaysia. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing, 54,*1-9.

Touriño, R., Acosta, F. J., Giráldez, A., Álvarez, J., González, J. M., Abelleira, C., Benítez, N., Baena, E., Fernández, J. A. y Rodríguez, C. J. (2018). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Especialista Psiquiatría, 46,* 33-41.

Tuesca, R, y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intentos de suicidio. *Salud Uninorte, 17,* 19-28.

TRABAJO Y ORGANI-ZACIONES

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y MODALIDADES DE VIOLENCIA EN EL TRABAJO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL

Lautaro Cirami y Liliana Edith Ferrari
Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen: Los objetivos de este trabajo fueron: 1) Describir las estrategias de afrontamiento frente la violencia en el trabajo, y 2) explorar la relación de las estrategias de afrontamiento con las distintas modalidades de violencia en el trabajo relevadas. La muestra se conformó de 94 trabajadores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires (Argentina). Los instrumentos utilizados fueron el CEMTAL y el COPE-28. Del análisis factorial exploratorio se obtuvieron dos factores: 1) Estrategias Resolutiva y de apoyo y 2) Estrategias Pasivas. Además, se hallaron correlaciones positivas entre distintas modalidades de violencia en el trabajo (Relacionalidad, Intrusividad y Descalificación) y estrategias de afrontamiento ($r_2 <$,214, $p <$,05 y $p <$,01). Los resultados convergen con la bibliografía y permiten profundizar sobre el afrontamiento a la violencia laboral para el diseño de dispositivos de intervención y prevención.
Palabras clave: Violencia en el trabajo; Estrategias de afrontamiento; Factores psicosociales.

COPING WITH DIFFERENT WAYS OF VIOLENCE AT WORKPLACE: PRELIMINARY RESULTS FROM A PSYCHOSOCIAL PERSPECTIVE STUDY

Abstract: This paper aimed to: 1) Describe the coping strategies against violence at work, and 2) explore the relationship between coping strategies and the different modalities of violence at work. The sample consisted of 94 workers from the Autonomous City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires (Argentina). The instruments used were CEMTAL and COPE-28. Two factors were obtained from the exploratory factor analysis: 1) Resolutive and Support Strategies and 2) Passive Strategies. In addition, positive correlations were found between different forms of violence at work (Relational, Intrusive and Disqualification) and coping strategies ($r_2 <$ .214, $p <$ .05 and $p <$ .01). The results converge with the bibliography and allow to deepen on the confrontation to the labor violence for the design of intervention and prevention programs.
Key words: Violence at workplace; Coping Strategies; Psychosocial Factors.

INTRODUCCIÓN

La violencia laboral se caracteriza por comportamientos establecidos en las organizaciones caracterizados por hostilidad, aislamiento, amenazas, agresión física o verbal u hostigamiento en los cuales se ven envueltos aspectos organizacionales, interpersonales y personales que pueden generar distintas configuraciones de éste fenómeno (Ferrari et al., 2015). Frente a estas situaciones de tensión y estrés, los trabajadores utilizan distintas estrategias de afrontamiento para inhibir o superar estos escenarios desfavorables (Lazarus & Folkman, 1984). Estas estrategias son usualmente tipificadas como resolución, búsqueda de apoyo emocional, búsqueda de apoyo social, evitación, uso de sustancias, desahogo, reevaluación positiva, entre otras (Carver & Connor-Smith, 2010).

Las estrategias de afrontamiento presentan distintos patrones por lo que pueden ser agrupadas (Carver & Connor-Smith, 2010; Lazarus & Folkman, 1984). El primer grupo se denomina estrategias centradas en el problema y están orientadas a modificar de algún modo la situación estresante, ya

sea solucionándolo o inhibiéndolo. Dentro de este grupo de se encuentran estrategias de planificación, búsqueda de apoyo instrumental, afrontamiento activo, reestructuración positiva.

El segundo, se caracteriza por estrategias centradas en la emoción. Este patrón no busca solucionar el problema, sino que está orientado a preservar el bienestar de la persona. En otras palabras, los esfuerzos están en función de regular los estados emocionales y reducir el impacto del estresor.

El tercer grupo, se caracteriza por la utilización de estrategias evitativas, de negación, de autoculpa y de uso de sustancias. Este último grupo suele asociarse a altos niveles de estrés, ansiedad y sintomatología el estudio del afrontamiento de situaciones de estrés en el trabajo (Nielsen & Knardahl, 2014).

Sin embargo, investigaciones sobre afrontamiento y violencia doméstica sostienen que las estrategias usualmente tipificadas como adaptativas (p.e. activas, resolutivas, proactivas), no siempre son eficaces y pueden ser contraproducente en distintos contextos y dependiendo de los actores (Lewis et al., 2006). En el caso de la violencia doméstica, estos autores hallaron en niños y mujeres, el afrontamiento proactivo y centrado en el problema puede comprometer su seguridad. En el contexto laboral, se estudiaron el afrontamiento en situaciones de incivismo laboral, un fenómeno muy relacionado a la violencia en el trabajo (Hershcovis, 2017). Sus resultados sostienen que tanto la confrontación como la evitación son inefectivas en estos contextos. No obstante, la primera de las estrategias supone un intento por mejorar las relaciones personales, mientras que la segunda, presenta una tendencia a reproducir este tipo de comportamientos de incivismo.

En el contexto hospitalario, se estudió el afrontamiento a la violencia en personal de enfermería y se halló que las mujeres que presentan estrategias centradas en las emociones tienen mayor tendencia a dejar el trabajo, mientras que el personal que utiliza aquellas centradas en el problema, tienden a identificar las situaciones y hacer algo al respecto (Jeong & Kim, 2017).

Dentro de la escasa literatura en el tema, en un estudio se indagaron modalidades de violencia y la relación con el afrontamiento. Encontraron tres modalidades: acoso verbal, subestimación y desprecio. En este sentido, el acoso verbal se asocia a estrategias centradas en la resolución del problema, mientras que las otras dos se relacionan con estrategias de auto-culpa y evitación (Lee & Brotheridge, 2006).

Por último, una de las claves para entender el afrontamiento a la violencia en el trabajo es el apoyo social (Parzefall & Salin, 2010). Esta línea converge con un abordaje psicosocial en la medida en la que la organización del trabajo enriquezca los recursos con los que cuentan los trabajadores para lidiar con estas situaciones. Es a esto a lo que se refieren Lazarus y Folkman (1984) con respecto a la valoración de los recursos externos en la teoría transaccional del estrés.

A partir de la escasa bibliografía y los resultados poco concluyentes de las mismas, los objetivos de este trabajo son:

1. Describir las estrategias de afrontamiento frente a situaciones de violencia en el trabajo.
2. Explorar la relación de las estrategias de afrontamiento frente a situaciones de violencia en el trabajo con las distintas modalidades de violencia laboral relevadas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra se conformó de 94 trabajadores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires (Argentina). El 57% de la muestra fue de género femenino y el 43% restante masculino. La media de edad fue de 30,7 años con un rango de 18 a 55. El 47% no se autotipifica como víctima ni testigo de violencia.

MATERIALES

Se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Estilos, Modalidades y Tipos de Acoso Laboral (CEMTAL; Ferrari et al., 2015) para evaluar la exposición a distintas modalidades de acoso y violencia en el trabajo. Este instrumento consiste en 42 ítems que evalúan modalidades de violencia en el trabajo: Descalificación, Intrusividad, Relacionalidad, Clima social-afectivo y contacto físico-sexual. A los fines de los objetivos de este trabajo, se utilizaron las tres primeras escalas solamente.

Para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes de la muestra se utilizó el COPE-28 (Morán, Landero & González, 2010). Este instrumento consiste en 28 ítems que evalúan 14 estrategias de afrontamiento: activo, planificación, apoyo instrumental, aceptación,

búsqueda de apoyo emocional, desahogo, humor, reevaluación positiva, negación, uso de sustancias, autoinculpación, auto-distracción, desconexión y religión.

Además, se acompañaron los instrumentos con un cuestionario socio-laboral-demográfico en donde se indagó: tipo de organización, tamaño, tipo de contrato, puesto, edad, género y nivel de estudio.

PROCEDIMIENTOS

Los datos fueron recolectados mediante un muestreo intencional no probabilístico (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2010). En todos los casos se pidió el consentimiento informado, el cual consistió en información acerca del marco institucional, los objetivos y el uso de los datos recolectados del estudio. Los datos fueron tabulados en Excel y posteriormente trabajados mediante el software estadístico IBM SPSS 22.

En cuanto al análisis estadístico, por un lado, para el cumplimiento del primer objetivo, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio. De este modo, se indagó sobre la asociación de las estrategias de afrontamiento. Por otro lado, para el cumplimiento del segundo objetivo se utilizó el coeficiente Rho de Spearman de modo que se identifiquen las distintas correlaciones presentes entre las modalidades de violencia y las estrategias de afrontamiento relevadas.

DISEÑO

Se trata de un estudio no experimental, descriptivo, de alcance correlacional y transversal (Hernandez et al., 2010).

RESULTADOS

Para cumplir con el primer objetivo se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales y método de *rotación varimax* (ver Tabla 1). A partir de la bibliografía y del gráfico de sedimentación, se especificó la extracción de dos factores. El análisis factorial fue viable puesto que se obtuvieron índices satisfactorios de KMO (= ,794) y de la prueba de esfericidad de Barlett ($p < ,01$). Para corroborar la existencia de cargas factoriales despreciables, se utilizó el valor crítico de ,512 sugerido para este tamaño muestral (Stevens, 2012).

La solución obtenida explica el 53% de la varianza y las cargas factoriales fueron superiores al valor crítico en todos los casos (ver Tabla 1). El primer factor reúne estrategias activas y estrategias relacionadas con la búsqueda de apoyo emocional e instrumental. El segundo factor, por el contrario, reúne a aquellas estrategias orientadas a evitar la resolución del problema, así como también, el comportamiento de afrontamientos desadaptativos como autoinculpación y uso de sustancias. Estos factores son interpretables tanto por criterios estadísticos (Stevens, 2012), así como también, por criterios teóricos (Carver, 1997; Carver & Connor-Smith, 2010; Lazarus & Folkman, 1984; Nielsen & Knardahl, 2014).

Para cumplir con el segundo objetivo se utilizó el coeficiente Rho de Spearman (ver Tabla 2). La modalidad de Descalificación presentó correlaciones positivas con Desconexión ($r_s = ,317$, $p > ,01$), Desahogo ($r_s = ,240$, $p > ,05$), Aceptación ($r_s = ,255$, $p > ,01$) y Apoyo instrumental ($r_s = ,292$, $p > ,01$). La modalidad Relacionalidad, presentó correlaciones positivas con Desconexión ($r_s = ,251$, $p > ,05$) y Aceptación ($r_s = ,271$, $p > ,05$). Por último, la modalidad Intrusividad sólo presentó correlaciones con Aceptación ($r_s = ,388$, $p > ,01$).

DISCUSIÓN

En primer lugar, se encontraron dos grupos de estrategias de afrontamiento acordes a la extensa literatura sobre el tema (Carver & Connor-Smith, 2010; Nielsen & Knardahl, 2014). Al primer factor se lo denominó Afrontamiento Resolutivo y de Apoyo puesto que reúne estrategias orientadas a modificar el problema y a aproximarse a otras personas para buscar ayuda o apoyo emocional. En este sentido, el trabajador intenta lidiar con la situación de manera asertiva sirviéndose de recursos sociales, por ejemplo, asesorándose sobre qué acciones puede tomar, o bien conversando con un compañero en busca de apoyo y empatía.

Los aspectos resolutivos son relevantes para lidiar con el problema y dominar niveles del estrés (Nielsen & Knardahl, 2014), no obstante, el papel de los aspectos sociales podrían colaborar, e incluso ser centrales para ello (Cox, Johnson, & Coyle, 2014). En este sentido, y a partir del presente análisis preliminar, pedir información y asesoramiento, socializar las situaciones o bien, utilizar el humor con compañeros, amigos o familiares son acciones que acompañan a la aproximación con el problema. No se trata de un afrontamiento centrado en el problema o en la emoción, sino de una combinación

Tabla 1
Solución factorial del análisis factorial exploratorio

	Resolutivo y de apoyo	Pasivo
Planificación	,870	
Activo	,826	
Apoyo instrumental	,813	
Aceptación	,644	
Búsqueda de apoyo emocional	,607	
Desahogo	,596	
Humor	,529	
Reevaluación positiva	,524	
Negación		,780
Uso de Sustancias		,769
Autoinculpación		,702
Auto-distracción		,566
Desconexión		,564
Religión		,548
Varianza explicada 53%	39%	14%

Tabla 2
Matriz de correlaciones para las escalas evaluadas

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Relacionalidad	,699**	,415**	,257*	,162	-,053	,047	,172	,277**	,088	,106	,182	,201	,326**	-,115	,073	-,017
2. Intrusividad	-	,485**	,143	-,017	-,021	,161	,132	,365**	,083	-,023	,015	,001	,161	-,094	,049	-,007
3. Descalificación		-	,193	,181	,001	,062	,189	,305**	,253*	,068	,261*	,170	,288**	-,018	,276**	,126
4. Auto-distracción			-	,273**	,358**	,318**	,402**	,448**	,378**	,617**	,366**	,428**	,419**	,198	,444**	,630**
5. Activo				-	,006	-,041	,359**	0,013	,328**	,312**	,753**	,281**	,384**	,175	,560**	,205*
6. Negación					-	,534**	,204*	,279**	,289**	,219*	,102	,171	,121	,256*	,095	,335**
7. Uso de Sustancias						-	,158	,226*	,213*	,285**	,084	,226*	,096	,215*	,013	,343**
8. Búsqueda de apoyo emocional							-	,414**	,617**	,334**	,376**	,259*	,365**	,368**	,529**	,374**
9. Desconexión								-	,386**	,269**	,079	-,013	,382**	,322**	,172	,366**
10. Desahogo									-	,234*	,476**	,380**	,394**	,242*	,479**	,365**
11. Reevaluación positiva										-	,337**	,412**	,509**	,254*	,348**	,592**
12. Planificación											-	,348**	,525**	,271**	,681**	,284**
13. Humor												-	,331**	-,023	,225*	,372**
14. Aceptación													-	,249*	,412**	,277**
15. Religión														-	,288**	,347**
16. Apoyo social															-	,259*
17. Autoinculpación																-

*$p < ,05$; **$p < ,01$

y solidaridad entre estrategias activas, emocionales y sociales. Estos resultados están en sintonía con los planteos de distintos estudios relacionados con el afrontamiento de la violencia en el trabajo (Hershcovis, 2017; Jeong & Kim, 2017; Parzefall & Salin, 2010) y en otros ámbitos (Lewis et al., 2006).

Por otro lado, al segundo factor se lo denominó Estrategias Pasivas puesto que ninguno de los afrontamientos implicados está al servicio de generar acciones sobre el problema. Incluso, se hallan negaciones de las situaciones de violencia, así como también una desconexión (evitación) de las mismas. Por otro lado, en este grupo de estrategias aparece la autoinculpación y el uso de sustancias, las cuales son definidas por la literatura como acciones desadaptativas y relacionadas directamente con la salud (Doron, Thomas-Ollivier, Vachon, & Fortes-Bourbousson, 2013; Doron, Trouillet, Maneveau, Neveu, & Ninot, 2015; Nielsen & Knardahl, 2014).

En un primer momento, la auto-distracción y la religión parecen no tener un papel claro en este grupo, no obstante, ambas están relacionadas con una baja atribución del control de la situación. Investigaciones sobre afrontamiento, salud y locus de control proponen que un locus de control externo se asocia a altos niveles de estrés y a estrategias de afrontamiento evitativas (Ryon & Gleason, 2014; Wang, Bowling, & Eschleman, 2010).

En cuanto a los resultados respecto de la relación entre modalidades y estrategias de afrontamiento, se abren distintas líneas de análisis e implicancia teórica en sintonía con bibliografía previa (Lee & Brotheridge, 2006). En primer lugar, se hallaron correlaciones entre prácticas de descalificación y las estrategias de desconexión, desahogo, aceptación y apoyo instrumental. Las prácticas de descalificación se caracterizan por comportamientos orientados a aislar a la víctima de violencia mediante asignación de tareas de menor competencia, privación de materiales o exigencias desmesuradas (Ferrari et al., 2015). En esta dirección, evitar y desconectarse de este tipo de situaciones podría ser una primera estrategia por parte de la víctima, no obstante, también aparecen estrategias activas y de apoyo. Frente a estas conductas de aislamiento, la persona podría lidiar buscando colaboración en otros compañeros de trabajo, así como también, socializar lo que le está pasando mediante estrategias de desahogo emocional.

Por otro lado, la modalidad de relacionalidad se asocia a desconexión y aceptación. La relacionalidad se caracteriza por los vínculos entre pares y superiores mediante aspectos de la comunicación verbal y no verbal, así como también, por prácticas de exclusión (Ferrari et al., 2015). Los resultados sugieren que el trabajador utiliza estrategias evitativas puesto que no cuenta con recursos sociales en el contexto laboral. Pedir ayuda o socializar lo que le sucede no es viable en este tipo de modalidades puesto que son los factores interpersonales los afectados. Por lo general, las vías de comunicación están interrumpidas, o bien son hostiles. En sintonía con los resultados, al trabajador sólo le quedaría aceptar esta realidad, lo cual puede ser un primer paso para buscar resoluciones, aunque no es suficiente.

Por último, la intrusividad sólo presentó correlación con la estrategia de desconexión. Esta modalidad presenta prácticas de discriminación e invasión sobre la vida personal, sexual, política y/o cultural de la víctima (Ferrari et al., 2015). En este caso, no sólo aparecen interrumpidas las vías de socialización, sino que también el trabajador queda expuesto en su contexto laboral. La evitación de estas situaciones parece ser uno de los pocos caminos que le quedan a los trabajadores que son víctimas de prácticas intrusivas.

A partir de este análisis preliminar, se disparan interrogantes respecto del uso de estas estrategias, su efectividad e impacto sobre la salud. Por ejemplo, el papel de la aceptación podría tener una doble naturaleza, en la medida que puede sugerirse una identificación de la situación del problema, o bien, la naturalización y admisión del mismo como un suceso cotidiano en la vida organizacional. Otro de los interrogantes sugeridos tiene lugar respecto de los distintos actores involucrados en las situaciones de violencia laboral (Lutgen-sandvik & Mcdermott, 2008; Lutgen-sandvik, Tracy & Alberts, 2007). Es decir, los distintos usos de estrategias de afrontamiento en función de que una exposición como víctima o como testigo. En este sentido, los testigos podrían presentar características distintivas de aquellos que son víctimas.

Para cerrar la discusión, se explicitan algunas limitaciones que tiene este trabajo. En primer lugar, si bien se presentó heterogeneidad respecto de variables sociodemográficas y laborales, el tamaño muestra es acotado puesto que son resultados preliminares. En segundo lugar, el estudio tuvo un alcance correlacional, por lo que no se indagaron diferencias entre posibles grupos según exposición violencia laboral (víctimas, testigos y sin exposición) ni regresiones que den cuente de algún tipo de

causalidad entre las variables. En tercer lugar, esta primera aproximación a los datos no se involucró en lo que respecta a relaciones entre afrontamiento y salud.

CONCLUSIONES

A modo de síntesis, pueden destacarse los siguientes avances teóricos sobre el afrontamiento en situaciones de violencia laboral:

1. Las estrategias activas estarían acompañadas por estrategias sociales de apoyo.
2. Hay un grupo de estrategias pasivas caracterizado por evitación y conductas desadaptativas que se replica en la literatura especializada.
3. Las respuestas de desconexión están asociadas a las tres modalidades evaluadas, lo que sugiere que la evitación es una de las respuestas más asociadas a la violencia.
4. La aceptación es otra de las estrategias presentes en dos de las modalidades, no obstante, aún no es concluyente su papel como respuesta a la violencia.
5. Las distintas modalidades evaluadas varían en función a la posibilidad de socialización con la que cuenta el trabajador expuesto a la violencia. En esta dirección, podría pensarse que las respuestas de afrontamiento dependen de los recursos disponibles, en este caso en la organización. Esto se encuentra en convergencia con la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984).

Por último, los próximos estudios podrían orientarse a evaluar las diferencias entre víctimas, testigos y trabajadores no expuestos a situaciones de violencia, así como también, la relación entre las estrategias de afrontamiento y la salud. Comprender en detalle cómo es el proceso de afrontamiento de estas situaciones perjudiciales para el trabajador son insumos vitales para el diseño de dispositivos de intervención y prevención de la violencia en el trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). *Personality and Coping. Ssrn*. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352

Cox, C. B., Johnson, J., & Coyle, T. (2014). Coping styles moderate the relationships between exposure to community violence and work-related outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology, 20*(3), 348–358. https://doi.org/10.1037/a0038556

Doron, J., Thomas-Ollivier, V., Vachon, H., & Fortes-Bourbousson, M. (2013). Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. *Personality and Individual Differences, 55*(5), 515–520. https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.017

Doron, J., Trouillet, R., Maneveau, A., Neveu, D., & Ninot, G. (2015). Coping profiles, perceived stress and health-related behaviors: A cluster analysis approach. *Health Promotion International, 30*(1), 88–100. https://doi.org/10.1093/heapro/dau090

Ferrari, L., Filippi, G., Córdoba, E., Cebey, M., Napoli, M., & Trotta, M. (2015). Cuestionario De Evaluación De Estilos , Questionnaire For The Evaluation Of Styles , Forms And Types Of. *Anuario de Psicologia, 22*(1), 61–70.

Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. del P. (2010). *Metodolodía de la investigación*. México DF: Mc Graw Hill.

Hershcovis, S. (2017). *The Effects of Confrontation and Avoidance Coping in Response to Workplace Incivility*. (July). https://doi.org/10.1037/ocp0000078

Jeong, I., & Kim, J. (2017). *The Relationship between Intention to Leave the Hospital and Coping Methods of Emergency Nurses after Workplace Violence*. 0–2. https://doi.org/10.1111/ijlh.12426

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer publishing company.

Lee, R. T., & Brotheridge, C. (2006). European Journal of Work and Organizational Psychology When prey turns predatory : Workplace bullying as a predictor of counteraggression / bullying , coping , and well-being. (December), 37–41. https://doi.org/10.1080/13594320600636531

Lewis, C. S., Griffing, S., Chu, M., Jospitre, T., Sage, R. E., Madry, L., & Primm, B. J. (2006). Coping and violence exposure as predictors of psychological functioning in domestic violence survivors. *Violence Against Women, 12*(4), 340–354. https://doi.org/10.1177/1077801206287285

Lutgen-sandvik, P., & Mcdermott, V. (2008). *The Constitution of Employee-Abusive Organizations : A Communication Flows Theory. 18*, 304–333. https://

doi.org/10.1111/j.1468-2885.2008.00324.x

Lutgen-sandvik, P., Tracy, S. J., & Alberts, J. K. (2007). *Burned by Bullying in the American Workplace : Prevalence , Perception , Degree and Impact *.* (September).

Morán, C., Landero, R., & González, M. C. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en Español del brief COPE. *Universitas Psychologica, 9*(2), 543–552.

Nielsen, M. B., & Knardahl, S. (2014). Coping strategies: A prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*(2), 142–150. https://doi.org/10.1111/sjop.12103

Parzefall, M., & Salin, D. M. (2010). Human Relations. https://doi.org/10.1177/0018726709345043

Ryon, H. S., & Gleason, M. E. J. (2014). The Role of Locus of Control in Daily Life. *Personality and Social Psychology Bulletin, 40*(1), 121–131. https://doi.org/10.1177/0146167213507087

Stevens, J. P. (2012). *Apllied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. NY: Taylor & Francis.

Wang, Q., Bowling, N. A., & Eschleman, K. J. (2010). A meta-analytic examination of work and general locus of control. *Journal of Applied Psychology, 95*(4), 761–768. https://doi.org/10.1037/a0017707

LA GESTIÓN DE LOS ERRORES EN LAS ORGANIZACIONES Y SU IMPACTO EN LA CONDUCTA INNOVADORA: EL PAPEL MEDIADOR DE LA INICIATIVA GRUPAL

Abel Las Hayas-Gil, Ana Mª Lisbona-Bañuelos y Francisco José Palací-Descals

Universidad Nacional a Distancia (UNED)

Resumen: La cultura de gestión del error (CGE) es una estrategia complementaria a la prevención del error que pretende minimizar las consecuencias negativas de los errores cuando éstos ya se han producido y aprovechar sus consecuencias positivas, como la innovación. A través de una muestra de 677 empleados organizados en 146 equipos de trabajo pertenecientes a 55 organizaciones, en este estudio hemos contrastado el papel mediador de la iniciativa grupal en la relación entre la CGE y la conducta innovadora. Se realizaron análisis de agregación para las variables predictoras empleando distintos índices de acuerdo (ICC_1, ICC_2, $AD_{M(J)}$) y se realizó el contraste de hipótesis mediante análisis de mediación con PROCESS, empleando las variables predictora y mediadora a nivel agregado y controlando las características del equipo y de la organización. Los resultados mostraron el efecto de mediación completa de la iniciativa grupal en la relación del CGE sobre la conducta innovadora.
Palabras clave: Cultura de gestión del error; Conducta innovadora; Iniciativa grupal; Análisis de mediación.

ERROR MANAGEMENT IN ORGANIZATIONS AND ITS IMPACT ON INNOVATIVE WORK BEHAVIOR: THE MEDIATING ROLE OF GROUP INITIATIVE

Abstract: The error management culture (EMC) is a complementary strategy to the prevention of error that aims to minimize the negative consequences of errors when they have already occurred and take advantage of their positive consequences, such as innovation. Through a sample of 677 employees organized into 146 work teams belonging to 55 organizations, in this study we have tested the mediating role of the group initiative in the relationship between the EMC and innovative work behavior. Aggregation analyzes were performed for the predictor variables using different agreement indexes (ICC_1, ICC_2, $AD_{M(J)}$) and hypothesis testing was performed by mediation analysis with PROCESS, using the predictor and mediator variables at aggregated level and controlling the characteristics of the team and the organization. The results showed the effect of complete mediation of the group initiative in the relationship of the EMC on innovative work behavior.
Key words: Error management culture; Innovative work behavior; Group initiative; Mediation analysis.

INTRODUCCIÓN

Las personas cometen errores diariamente en el desempeño de su trabajo (Hofmann y Frese, 2011). De acuerdo con la Teoría de la Acción (Frese y Zapf, 1994), las conductas en las organizaciones consisten en acciones orientadas a metas, por lo que los errores pueden ser definidos como desviaciones no intencionadas de los planes o metas previamente fijados (Frese y Keith, 2015). Si bien muchos errores son nimios, otros pueden desencadenar graves consecuencias negativas para las organizaciones, los clientes y para la sociedad en su conjunto, como accidentes, aumento de costes o pérdida de competitividad. Sin embargo, los errores también pueden ser fuente de aprendizaje y, por tanto, de mejora de los resultados organizacionales (Hofmann y Frese, 2011).

Tradicionalmente, la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones ha estudiado cómo diseñar e implantar sistemas que previnieran los errores. No obstante, distintos autores sostienen que, dado que los errores son ubicuos y, por tanto, no pueden ser completamente evitados, una estrategia exclusivamente preventiva no es la más adecuada para afrontar las consecuencias negativas de los errores cuando éstos se producen (Van Dyck, Frese, Baer y Sonnentag, 2005). Además, una aproximación preventiva de los errores no permite aprovechar satisfactoriamente las consecuencias positivas a largo plazo que se derivan de los mismos. Al tratar de evitar los errores de forma sistemática, se genera una cultura de aversión del error en la que los que los errores suelen ser atribuidos a un rendimiento pobre, fomentando el castigo de los errores y, en consecuencia, su ocultación, lo que a su vez reduce la oportunidad de aprender de los errores y dificulta la innovación (Hoffman y Frese, 2011).

Frente a la cultura de aversión del error, se encuentra la cultura de gestión del error, un sistema de prácticas organizativas que se caracteriza por detectar de forma temprana los errores, manejarlos de forma efectiva, y compartir conocimiento sobre ellos (Van Dyck et al., 2005). La cultura de gestión del error es una aproximación complementaria al enfoque preventivo, buscando reducir los daños que ocasionan los errores y la probabilidad de que vuelvan a ocurrir en el futuro y promoviendo el aprendizaje y la innovación, entre otros resultados positivos.

Van Dyck et al. (2005) encontraron de manera empírica que la cultura de gestión del error estaba relacionada positivamente con el desempeño de las organizaciones y propusieron un modelo teórico en el que incluyeron distintos mediadores para explicar dicha asociación. El propósito de esta investigación ha sido estudiar empíricamente el papel mediador de la iniciativa personal como uno de esos mediadores propuestos por Van Dyck et al. (2005).

CONDUCTA INNOVADORA

La conducta innovadora es aquélla que pretende la creación, introducción y aplicación de nuevas ideas dentro de un equipo de trabajo, grupo u organización (Janssen, 2000). Diferentes estudios han encontrado que la conducta innovadora se relaciona con resultados innovadores en cuanto a mejoras de productos o servicios ya existentes o el desarrollo de otros nuevos, mejoras en los procedimientos de trabajo, la adquisición de conocimientos o el desarrollo de clientes (West, 2002).

Proponemos aquí que la cultura de gestión del error no sólo influye sobre los resultados económicos de la organización sino también sobre otros resultados organizacionales positivos como la innovación. Por ello:

- Hipótesis 1a: La cultura de gestión del error está positivamente relacionada con la conducta innovadora.

- Hipótesis 1b: La cultura de gestión del error está positivamente relacionada con las conductas de generación de ideas.

- Hipótesis 1c: La cultura de gestión del error está positivamente relacionada con las conductas de promoción e implementación de ideas.

INICIATIVA GRUPAL

La iniciativa personal ha sido definida como un síndrome conductual dirigido hacia el trabajo que se caracteriza por ser autoiniciado, proactivo, persistente, capaz de modificar el ambiente y pro-organización (Frese, Fay, Hilburger, Leng y Tag, 1997; Frese y Fay, 2001). Dado el creciente papel que los equipos de trabajo vienen jugando en la consecución de la competitividad de las organizaciones (Kozlowski y Bell, 2003), recientemente se ha abordado el estudio de la iniciativa personal a nivel de tales equipos (Las-Hayas, Lisbona y Palací, 2018). De acuerdo con el carácter de acción de la iniciativa personal a nivel grupal, se espera que su influencia en las conductas de promoción e implementación de ideas sea mayor que sobre las conductas de generación de ideas, más ligadas a la creatividad y a habilidades cognitivas. Por ello:

- Hipótesis 2a: La iniciativa grupal media la relación entre la cultura de gestión del error y la conducta innovadora.

- Hipótesis 2b: La iniciativa grupal media la relación entre la cultura de gestión del error y las conductas de promoción e implantación de ideas con mayor fuerza que sobre la cultura de gestión del error y las conductas de generación de ideas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 677 empleados organizados en 146 equipos de trabajo pertenecientes a 55 organizaciones distintas. De estos 677 empleados, 531 son miembros de los equipos de trabajo y 146 son líderes de esos equipos. Se trata de una muestra española compuesta mayoritariamente por empresas privadas (82,4%) en diversos sectores. Los equipos de trabajo están compuestos mayoritariamente por 4 a 8 miembros (59,2%). Los miembros de los equipos son mujeres en un 55,4% de los casos, tienen una edad media de 39,7 años (D.T. = 8,02), una antigüedad media en la organización de 9,19 años (D.T. = 6,91) y una antigüedad media en el equipo de 6,86 años (D.T. = 5,29).

PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios de cada equipo natural fueron codificados de tal forma que permitieron el análisis agregado de los datos. Se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos.

INSTRUMENTOS

Con el fin de minimizar el sesgo de la varianza del método común (Podsakoff, MacKenzie, Lee, y Podsakoff, 2003), en este estudio se utilizaron dos cuestionarios: uno para los miembros del equipo en el que se miden las variables predictoras y otro para los supervisores de los equipos en el que se miden las variables criterio.

El cuestionario empleado para los miembros del equipo estaba confeccionado por las siguientes medidas:

Cultura de gestión del error. Se empleó *Error Management Culture* de Van Dyck et al. (2005), adaptada al español para este estudio. La escala se compone de 16 ítems. Un ejemplo de los ítems es: *Después de que un error haya ocurrido, lo analizamos a fondo.*

Iniciativa Personal a nivel Grupal. Se empleó *Iniciativa Personal a nivel Grupal* de Las-Hayas et al. (2018). Esta escala se compone de 7 ítems. Un ejemplo de los ítems es: *Cuando algo va mal en nuestro equipo, la gente busca inmediatamente una solución.*

Datos biográficos de los miembros. Se preguntó por la edad, el género, el nivel de estudios, la antigüedad en la organización y la antigüedad en el equipo de trabajo.

El cuestionario empleado para los supervisores estaba confeccionado por las siguientes medidas:

Conducta innovadora. Se empleó *Innovative Work Behavior* de Janssen (2000). Esta escala se compone de 9 ítems. Un ejemplo de los ítems es: *Mi equipo de trabajo transforma ideas innovadoras en aplicaciones útiles.*

Datos biográficos de los líderes. Se preguntó por la edad, el género, el nivel de estudios, la antigüedad en la organización y la antigüedad en el equipo de trabajo.

ANÁLISIS DE DATOS

Dado que las variables predictoras se midieron a nivel de equipo de trabajo, se realizaron análisis de agregación empleando varios índices de acuerdo, con dos enfoques complementarios: El primero, basado en la consistencia, empleó el Coeficiente de Correlación Intraclase ICC_1 y el Coeficiente de Correlación Intraclase ICC_2. Los valores superiores a ,12 para ICC_1 y superiores a ,60 para ICC_2 son considerados un nivel adecuado (Bliese, 2000). El segundo enfoque se basa en el consenso y se empleó el Índice de Desviación Promedio ($AD_{M(J)}$). Se consideró el acuerdo a nivel de equipo cuando el valor del $AD_{M(J)}$ era igual o inferior a 1 (Burke, Finkelstein y Dusing, 1999).

A continuación, se calcularon las correlaciones de las variables tanto a nivel individual como a nivel agregado. El contraste de hipótesis se realizó mediante análisis de regresión para las hipótesis 1a, 1b y 1c, y mediante análisis de mediación con la macro PROCESS v3.3 para SPSS (Hayes, 2018) para las hipótesis 2a y 2b. En estos contrastes se emplearon las variables predictora y mediadora a nivel agregado y, en el análisis de mediación, se controlaron las características del equipo y de la organización.

RESULTADOS

Los estadísticos descriptivos, correlaciones tanto a nivel individual como a nivel grupal y los índices de agregación se muestran en la Tabla 1. Respecto a los índices de consistencia y acuerdo para los datos agregados, las puntuaciones de ICC_1 y de ICC_2 fueron satisfactorias. En el cálculo del índice $AD_{M(J)}$, 4 de los 146 equipos de trabajo obtuvieron puntuaciones superiores al criterio establecido, por lo que fueron eliminados de los análisis posteriores. En conjunto, estos resultados permiten justificar empíricamente la agregación de las percepciones de los miembros a nivel del equipo de trabajo. Además, tal y como se esperaba, las correlaciones a nivel del equipo de trabajo mostraron mayor significación estadística que las correlaciones a nivel individual.

Los resultados de los análisis de regresión para poner a prueba las hipótesis 1a, 1b y 1c se presentan en la Tabla 2.

Los resultados del análisis de mediación de la iniciativa grupal sobre la relación entre la cultura de gestión del error y la conducta innovadora se presentan en la Tabla 3 y en la Figura 1. Los resultados del análisis de mediación de la iniciativa grupal sobre la relación entre la cultura de gestión del error y las conductas de generación de ideas se presentan en la Tabla 4 y en la Figura 2. Los resultados del análisis de mediación de la iniciativa grupal sobre la relación entre la cultura de gestión del error y las conductas de promoción e implantación de ideas se presentan en la Tabla 5 y en la Figura 3.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos, correlaciones y análisis de agregación

Variables	M	DT	ICC_1	ICC_2	$AD_{M(J)}$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9a	9b
1. Edad de miembros	39,72	8,02										-,15	-,15			
2. Antigüedad de los miembros en la organización	9,19	6,91				,73*						-,20*	-,21*			
3. Antigüedad de los miembros en el equipo	6,86	5,29				,55**	,77**					-,06	-,05			
4. Edad de los líderes [a]	41,99	6,76				-,06	,04	,15				,06	,04			
5. Antigüedad de los líderes en la organización [a]	11,29	7,04				- ,01	,03	,10	,68*			,06	,06			
6. Antigüedad de los líderes en el equipo [a]	8,49	5,96				-,01	,03	.04	,57**	,76**		-,02	-,02			
7. Cultura de Gestión del Error	3,99	0,63	,96	,96	0,32	-,01	-,04	-,11*	-,02	-,11	-,01	(,96)	,98**	,91**	,85**	,83**
8. Iniciativa Personal a nivel Grupal	3,97	0,65	,93	,93	0,31	-,02	-,04	-,12**	,01	-,13	-,01	,96**	(,92)	,92**	,85**	,84**
9. Conducta Innovadora [a]	3,57	0,89				-,15	-,19*	-,07	,05	,09	-,02	-,08	-,08	(,93)		
9a. Generación de ideas [a]	3,54	1,02				-,17*	-,22**	-,08	,11	,15	,03	-,09	-,10	,91**	(,90)	
9b. Promoción e implementación ideas [a]	3,60	0,93				-,11	-,13	-,04	,02	,02	-,06	-,06	-,06	,93**	,69**	(,91)

Notas: Se presentan las correlaciones a nivel individual (bajo la diagonal) (N = 522) y a nivel de equipo de trabajo (sobre la diagonal) (N = 142).Se presenta α de Cronbach entre paréntesis en la diagonal.
[a] Reportado por los líderes.
** $p < .01$; * $p < .05$

Tabla 2
Resultados de los análisis de regresión

Variable independiente	Conducta Innovadora			Generación de ideas			Promoción e implementación de ideas		
	β	*F*	R^2	β	*F*	R^2	β	*F*	R^2
Cultura de Gestión del Error	,91	687,92	,83***	,85	357,44	,72***	,83	308,54	,69***

N = 142 *** *p* < ,001

Tabla 3
Mediación de iniciativa grupal (IPG) sobre la relación entre la cultura de gestión del error (CGE) y la conducta innovadora (IWB)

Consecuente								
	M (IPG)					Y (IWB)		
Antecedente		Coefi.	SE	p		Coefi.	SE	p
X (CGE)	a	1,04	,016	,001	c´	,383	,302	,207
M (IPG)		–	–	–	b	1,001	,286	,001
C_1 (ed)	f_1	- ,0005	,002	,816	g_1	- ,006	,007	,366
C_2 (ao)	f_2	- ,001	,003	,674	g_2	,011	,009	,242
C_3 (ae)	f_3	,002	,003	,363	g_3	- ,009	,009	,309
C_4 (el)	f_4	- ,003	,002	,068	g_4	- ,004	,006	,492
C_5 (al)	f_5	,002	,002	,398	g_5	,015	,007	,05
C_6 (ai)	f_6	,0003	,002	,909	g_6	- ,011	,008	,185
Constante	iM	- ,009	,137	,949	iy	- 1,261	,451	,001
	R^2 = ,970					R^2 = ,852		
	F(8, 133)= 537,87, *p* = < ,001					*F*(9, 132)= 84,25, *p* = < ,001		

ed = edad de los miembros; ao = antigüedad de los miembros en la organización; ae = antigüedad de los miembros en el equipo; el = edad del líder; al = antigüedad del líder en la organización; ai = antigüedad del líder en el equipo.

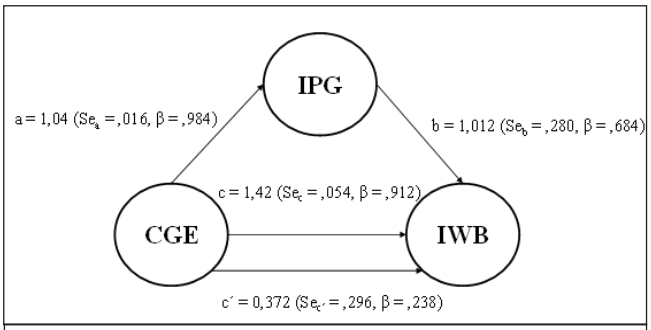


Figura 1. Diagrama estadístico del modelo de mediación de la iniciativa grupal (IPG) en la relación entre la cultura de gestión del error (CGE) y la conducta innovadora (IWB)

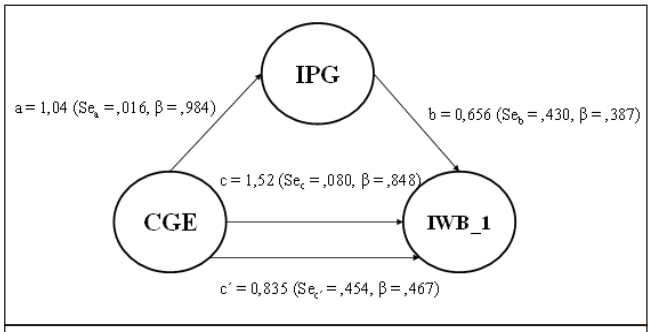


Figura 2. Diagrama estadístico del modelo de mediación de la iniciativa grupal (IPG) en la relación entre la cultura de gestión del error (CGE) y las conductas de generación de ideas (IWB_1)

Tabla 4
Modelo de mediación de iniciativa grupal (IPG) sobre la relación entre la cultura de gestión del error (CGE) y la generación de ideas (IWB_1)

Consecuente								
	M (IPG)					Y (IWB_1)		
Antecedente		Coefi.	SE	p		Coefi.	SE	p
X (CGE)	a	1,04	,016	,001	c´	,826	,458	,073
M (IPG)		–	–	–	b	,635	,434	,145
C_1 (ed)	f_1	- ,0005	,002	,816	g_1	- ,003	,011	,783
C_2 (ao)	f_2	- ,001	,003	,674	g_2	- ,0002	,014	,988
C_3 (ae)	f_3	,002	,003	,363	g_3	- ,007	,013	,581
C_4 (el)	f_4	- ,003	,002	,068	g_4	,000	,010	,999
C_5 (al)	f_5	,002	,002	,398	g_5	,025	,011	,05
C_6 (ai)	f_6	,0003	,002	,909	g_6	- ,015	,012	,218
Constante	iM	- ,009	,137	,949	iy	- 2,007	,683	,005
	R^2 = ,970					R^2 = ,741		
	F(8, 133)= 537,87, *p* = <,001					*F*(9, 132)= 41,90, *p* = <,001		

Tabla 5
Modelo de mediación de iniciativa grupal (IPG) sobre la relación entre la cultura de gestión del error (CGE) y la promoción e implantación de ideas (IWB_2)

Consecuente								
	M (IPG)					Y (IWB_1)		
Antecedente		Coefi.	SE	p		Coefi.	SE	p
X (CGE)	a	1,04	,016	,001	c´	,028	,432	,948
M (IPG)		–	–	–	b	1,294	,409	,002
C_1 (ed)	f_1	- ,0005	,002	,816	g_1	- ,009	,010	,365
C_2 (ao)	f_2	- ,001	,003	,674	g_2	,020	,013	,137
C_3 (ae)	f_3	,002	,003	,363	g_3	- ,010	,013	,415
C_4 (el)	f_4	- ,003	,002	,068	g_4	- ,008	,009	,387
C_5 (al)	f_5	,002	,002	,398	g_5	,007	,011	,489
C_6 (ai)	f_6	,0003	,002	,909	g_6	- ,007	,011	,531
Constante	iM	- ,009	,137	,949	iy	- 1,312	,645	,05
	R^2 = ,970					R^2 = ,721		
	F(8, 133)= 537,87, *p* = <,001					*F*(9, 132)= 37,89, *p* = <,001		

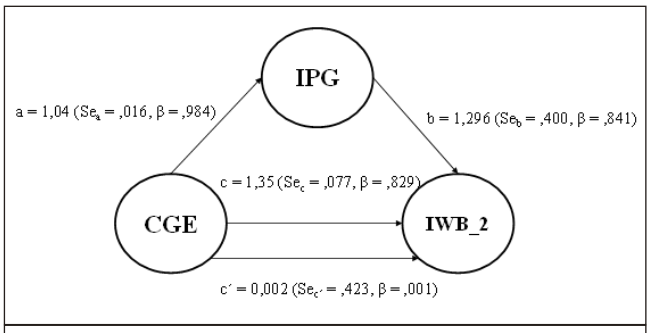


Figura 3. Diagrama estadístico del modelo de mediación de la iniciativa grupal (IPG) en la relación entre la cultura de gestión del error (CGE) y las conductas de promoción e implementación de ideas (IWB_2)

RESULTADOS

El resultado del análisis de regresión entre ambas variables a nivel agregado muestra una relación positiva y significativa (β = ,91, R^2 = ,83, *p* < ,001), lo que apoya la hipótesis 1a. En la hipótesis 1b esperábamos que la cultura de gestión del error estuviera positivamente relacionada con las conductas de generación de ideas. El resultado del análisis de regresión entre ambas variables a nivel agregado muestra una relación positiva y significativa (β = ,85, R^2 = ,72, *p* < ,001), lo que apoya la hipótesis 1b. En la hipótesis 1c esperábamos que la cultura de gestión del error estuviera positivamente relacionada con las conductas de promoción e implantación de ideas. El resultado del análisis de regresión entre ambas variables a nivel agregado muestra una relación positiva y significativa (β = ,83, R^2 = ,69, *p* < ,001), lo que apoya la hipótesis 1c.

Con respecto a la hipótesis 2a, los resultados del análisis de mediación mostraron la relación significativa de la iniciativa personal a nivel grupal (β = 1,001; *t* = 3,497; *p* < ,001), mientras que la relación de la cultura de gestión del error sobre la conducta innovadora dejó de ser significativa (β = 0,383; *t* = 1,267; *p* = ,207), lo que apoya el papel mediador de la iniciativa personal a nivel grupal. El modelo explica el 85% de la varianza total de la variable conducta innovadora. Las variables de control no fueron significativas, salvo la antigüedad del líder en el equipo con un coeficiente muy pequeño (β = 0,015; *t* = 2,007; *p* < ,05). El efecto directo de la cultura de gestión del error (*X*) sobre la conducta innovadora (*Y*) dejó de ser significativo al incluir la iniciativa personal a nivel grupal (*M*), mientras que el efecto indirecto de la cultura de gestión del error (*X*) sobre la conducta innovadora (*Y*) mediado a través de la iniciativa personal a nivel grupal (*M*) sí fue significativo tanto en el test de Sobel (z = 3,605; *p* < ,001) como mediante intervalo de confianza que no contiene el cero (0,4837-1,7261).

En cuanto a la hipótesis 2b, por un lado, los resultados del análisis de mediación mostraron que la relación de la iniciativa personal a nivel grupal (β = 0,635; *t* = 1,465; *p* = ,145) sobre la generación de ideas no era significativa. Por otro lado, los resultados sí mostraron que la relación de la cultura de gestión del error sobre la promoción e implementación de ideas dejó de ser significativa (β = 0,028; *t* = 0,065; *p* = ,948) con la inclusión la iniciativa personal a nivel grupal, lo que de nuevo apoya el papel mediador de esta variable. El modelo referido a la promoción e implementación de ideas explicó el 72% de la varianza total de la variable conducta innovadora. Las variables de control no fueron significativas. El efecto indirecto de la cultura de gestión del error (*X*) sobre la promoción e implementación de ideas (*Y*) mediado a través de la iniciativa personal a nivel grupal (*M*) sí fue significativo tanto en el test de Sobel (z = 3,235; *p* < ,001) como mediante intervalo de confianza que no contiene el cero (0,5292-2,1973).

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio apoyaron las hipótesis 1a, 1b y 1c, mostrando la existencia de una relación positiva y significativa entre la cultura de gestión del error y la conducta innovadora en los equipos de trabajo, así como entre la cultura de gestión del error y los dos factores que componen la conducta innovadora: la generación de ideas y la promoción e implementación de ideas. Los resultados también apoyaron las hipótesis 2a y 2b. Por un lado, se puso de manifiesto el papel mediador de la iniciativa grupal en la relación entre la cultura de gestión del error y la conducta innovadora en los equipos de trabajo. Y, por otro lado, se encontró que la iniciativa grupal media con mayor fuerza en la relación entre la cultura de gestión del error y la promoción e implementación de ideas que en la relación entre la cultura de gestión del error y la generación de ideas. Hasta tal punto esta fuerza era mayor sobre la promoción e implementación de ideas que el efecto de la mediación es total, mientras que la

iniciativa grupal no tenía ningún efecto mediador sobre la generación de ideas.

IMPLICACIONES TEÓRICAS / APLICACIONES PRÁCTICAS

A nivel teórico, este estudio permite permite contrastar el papel mediador de la iniciativa en el modelo de la cultura de gestión del error propuesto por Van Dyck et al. (2005) a la vez que extiende en dicho modelo los resultados organizacionales ampliándolos a la conducta innovadora. Además, esta investigación continúa validando la conceptualización de la iniciativa personal al nivel del equipo de trabajo. En términos aplicados, nuestro estudio sugiere que las organizaciones pueden mejorar su conducta innovadora a través de una cultura de gestión del error en la que se fomente la iniciativa de los equipos, lo que redundará especialmente en una mejora de las conductas de promoción e implementación de ideas.

LIMITACIONES / FUTURAS INVESTIGACIONES

En primer lugar, se ha empleado una muestra de conveniencia y, al tratarse de equipos de trabajo, su tamaño siempre resulta pequeño, si bien el número de participantes es similar al de otros estudios publicados. En segundo lugar, frente a un diseño transversal, en futuras investigaciones podrían emplearse diseños longitudinales que permitan apreciar de forma más precisa cómo se producen las relaciones de esta variable a lo largo del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bliese, P.D. (2000). Within-group agreement, non-independence, and reliability. Implications for data aggregation and analysis. En K.J. Klein y S.W.J. Kozlowski (Eds.), Multilevel theory, research, and methods in organizations. *Foundations, extensions, and new directions* (pp. 349 – 381). San Francisco: Jossey – Bass.

Burke, M. J. y Dunlap, W.P. (2002). Estimating interrater agreement with the average deviation index: A user´s guide. *Organizational Research Methods, 5*(2), 159 – 172.

Burke, M.J., Finkelstein, L.M. y Dusig, M.S. (1999). On average deviation indices for estimating interrater agreement. *Organizational Research Methods, 2,* 49 – 68.

Frese, M. y Fay, D. (2001). Personal initiative (PI): Ac active performance concept for work in the 21st century. En B.M. Staw y R.M. Sutton (eds), *Research in Organizational Behavior* (vol. 23, pp. 133 – 187). Amsterdam: Elsevier Science.

Frese, M., Fay, D., Hilburger, T., Leng, K. y Tag, A. (1997). The concept of personal initiative: Operationalization, reliability and validity in two german samples. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 70,* 139 – 161.

Frese, M. y Keith, N. (2015). Action errors, error management, and learning in organizations. Annual Review of Psychology, 66, 661 – 687.

Frese, M. y Zapf, D. (1994). Action as the core of work psychology: A german approach. En H.C. Triandis, M.D. Dunnette y L.M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 271 – 340). Palo Alto: Consulting Psychologist Press (2ª edición).

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis.* A regression-based approach. 2ª edición. New York: the Guildford Press.

Hofmann, D.A. y Frese, M. (2011). Errors, error taxonomies, error prevention, and error management: Laying the groundwork for discussing errors in organizations. En D.A. Hofmann y M. Frese (Eds.), *Errors in organizations* (pp. 1 – 43). New York: Routledge.

Janssen, O. (2000). Job demands, perceptions of effort-reward fairness and innovative work behavior. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73,* 287 – 302.

Kozlowski, S. W. J. y Bell, B. (2003). Work groups and teams in organizations. En W. C. Borman, D. R. Ilgen y R. J. Klimoski (Eds.), *Industrial and Organizational Psychology* (pp. 333-375). Chichester: John Wiley & Sons.

Las-Hayas, A., Lisbona, A. y Palací, F.J. (2018). Initiative in work teams: adaptation and validation of the Personal Initiative at Group Level Scale / Iniciativa en los equipos de trabajo: adaptación y validación de la Escala de Iniciativa Personal a nivel Grupal. *Revista de Psicología Social, 33*(1), 1-32. DOI: 10.1080/02134748.2017.1385240.

Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Lee, J.Y., y Podsakoff, N.P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology, 88,* 879-903.

Van Dyck, C., Frese, M., Baer, M. y Sonnentag, S. (2005). Organizational error management culture and its impact on performance: A two-study replication. *Journal of Applied Psychology, 90*(6), 1228 – 1240.

West, M.A. (2002). Ideas are ten a penny: It´s team implementation not idea generation that counts. *Journal of Applied Psychology, 51*(3), 411 – 424.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PSICO-SOCIO-LABORALES EN AGREMIADOS SINDICALES QUE INFLUYEN EN LA SEPARACIÓN CONYUGAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD CON BASE EN SOLVE DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO OIT

Eduardo Leal-Beltrán[1], Lenin Arenas-Coronado[1], Rosa María Sánchez-Reynoso[2], Mario Castellano-Valdez[2], Roberto Granados-Galván[2] y Laura Ruiz-Gaytán[2]

[1]Universidad Autónoma de Nuevo León, [2]Federación Nacional de Sindicatos Independientes (México)

Resumen: El objetivo fue identificar las causas del divorcio y su impacto en factores SOLVE de la Organizacional Internacional del Trabajo (OIT), con una muestra de 134 trabajadores divorciados de un universo de 184 en tres empresas manufactureras internacionales mexicanas. Existe correlación y positiva significativa entre los factores de separación conyugal entre sí y con los factores SOLVE de la OIT. Incomunicación, carencia de valores y moralidad, infidelidad y falta de satisfacción sexual son las principales causas de separación conyugal. Por su parte, sueño no reparador, estrés económico y por trabajo, son los factores SOLVE que más se manifiestan después del divorcio. Es notable la correlación entre jornada laboral con factores del modelo SOLVE. El consumo de alcohol y sustancias, están presentes como afectación de la calidad de vida conyugal. La violencia emocional, física y psicológica tiene relación con las variables del modelo SOLVE. Se incluyen en discusión propuestas específicas.
Palabras clave: Divorcio, Estrés, Comunicación, Bienestar, Correlación.

IDENTIFICATION OF PSYCHO-SOCIO-LABOR FACTORS IN UNION MEMBERS THAT INFLUENCE THE MARITAL SEPARATION AND ITS RELATIONSHIP WITH HEALTH BASED ON SOLVE OF THE INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION ILO

Abstract: The objective was to identify the causes of divorce and its impact on SOLVE factors of the International Labor Organization (ILO), with a sample of 134 divorced workers from a universe of 184 in three Mexican international manufacturing companies. There is a significant and positive correlation between the marital separation factors with each other and with the SOLVE factors of the ILO. Incommunication, lack of values and morality, infidelity and lack of sexual satisfaction are the main causes of marital separation. Non-restorative sleep, economic and work stress, are the SOLVE factors that most manifest after divorce. The correlation between working hours with factors of the SOLVE model is remarkable. The consumption of alcohol and substances are present as an affectation of the marital quality of life. Emotional, physical and psychological violence is related to the variables of the SOLVE model. Specific proposals are included in the discussion.
Key words: Divorce, Stress, Communication, Well-being, Correlation.

INTRODUCCIÓN

El eficaz desempeño, la productividad y el bienestar en el trabajo no dependen sólo de las condiciones laborales y ergonómicas ofrecidas en la propia empresa, sino además de la situación individual y la circunstancia de vida del personal que ahí labora.

El divorcio que en los últimos años se ha incrementado notablemente según testimonios del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2019), es un elemento que afecta en primera instancia en la economía del que se ve obligado a pagar pensión alimenticia y, aun cuando en ciertos casos la separación sea necesaria para la calidad de vida, casi siempre implica un desajuste en el estado psicológico del sujeto.

En sus aportaciones sobre la Psicología Positiva aplicada en el contexto socio laboral (Tapia, Tarragona y González, 2012), plantean que

en las organizaciones se puede contribuir para generar equilibrio y significado vital del personal, cuando se identifican y atienden los factores psicosociolaborales que restringen el bienestar de los empleados. En ese sentido en 2019 las empresas mexicanas están obligadas a aplicar la Norma 035 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) que será obligatoria a partir de octubre de 2019 a todas las compañías dentro del territorio nacional.

En el segmento 4,7 de dicha norma se señala la atención a Factores de Riesgo Psicosocial que pueden provocar trastornos de ansiedad no orgánicos, del ciclo sueño-vigilia, de estrés grave y de adaptación, derivados de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo, la exposición a acontecimientos traumáticos y los derivados de la interferencia en la relación trabajo-familia (NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018).

De alguna manera, la Norma 035 de la STPS deriva de SOLVE, metodología de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), basada en el concepto de Trabajo Seguro (Safe Work). SOLVE tiene que ver con la promoción y el mantenimiento de la salud física y mental y capacidad laboral de los trabajadores, así como el aseguramiento de sus condiciones de seguridad física y psicológica en las diversas ocupaciones (SOLVE OIT 2014).

El estudio fue promovido por la Federación Nacional de Sindicatos Independientes (FNSI), organización sindical independiente más importante del norte de México con presencia en toda la República Mexicana.

Se valoró el tema de causas y efectos del divorcio por la experiencia en el campo laboral de los autores y por las aportaciones de investigadores como Aguillón, I. Tinoco, G. Y Vargas, E. (2010), quienes explican y fundamentan algunas de las consecuencias psicológicas del divorcio. Otra razón para abordar este tema fue que no existía en la FNSI ningún estudio previo sobre el tema que diera soporte para atender este importante factor.

La hipótesis de trabajo: al identificar en la FNSI los factores psicosociolaborales que causan la separación conyugal y sus efectos en la calidad de vida (SOLVE OIT) de los Agremiados, se contará con información válida y confiable para prevenir la separación y promover el bienestar integral de los trabajadores que atraviesan este proceso o que ya estén separados.

Sus objetivos específicos son:

- Identificar los factores que influyen en la separación conyugal a través de grupos focales.
- Validar los principales factores que influyen en la separación conyugal a través de jueceo.
- Diseñar, aplicar y analizar una Escala de Factores de Separación Conyugal y otra Escala de Efectos sobre el modelo SOLVE a los agremiados separados de la FNSI.
- Conocer si existe correlación significativa entre los factores de separación conyugal y los elementos del modelo SOLVE, así como entre esos mismos factores de separación.
- Proponer alternativas factibles para la prevención y atención en lo relativo al divorcio y sus efectos.

A continuación, se describe el método, en el que se conocerá el contexto, perfil de la muestra, diseño de instrumentos y recursos estadísticos, lo cual podrá dejar más claro al lector el proceso de esta investigación y sus resultados.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra evaluada fue de 134 Trabajadores agremiados de un universo de 184 representando con ello el 73%. La muestra fue por conveniencia, ya que deberían de cumplir con el criterio de inclusión de estar en el padrón de pensiones alimenticias de la Secretaría del Trabajo. Dentro de las características de la muestra el 94% es de género masculino, el 1% de género femenino y el 5% no lo señaló. La media de edad fue de 38 años con una antigüedad laboral media de de12 años y con 6 años en promedio de separación conyugal.

INSTRUMENTOS

A partir de los elementos identificados se diseñó la Escala Factores de separación conyugal y efectos SOLVE, instrumento de 52 ítems con 5 opciones de respuestas que van de menor a mayor grado y se incluyó un apartado de las nueve variables del modelo SOLVE con el objeto de graduar del 0 al 10 según el nivel de intensidad como efecto en la salud por el divorcio: Estrés económico, alcohol y drogas, violencia, VIH y sida, tabaco, nutrición, actividad física y sueño saludable.

DISEÑO

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional ex post-facto transversal realizado en tres organizaciones internacionales de giro de manufactura con sede en el norte de México, afiliadas a la Federación Nacional de Sindicatos Independientes.

PROCEDIMIENTO

Como primer paso se identificaron los factores a evaluar y con el soporte de siete jueces expertos se confirmaron los factores centrales mediante una entrevista, de la cual se extrajeron las variables y posterior elegir cuales a través de la Q de Cochran, cuyo resultado fue de ,605>,05 con las que finalmente se determinaron las variables: Alcohol, drogadicción y adicciones, cultura y educación, salud física y emocional, igualdad de género, situación económica, redes sociales, influencia familiar, violencia emocional, física y verbal, jornadas laborales, insatisfacción sexual, infidelidad, valores y moralidad y comunicación.

Posterior se estableció la aplicación de manera presencial y con los resultados obtenidos se construyó la matriz de datos y para el análisis se utilizó el programa SPSS, reportado en análisis de normalidad de la prueba Kolmogrov-Smirnov, análisis de confiabilidad de alfa de Cronbach, medidas de tendencia central y dispersión, análisis de porcentajes, correlaciones mediante R de Pearson y prueba de ANOVA.

Tabla 1
Principales factores que influyen en la separación conyugal

Factores	Nomenclatura
1. Alcohol	AL
2. Drogadicción y adicciones	DA
3. Cultura y educación	CE
4. Salud física y emocional	SFE
5. Igualdad de género	IG
6. Situación económica	SE
7. Redes sociales	RS
8. Influencia familiar	IF
9. Violencia emocional, física y verbal	VEFV
10. Jornada laboral	JL
11. Insatisfacción sexual	IS
12. Infidelidad	INF
13. Valores y moralidad	VM
14. Comunicación	COM

RESULTADO

El objetivo primero fue identificar los factores que influyen en la separación conyugal a través de grupos focales. Se obtuvieron las siguientes variables como las principales causales por parte de los jueces expertos como se observa en la tabla 1.

Segundo objetivo fue validar los principales factores que influyen en la separación conyugal a través de jueceo. Se realizó un análisis de concordancia con la prueba Q de Cochran, el cual fue de Q=,605 con lo cual se asegura la concordancia de los jueces hacia la identificación de dichos factores como los adecuados a considerar en la separación conyugal, tal como se observa en la tabla 2.

Para dar cumplimiento al objetivo diseñar, aplicar y analizar una Escala de Factores de Separación Conyugal y, otra Escala de Efectos sobre el modelo SOLVE a los agremiados separados de la FNSI, en la tabla 3 se tiene el resultado de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov sobre la Escala de factores sobre la separación conyugal con un puntaje KS =,060, p=,200 que indica la presencia de homogeneidad de los resultados, manteniendo un comportamiento normal en la distribución.

Para la confiabilidad de la escala se sometió al análisis de alfa de Cronbach en donde se obtuvo un valor de alfa de ,930 con lo cual se cuenta con un valor aceptable para la prevalencia de los resultados obtenidos como se observa en la tabla 4.

Tabla 2
Prueba de concordancia Q de Cochran

Estadísticos de prueba	
Q de Crochran	10,120
Gl	12
Sig.	,605

Tabla 3
Prueba de normalidad: Kolmogorov-Smirnov (KS)

Escala	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Estadístico	gl	Sig.
Factores de separación conyugal	,060	134	,200

Tabla 4
Alfa de Cronbach, por escala

Escala	Alfa de Cronbach	Ítems
Factores de separación conyugal	,930	48

En la tabla 5 se localizan los resultados de la aplicación de la escala sobre la identificación del nivel de influencia de las variables sobre la separación conyugal en donde, de las 14 variables identificadas en la escala, en la tabla 5 se señalan las cinco principales, así como su porcentaje de influencia; se encuentra la Comunicación con un 68%, seguida por Valores y moralidad con 62%, Infidelidad con 56%, Insatisfacción sexual con 53% y Jornada laboral con 53%.

En la tabla 6 se presenta el porcentaje de jerarquización de las variables de separación conyugal, teniendo como más alta la Infidelidad con 77%, Comunicación con 77%, Insatisfacción sexual con 75%, Violencia emocional, física y verbal con 73% y Valores y moralidad con 72%, encontrando concordancia con los niveles anteriores.

Se pueden observar en la tabla 7 los porcentajes de los efectos de la separación conyugal en las variables que establece el modelo SOLVE, teniendo en primer lugar Estrés por lo económico con 47%, Mayor tensión o estrés en el trabajo 41%, Sueño no reparador 30%, Sedentarismo, no hacer ejercicio 20%, Mayor consumo de alcohol o drogas 19%, Mala nutrición 17%, Problemas de salud 15% y Mayor consumo de tabaco 11%.

Cómo último objetivo conocer si existe correlación significativa entre los factores de separación conyugal y los elementos del modelo SOLVE, así como entre

Tabla 6
Jerarquización de variables que influyen para la separación conyugal

Variable	Nivel
Infidelidad (INF)	77%
Comunicación (COM)	77%
Insatisfacción sexual (IS)	75%
Violencia emocional, física y verbal (VEFV)	73%
Valores y moralidad (VM)	72%

Tabla 5
Niveles de influencia de variables para la separación conyugal

Variable	Nivel
Comunicación (COM)	68%
Valores y moralidad (VM)	62%
Infidelidad (INF)	56%
Insatisfacción sexual (IS)	53%
Jornadas laborales (JL)	53%

esos mismos factores de separación, se realizó un análisis de correlación con R de Pearson de las 13 variables, se encontró una correspondencia fuerte y positiva entre la mayor parte de ellas ($p < ,05$) como se observa en la tabla 8 y tabla 9.

En el caso de la tabla anterior, sólo en la relación de Valores y Moralidad con Insatisfacción sexual y la relación de Valores y Moralidad con Salud física y emocional, no se encontró correlación significativa a diferencia del resto de las variables, en la cual fue positiva y significativa.

Con base a la tabla posterior, los factores de Jornada laboral y Violencia física, emocional y verbal son las que presentaron una mayor relación con las variables del Modelo SOLVE, por su parte la variable del modelo SOLVE Mayor consumo de alcohol o drogadicción presentó una correlación significativa con la mayor cantidad de factores que influyen con la separación conyugal, sólo exceptuando Salud física y emocional e Interferencia Familiar.

Tabla 7
Efectos de la separación conyugal con base al modelo SOLVE

Variable	Nvel
Estrés por lo económico (EC)	47%
Mayor tensión o estrés en el trabajo (MTET)	41%
Sueño no reparador (SNR)	30%
Sedentarismo, no hacer ejercicio (SED)	20%
Mayor consumo de alcohol o drogas (MCAD)	19%
Mala nutrición (MN)	17%
Problemas de salud (PS)	15%
Mayor consumo de tabaco (MCT)	11%

Tabla 8
Correlación bilateral entre los Factores de separación conyugal

	COM	ADA	IG	IS	SFE	IF	CE	VEFV	INF	SE	JL	RS
COM	-											
	-											
ADA	,608**											
	,000											
IG	,171*	,281**										
	,049	,001										
IS	,459**	,480**	,282**									
	,000	,000	,001									
SFE	,524**	,439**	,473**	,402**								
	,000	,000	,000	,000								
IF	,363**	,320**	,406**	,329**	,456**							
	,000	,000	,000	,000	,000							
CE	,466**	,465**	,208*	,483**	,467**	,345**						
	,000	,000	,016	,000	,000	,000						
VEFV	,327**	,273**	,360**	,245**	,339**	,418**	,186*					
	,000	,001	,000	,004	,000	,000	,031					
INF	,336**	,367**	,400**	,289**	,535**	,463**	,414**	,238**				
	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,006				
SE	,560**	,530**	,544**	,336**	,662**	,403**	,436**	,259**	,457**			
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000			
JL	,335**	,227**	,215*	,227**	,335**	,221*	,289**	,177*	,239**	,383**		
	,000	,008	,013	,008	,000	,010	,001	,041	,005	,000		
VM	,326**	,258**	,375**	,297**	,298**	,244**	,116	,300**	,120	,347**	,277**	
	,000	,003	,000	,000	,000	,004	,182	,000	,167	,000	,001	
RS	,290**	,257**	,415**	,304**	,609**	,373**	,466**	,170*	,456**	,438**	,432**	,332**
	,001	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,049	,000	,000	,000	,000

* Significancia $p < ,05$, ** Significativa $p < ,01$

Tabla 9
Correlación bilateral Factores de separación conyugal y variables del modelo SOLVE

	EC	MTET	SNR	SED	MCAD	MN	PS	MCT
COM	,266* (,002)	,278* (,001)	,293* (,001)	,256* (,002)	,284* (,001)	,149 (,087)	,193* (,025)	,150 (,084)
VEFV	,219* (,011)	,203* (,018)	,272* (,001)	,166 (,056)	,315* (,000)	,119 (,169)	,160 (,065)	,017 (,412)
ADA	,034 (,698)	,167 (,054)	,067 (,440)	,067 (,440)	,492* (,000)	,075 (,392)	,015 (,867)	,114 (,189)
INF	,261* (,002)	,163 (,060)	,077 (,379)	,119 (,169)	,290* (,001)	-,011 (,901)	,087 (,319)	,024 (,782)
IG	,139 (,110)	,325* (,000)	,184 (,033)	,253* (,003)	,355 (,000)	,207* (,016)	,066 (,656)	,146 (,091)
SE	,515* (,000)	,248* (,004)	,071 (,412)	,080 (,359)	,312* (,000)	,040 (,648)	,039 (,656)	,102 (,239)
IS	,214* (,013)	,166 (,052)	,222* (,010)	,211* (,014)	,216* (,012)	,166 (,056)	,050 (,569)	,165 (,057)
JL	,257* (,001)	,498* (,000)	,325* (,000)	,242* (,005)	,277* (,001)	,278* (,001)	,142 (,101)	,260* (,002)
SFE	,080 (,359)	,125 (,150)	,060 (,493)	,280* (,001)	,166 (,056)	,099 (,253)	,274* (,001)	,027 (,756)
VM	,170* (,050)	,285* (,001)	,230* (,018)	,180* (,037)	,333* (,000)	,186* (,032)	,162 (,061)	,200* (,020)
IF	,027 (,760)	,158 (,069)	,204* (,018)	,074 (,393)	,122 (,159)	,076 (,382)	-,050 (,563)	,185* (,023)
RS	,123 (,157)	,139 (,109)	,103 (,238)	,050 (,566)	,275* (,001)	,023 (,791)	-,011 (,899)	,311* (,000)
CE	,040 (,650)	,157 (,071)	,080 (,356)	,168 (,053)	,207* (,016)	,058 (,503)	-,079 (,362)	,158 (,069)

* Significancia $p < ,05$, ** Significativa $p < ,01$

DISCUSIÓN

Mares (2014) en su introducción al libro Utopía de Tomás Moro, explica que los ideales y postulados de este intelectual, politólogo y sociólogo, creyente en la justicia y la verdad, han estado vigentes por más de cuatro siglos para fortalecer el talento, inspiración y perseverancia de algunos utópicos inventores, líderes sociales, científicos y miembros de la comunidad en general.

Utópicas pudieron haber parecido las ideas de Elton Mayo cuando promovió y sustentó su pensamiento de que las buenas relaciones laborales, en muchos casos, son más motivadoras que los incentivos económicos; o del contemporáneo Jan Koum, inventor del WhatsApp cuando se propuso crear la mensajería instantánea, con la cual ahora millones de usuarios pueden hacer más accesible su comunicación en todo el mundo para su bienestar personal, laboral y familiar.

Antes de cualquier opinión, la discusión puede partir de dos preguntas específicas:

¿Tiene sentido para las empresas que se conserve la institución del matrimonio?

¿A las organizaciones empleadoras y sindicales, les corresponde trabajar en la prevención y/o atención del divorcio de su personal o agremiados?

Desde luego que, si la respuesta a estas preguntas es sí, serían factibles las alternativas que a continuación se comparten:

Aplicar el desarrollo social en la comunidad de trabajo, incluyendo a la familia. En este sentido autores como Andrés Jiménez Figueroa A.J y E. Moyano (2008), plantean con buenos fundamentos que el equilibrio entre persona, trabajo y familia puede favorecer la calidad de vida.

Un evidente ejemplo de esto es la Sociedad Cuauhtémoc y Famosa, asociación de empleados con soporte de la empresa en la que se promueve el ahorro, la inversión patrimonial, la salud, educación y recreación, fomento de valores humanistas para la familia, entre otros elementos. Fue fundada en 1918 por los pioneros de la industria cervecera mexicana con todos sus derivados de lámina, cartón, etc. por su integración vertical. Conviene señalar que las empresas del Grupo FEMSA, han dado el ejemplo de paz laboral.

Educar sobre diálogo y administración del conflicto conyugal, prevención de adicciones, valores, moralidad y salud para la calidad de vida, es un segundo elemento. No es a través de la acción correctiva o discursos como se promueve la fraternidad sino mediante procesos reeducativos empíricos racionales y la prevención, Jeffrey H. Greenhausa, Karen M. Collins y Jason D. Shawc (2003).

Fortalecer la calidad de vida en el trabajo, aplicando la ergonomía física, cognitiva, organizacional y ambiental (Diego G. Maestre 2007), así como *la promoción de la alimentación balanceada, sueño reparador y programas formativos sobre el manejo del estrés* (SOLVE OIT 2012). Estas dos acciones pueden compensar el malestar de los recién divorciados o los que están pasando por su proceso de separación.

Capacitación en mentoring a los jefes y dirigentes sindicales para que se les facilite influir en la calidad de vida de sus seguidores. En su investigación sobre liderazgo e integración de equipos de trabajo Alegría, E.; E. Leal, F.L Arias Galicia, y D. Méndez, (2017, p. 589), señalan "las personas se comprometen cuando se les hace participar en los procesos de cambio y se les ayuda a reflexionar sobre las fortalezas y necesidades en mejora de su comportamiento". Es en organizaciones como COSCO donde se ha incluido como parte de la cultura corporativa la práctica del *mentoring* de los Jefes con sus colaboradores (Montanez R. 2019).

Educación sobre el amor y sentido de la vida con balance entre el ser y el tener. (Fromm, E, 2014). La frivolidad y la tendencia a anteponer el tener al ser pueden ser restricciones para la autorrealización, relaciones de comprensión y bienestar al conseguir lo que no se compra con dinero (Fromm, E, 2014).

Por último y no menos importante alternativa, se incluye: *Formación sobre plan de vida en los ámbitos: laboral, desarrollo personal, salud física / psicológica, familiar, social, espiritual y económica con un enfoque de búsqueda de armonía entre sus desafíos y capacidades.* (Csiksentmihalyi M (2010). Autores como él, coinciden en que educar en el Plan de Vida y Carrera contribuye para que el personal proyecte metas específicas que le den sentido a su vida para el bien estar y el bien vivir.

CONCLUSIÓN

La comunicación es la principal causa de separación, siguiendo infidelidad, insatisfacción sexual y ausencia de valores y moralidad.

Además se observa una percepción altamente

semejante entre encuestados sobre las causas, por ejemplo, "Los conflictos, sin llegar a acuerdos sanos y tranquilos, nos fueron separando en el amor, no hubo la suficiente paciencia y comprensión entre nosotros, se abandonó el sentido de religiosidad en la pareja e influyó en la ruptura; falta de interés en la pareja y atracción por otra persona."

A su vez, el estrés por lo económico es el efecto más crítico sobre separación conyugal, seguido por mayor tensión o estrés laboral y sueño no reparador.

Todas las variables tienen un nivel de prevalencia, por lo cual se asevera que la separación conyugal es multifactorial.

El 77% de las variables causales de separación conyugal tienen relación con mayor consumo de alcohol o drogas del modelo SOLVE.

Finalmente, la comunicación, violencia emocional, física y verbal, Jornadas laborales y Valores y moralidad, tienen mayor relación con las variables del modelo SOLVE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguillón, I., Tinoco, G. y Vargas, E. (2010). Consecuencias económicas y psicológicas del divorcio en las mujeres. *Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades* Vol 12, 3

Alegría, E. Leal, E, F. Arias G. y D. Méndez (2017). Integración de equipos de trabajo como recurso para cambiar la autopercepción de los participantes. En Calidad de vida en las organizaciones, la familia y la sociedad, primera edición. México: Juan Pablos Editor.

Arias, G, L.F. (2012), Metodologías de la Investigación, México: Trillas.

Csiksentmihaly, M. (2010). Fluir. Una Psicología de la Felicidad. Barcelona: Kairos.
Decimocuarta edición.

From, E. (2004). El arte de amar, México: Paidos

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2019). "Estadísticas a propósito de matrimonios y divorcios", disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/matrimonios2019_Nal.pdf

Jeffrey, H. Greenhause, Colins K.M Y Shawc J. D. (2003) The relation between work–family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior Volume 63,* Issue 3, December 2003, Pages 510-53.

Jiménez, A, y E. Moyano (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia, medios para mejorar la calidad de vida, Chile. *Universum Nº 23* Vol. 1: 116-133, Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-23762008000100007&script=sci_arttext

Leal, E. (2012). Administración de la Sabiduría, México: Trillas.

Ley Federal Del Trabajo. (2019). Última reforma publicada por Cámara de Diputados, Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lft.htm

Maestre, D. (2007). Ergonomía y psicosociología, Madrid: FC editorial

Mares, R. (2014). Pfrfacio. Utopía, de Tomás Moro, México: Grupo Editorial Tomo.

Montanez, R. (2019). Best Company Culture 2018, 2(29). E- COMPARABLY. Recuperado de https://www.comparably.com/blog/best-company-culture-2018/

Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-(2018). Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención, Mexico, Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018

Organización Internacional del Trabajo (2012). Modelo SOLVE integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo: guía del formador: Oficina Internacional http://www.herramientasoit.org/_lib/file/doc/Presentacion%20de%20la%20herramienta%20%20SOLVE%20.pdf

Tapia, A. Tarragona, M y González M. (2012). Psicología Positiva, México: Trillas.

SOLVE OIT (2014), "Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo", disponible en https://www.oitsimapro.org/uploads/3/1/9/0/31906627/pdelecion.pdf

PUNTO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN SOBRE RIESGOS PSICOSOCIALES DEL COP MADRID. GRUPO DE SALUD LABORAL DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID

Helena Thomas-Currás[1, 2] y Elisa Sánchez-Lozano[2]

[1]Universidad Rey Juan Carlos, [2]Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Resumen: La preocupación por los riesgos psicosociales asociados al trabajo ha ido adquiriendo una importancia cada vez mayor debido a las consecuencias que para la salud general, y la laboral, en particular, tienen sobre las personas. Los datos presentados en diferentes organismos tanto nacionales como internacionales ponen de manifiesto la situación actual con respecto a los mismos. A raíz del estudio sobre las condiciones laborales de los psicólogos llevado a cabo por el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, se crea un punto de información sobre riesgos psicosociales en el COP de Madrid a propuesta del Grupo de Salud Laboral, que pueda dar servicio a los psicólogos en el ejercicio de su profesión. Actualmente el punto de información ya está en funcionamiento y se hace necesaria la difusión de sus servicios para dar utilidad y uso a su funcionamiento.
Palabras clave: Salud laboral, Salud de los psicólogos, Estrés laboral, Burnout, Acoso psicológico.

POINT OF INFORMATION AND ATTENTION ON PSYCHOSOCIAL RISKS OF COP MADRID. OCCUPATIONAL HEALTH GROUP OF THE OFFICIAL COLLEGE OF PSYCHOLOGISTS OF MADRID

Abstract: Concern about the psychosocial risks associated with work has become increasingly important due to the consequences they have on people's general, and occupational health in particular. The data presented in different national and international bodies show the current situation with respect to them. As a result of the study on the working conditions of psychologists carried out by the Col.legi Oficial de Psicologia de Catalunya, an information point on psychosocial risks is created at the COP in Madrid as proposed by the Occupational Health Group, which can serve both psychologists in the exercise of their profession and people interested in these aspects. Currently the information point is already in operation and it is necessary to disseminate its services to give usefulness and use to its operation.
Key words: Occupational health, Psychologists' Health, Occupational Stress, Burnout, Mobbing.

INTRODUCCIÓN

Los riesgos psicosociales han ido adquiriendo una relevancia e importancia frente a otro tipo de riesgos laborales cada vez mayor (Moreno y Báez, 2010), debido a la especial incidencia de los mismos en las sociedades actuales, donde las demandas del entorno están muchas veces fuera de control de los propios trabajadores.

Se entiende que hay un riesgo laboral cuando existe la probabilidad de que una persona, como consecuencia de su trabajo, sufra un daño que pueda derivarse del mismo. Un riesgo puede ser calificado en función de la posibilidad de que se produzca y de la severidad del mismo con distintos grados de gravedad (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. 1995). En la misma Ley, en el artículo 7 se define la condición de trabajo como cualquier característica que tenga este y que pueda ejercer una influencia significativa para que puedan generarse riesgos para la salud y la seguridad de los trabajadores. Se recoge, también, la importancia de que los trabajadores tengan medios de protección ante los

riesgos laborales y que las empresas hagan una evaluación de estos en cada uno de los diferentes puestos de trabajo.

Además de los ya mencionados existen una serie de riesgos a los que se ha denominado psicosociales. Su origen está en la incidencia que tienen algunos factores psicológicos y sociales sobre la salud laboral de los trabajadores. Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) estos riesgos psicosociales se deben a que existen algunas deficiencias en la forma de diseñar, organizar y gestionar el trabajo. Por otro lado, cuando existe un mal contexto y entorno de trabajo, puede dar lugar a la presencia de aspectos negativos no sólo físicos, sino también psicológicos o sociales. (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2018) Algunos de estos aspectos negativos pueden derivar en el estrés laboral, una depresión o un agotamiento por carga de trabajo, especialmente la mental. Sin embargo, un entorno laboral favorable, a pesar de existir condiciones excesivas de trabajo de manera puntual, puede tener efectos positivos sobre el bienestar de los trabajadores.

Entre los distintos riesgos psicosociales se pueden encontrar: El estrés laboral en sus distintas modalidades, las diferentes formas de acoso y hostigamiento (mobbing, bulling, sexual), la violencia en cualquiera de sus formas (tipo 1, 2 o 3) o el Burnout.

El estrés laboral, tal y como lo presentan Luceño-Moreno, Talavera-Velasco, Martín-García y Escorial-Martín, (2017, p. 67), es "el resultado de una combinación de la percepción de elevadas demandas y de bajo control en el trabajo, en la que además influye de forma negativa una percepción de bajo apoyo organizacional"

La violencia en el trabajo es definida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género (Comisión normativa violencia y acoso en el mundo del trabajo, 2019) Esta violencia reúne todos los comportamientos violentos tanto físicos como psicológicos que se producen en el entorno laboral. Aquí habría una violencia tipo I, que se produce entre personas desconocidas en un entorno de trabajo, la violencia tipo II, entre usuarios o clientes y un trabajador del servicio, y por último la violencia tipo III entre trabajadores de una misma empresa, entre trabajadores de diferentes empresas que presten servicios en un mismo centro de trabajo, entre trabajador/es y empresario/s (Mejías, Carbonell, Gimeno y Fidalgo, s. f.).

El acoso u hostigamiento, término adoptado por Leymann, (1990), suponen una serie de conductas hostiles hacia otras personas que se producen en el lugar del trabajo. Son ataques psicológicos, comportamientos de hostigamiento en el ámbito laboral (Adan, 2016). Dependiendo de la frecuencia, la intensidad y la duración de los mismos pueden crear en la víctima un alto grado de tensión psicológica, a la vez que presenta una situación de indefensión absoluta. Todo ello le lleva al riesgo de dañar su salud y además provocar que abandone la empresa.

El Burnout está considerado como un trastorno psicológico que está asociado al ámbito laboral (García, Meseguer, Soler y Sáez, 2014). Puede denominarse con la nomenclatura inglesa: Burnout o también como síndrome de agotamiento profesional (Maslach, 2009). Aunque es un trastorno que puede darse en diferentes tipos de trabajadores, su incidencia es mayor en profesionales que tienen un contacto directo con otras personas, siendo estos colectivos como el dedicado a la educación, a la salud, a los servicios sociales. Es decir, todos aquellos en los cuales los profesionales pueden tener una mayor implicación emocional con las personas a las que prestan su servicio (Fidalgo, s.f.). El Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Fidalgo, s. f.).

Por todo ello, los riesgos psicosociales y sus consecuencias para la salud de los trabajadores, especialmente el estrés, se han convertido en una gran preocupación, no sólo para los propios afectados, sino también para los empresarios y la misma sociedad. Los trabajadores y las organizaciones en general, y psicólogos/as en particular, se enfrentan cada vez más a este, al acoso psicológico, al hostigamiento (mobbing), al acoso moral (bullying), al acoso sexual, así como

a otras formas de violencia que pueden producirse en el trabajo.

Según diversos estudios de organismos como la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, (EU-OSHA, 2018), la 6ª Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en España (Pinilla, Almodóvar, Galiana, Hervás y Zimmermann, 2017) y la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), en los últimos años se ha comprobado que:

- El estrés laboral es el segundo problema de salud más frecuente ligado al trabajo y está en el origen de entre el 50% y el 60% de las jornadas de trabajo perdidas en la UE. Es la primera causa psicosocial y ello por detrás del principal problema que son los trastornos músculo esqueléticos. Este hecho es relevante para resaltar la importancia que tiene sobre otros aspectos de la salud laboral un trastorno en el que las principales causas son de tipo psicológico.
- Casi el 80 % de los directivos, independientemente del tipo de empresa de que se trate, manifiestan preocupación por el estrés ligado al trabajo y casi uno de cada cinco considera que la violencia y el acoso son problemas importantes.
- Afirman que experimentan estrés relacionado con el trabajo el 25% de los trabajadores, durante todo o casi todo su tiempo de trabajo, el 51% de los trabajadores percibe el estrés como algo habitual en su entorno laboral y un 16% lo considera un problema muy frecuente.
- Son debidas a la exposición a alguno de estos riesgos psicosociales más del 20% de las bajas laborales.
- Casi el 80 % de los directivos manifiestan preocupación por el estrés ligado al trabajo y casi uno de cada cinco considera que la violencia y el acoso son problemas importantes.
- Los trabajadores manifiestan experimentar estrés en el trabajo siempre o casi siempre un 30%, porcentaje superior al observado en la encuesta de 2010 (23%) destacando el sector de la Salud, con un 37% de los encuestados.
- El 62% de los trabajadores españoles afirma estar más estresado que en 2013, según los últimos datos de 2017.

La crisis económica de los últimos años, las reformas laborales llevadas a cabo en España, la incorporación de TIC's en los trabajos, la incertidumbre en los empleos o la globalización, tienen como consecuencia que los trabajadores tengan un incremento del estrés, al tiempo que cuentan con menos apoyos sociales para afrontarlo. Estas condiciones repercuten negativamente en su salud pues se incrementan los niveles de ansiedad, depresión u otros trastornos mentales graves que pueden desembocar, incluso, en el suicidio. En algunas organizaciones, se observa que los trabajadores no admiten la baja médica ni acuden a los facultativos por miedo a perder su puesto de trabajo. En el caso del trabajo autónomo, el 80,9% de los autónomos han trabajado estando enfermos para no perder ingresos (Instituto Santa Lucía, 2017)

La encuesta empresarial sobre los riesgos nuevos y emergentes (ESENER) (Van den Heuvel, Bakhuys, Eekhout, Venema y Organización de Investigación Científica Aplicada de los Países Bajos (TNO), 2018) demuestra con sus datos que los riesgos psicosociales se consideran entre los empresarios un reto mayor y que son más complejos de gestionar que los riesgos tradicionales, por ello es necesario acciones de sensibilización entre las personas para poder gestionar el estrés, la violencia o el acoso relacionados con el trabajo.

Por su parte la OMS prevé que en 2020 el estrés será el segundo factor causante de enfermedades. De hecho, a comienzos de 2019, la importancia que estos trastornos tienen ha dado como resultado que se haya reconocido el burnout como enfermedad profesional, lo que permitirá en un futuro aplicar medidas preventivas, correctoras y de tratamiento igual que tienen otras enfermedades.

En la misma línea, la OIT (2013) se preocupa de la gran incidencia del estrés laboral y sus consecuencias para la salud de las personas trabajadoras que tienen, al mismo tiempo, consecuencias para las empresas pues actúan disminuyendo el rendimiento y aumentando el absentismo

Los profesionales de la psicología no son ajenos a estas cuestiones, y aunque no hay datos públicos de la incidencia de estos trastornos entre ellos, debido a las especiales características de su trabajo, no están exentos de que puedan producirse. Respecto a la situación de los profesionales de la psicología en este contexto, el Estudio de salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los psicólogos y psicólogas de Cataluña del COP de Cataluña (Baranda, 2017) facilita los datos en los que se observa que el colectivo

de los profesionales de la Psicología presenta un estado de salud similar al de la población general. Es un colectivo que está feminizado ya que la proporción de mujeres frente a hombres es más numerosa, (82% de la población de colegiados en Catalunya) y está preferentemente vinculado al mundo sanitario. En cuanto a la situación profesional, tiene unas características laborales muy diversas en la contratación laboral teniendo un pluriempleo elevado (40,5%) y bastante superior al de los médicos. Otra característica laboral es que muchos de ellos son trabajadores autónomos.

La creciente relevancia de los riesgos psicosociales en general y la incidencia de estos en el colectivo de profesionales de la psicología llevan al Grupo de Salud Laboral del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid a la creación de un servicio denominado Punto de Información en Riesgos Psicosociales y cuyos objetivos son:

- Prestar información y orientar a todos aquellos psicólogos colegiados afectados por Riesgos Psicosociales, fundamentalmente estrés laboral, síndrome del trabajador quemado y acoso psicológico en el ámbito ocupacional, por ser los riesgos con mayor prevalencia y consecuencias nocivas para la salud física y psicológica de los profesionales que los experimentan.
- Ayudar a los interesados a identificar su situación y facilitarles información que oriente a la búsqueda de soluciones. Las principales características de los afectados por la exposición a estos riesgos son la confusión mental que generan, la dificultad para identificar el problema y el desconocimiento de los recursos de ayuda existentes para lograr soluciones efectivas.
- Ofrecer información sobre Riesgos Psicosociales a los psicólogos colegiados interesados en el tema.
- Aumentar la sensibilidad social sobre los riesgos psicosociales en el ámbito ocupacional y estimular su investigación.
- Difundir el papel del Psicólogo como agente de salud en el ámbito laboral.

De esta forma, de acuerdo con el art. 19 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, (1995) sobre la formación de los trabajadores que habla del deber de protección, el COP Madrid, asumiría el papel que en otros ámbitos tienen los empresarios para garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva. Y facilitará formación e información en el puesto de trabajo, para que los profesionales de la psicología puedan adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos y repetirse periódicamente, si fuera necesario.

MÉTODO

Este Punto de Información ayudará a mejorar de la salud laboral de los psicólogos y para ello contará con el siguiente método:

PARTICIPANTES

La comisión del Grupo de Salud Laboral encargada de su funcionamiento. El punto de información será atendido, inicialmente por los miembros del grupo

Serán beneficiarios del servicio todos los psicólogos colegiados, interesados profesionalmente en el tema o que puedan estar afectados por riesgos psicosociales.

INSTRUMENTOS

Se han creado los fondos documentales que se nutren de documentación contrastada, en vigor, además de la que actualice y/o genere la comisión, debidamente supervisada y aprobada por el Grupo de Trabajo de Salud Laboral.

Un espacio (sala o despacho) que garantice la privacidad, en los días y horas fijados con anterioridad, así como material informático y de oficina.

PROCEDIMIENTO

La atención a los colegiados y usuarios del Punto se realizará a través de un primer contacto por correo electrónico en la dirección: información.riesgos-psicosociales@cop.es o saludlaboral@cop.es. Dependiendo de la demanda se concertará un procedimiento en dos pasos: una Entrevista Semiestructurada, dirigida a recabar datos e información sobre la situación y demandas del psicólogo colegiado que accede al Punto de Información. Y el suministro de información precisa para orientar en cada caso.

DISEÑO

El proyecto está realizado por el Grupo de Salud Laboral y responde a las necesidades detectadas por los miembros de este grupo en base a los documentos revisados y su experiencia profesional como evaluadores de riesgos psicosociales. Este servicio está ubicado en la sede del COP Madrid (Cuesta de San Vicente, 4); accediendo mediante cita previa solicitada por teléfono o correo electrónico, y prestando la prevista atención personalizada.

En ningún caso se derivará al usuario hacia un profesional concreto. Tampoco se proporcionará asistencia o intervención psicológica con el colegiado usuario del servicio. Se limitará la actuación a recomendar la utilización de los listados que el Colegio tiene publicados o que figuren en otras instituciones, informando de cómo puede accederse a dichos listados, a la vez que se informa sobre las instituciones, organizaciones o entidades a las que los usuarios del Punto pueden acudir para solicitar ayuda profesional en caso de ser necesario.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Para la evaluación del éxito del proyecto se contemplarán el número de afectados y profesionales atendidos y la información que reporten los propios beneficiarios mediante encuestas de satisfacción que se elaboren para tal fin.

RESULTADOS

Los afectados por riesgos asociados al trabajo, tales como estrés laboral, acoso, burnout u otros, sufren un proceso de deterioro personal y profesional, de carácter físico y psicológico, que en mayor o menor intensidad limitan su capacidad de respuesta y/o afrontamiento. Estas personas, además de asistencia especializada, necesitan ayuda externa e información para instaurar medidas de autoprotección y articular las acciones necesarias para conseguir su recuperación. El Punto de Información y Atención sobre Riesgos Psicosociales del COP Madrid ofrece escucha activa y ayuda profesional para facilitar la identificación de su situación real a los psicólogos colegiados afectados.

La oferta de información ofrecida ha sido sobre:

- Difundir el papel del Psicólogo como agente de salud en el ámbito laboral
- Prestar información y orientar a colegiados sobre Riesgos Psicosociales en el ámbito ocupacional
- Ayudar a los interesados a identificar su situación y facilitarles información que oriente a la búsqueda de soluciones.
- Facilitar las principales medidas de prevención y actuación generales; notas técnicas de prevención (NTP) y el diario de incidentes para identificar la posibilidad de estar siendo objeto de Acoso Psicológico en el Trabajo (APT) del INSHT, guías y otros recursos disponibles.
- Primeros pasos a seguir (informar al servicio de salud laboral de sus empresas y/o sindicatos, comunicar a RRHH, solicitar la implantación o activación del protocolo vigente en su empresa, …)
- Suministro de listados de profesionales e instituciones disponibles que puedan aportar la atención precisa para cada caso: terapeutas, psicólogos expertos en salud laboral, forenses, servicios de salud laboral de la empresa, sindicatos, abogados etc.
- Crear y ofertar una base documental y de experiencia con la que dar soporte a todos los psicólogos colegiados interesados.

DISCUSIÓN

Hasta este momento, no se han recogido suficientes datos para poder presentar conclusiones sobre el funcionamiento del Punto de Información dado que lleva en funcionamiento sólo unos meses y su conocimiento por parte de los colegiados es escaso.

De los resultados que se obtengan con la utilización del mismo se puede ampliar su acción a otros sectores de la población o a otros colectivos profesionales.

Los datos obtenidos en la encuesta de condiciones de trabajo de los psicólogos se ciñen exclusivamente a la población catalana y se compara con los datos de la población general catalana. Sería conveniente que dicho estudio se ampliara al resto de los Colegios Oficiales de Psicólogos incluidos en el Consejo General de la Psicología para poder comprobar si existen o no diferencias entre las distintas poblaciones. También sería útil compararlo con otros países.

CONCLUSIONES

La prevención es uno de los principales elementos para mejorar la salud de las personas y acciones como la puesta en servicio del Punto de Información sobre Riesgos Psicosociales en el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid están incidiendo directamente en la sensibilización de la población y a la sociedad de la importancia que tiene la prevención de los riesgos laborales ligados a factores de tipo psicológico y social para mejorar la salud laboral de las personas. La prevención es una de las formas más efectivas que hay para mejorar la salud de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adan Muñoz, A.J. (2016) La violencia en el trabajo: el acoso moral, mobbing o bullying en el trabajo. En: C. Alcover, G. Topa y J. A. Moriano: *Psicología del trabajo y temas emergentes*. Cap. 15. Madrid: Sanz y Torres y UNED

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2018). *Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo - Salud y seguridad en el trabajo* - Bilbao: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo EU-OSHA.

Baranda, L. (2017). *Estudi de salut, estils de vida i condicions de treball dels psicòlegs i psicòlogues de Catalunya. La salut dels psicòlegs*. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya - Fundació Galatea.

Comisión normativa violencia y acoso en el mundo del trabajo. (2019). *Convenio sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Fidalgo, M. (s. f.). NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout; (I): definición y proceso de generación*. Madrid: Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

García, M., Meseguer, M., Soler, M. I. y Sáez, M. C. (2014). Avances en el estudio del acoso psicológico en el trabajo. *Papeles del Psicólogo, 35*(2), 83-90.

Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. (1995). Madrid, 8 de noviembre de 1995: Madrid Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1995-24292.

Leymann. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims, (5)*, 119-126.

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., Martín-García, J. y Escorial Martín, S. (2017). Factores de riesgo psicosocial como predictores del bienestar laboral: un análisis SEM. *Ansiedad y Estrés, 23,* 66-70. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.09.001

Instituto Santa Lucía (2017). *Jubilación y hábitos de ahorro de los españoles*. Madrid: Instituto Santa Lucía.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo, 11*(32), 37-43.

Mejías, A., Carbonell, E., Gimeno, M. Á. y Fidalgo, M. (2018). NTP 891- *Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (I)*. Madrid; Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Moreno, B. y Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Organización Internacional del Trabajo OIT (2013). *La prevención de la enfermedades profesionales*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Pinilla, J., Almodóvar, A., Galiana, M. L., Hervás, P. y Zimmermann, M. (2017). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. 2015 6a EWCS – España. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Van den Heuvel, S. G., Bakhuys, M. C., Eekhout, I., Venema, A. y Organización de Investigación Científica Aplicada de los Países Bajos (TNO). (2018). *Gestión de los riesgos psicosociales en los lugares de trabajo europeos: datos de la segunda encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes* (ESENER-2). Bilbao: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo -EU-OSHA.

VIOLENCIA DE GÉNERO

RESULTADOS APRECIADOS EN EL CAMBIO CLÍNICO EN AGRESORES VIOLENCIA DE GÉNERO A TRAVÉS DE PROGRAMAS DE REINSERCIÓN BASADOS EN LA EXPERIENCIA PRÁCTICA DE PROFESIONALES

Denis Gil Vega

H-Amikeco

Resumen: Exploración de la aplicación y resultados del programa PRIA-MA para la reinserción de agresores por violencia de género en suspensión de condena desde la experiencia práctica de los profesionales en la asociación H-Amikeco. Se consultó a 12 profesionales a través de un cuestionario abierto semiestructurado acerca de la aplicación del programa, facilidades y dificultades, estrategias específicas y valoración del avance de los usuarios a su finalización. Los profesionales describieron su desarrollo del programa, dinámicas de mayor utilidad e identificaron factores de riesgo y factores protectores para el mejor funcionamiento del programa. El 87% valoró el aprovechamiento final de los usuarios como alto e identificaron las variables de mayor avance. Esta perspectiva complementa la evidencia previa sobre la efectividad de los programas, al tiempo que permite entender mejor el cambio clínico que se realiza y las estrategias de los profesionales para obtener los mejores resultados.

Palabras clave: Violencia de género, Programas de reinserción, Experiencia clínica, Psicología clínica, Cambio clínico.

APPRECIATED RESULTS OF THE CLINICAL CHANGE ON VIOLENCE AGAINST WOMEN AGGRESSORS REHABILITATION PROGRAMS BASED ON PRACTICE EXPERIENCE OF PROFESSIONALS

Abstract: Exploration of the implementation and results of the PRIA-MA rehabilitation program for aggressors against women, through H-Amikeco's professionals' practical experience. For this work 12 professionals were consulted through a semi-structured open questionnaire. They're asked about the implementation of the program, its facilities and difficulties, specific strategies, difficult cases, and users results. Professionals described their program development, more useful dynamics and identified risk and protective factors for the best functioning of the program. 87% rated high the participants' results at the end of the program. This work corroborated prior evidence of these programs effectiveness, while helps to understand the clinic changes in these programs and the professionals' monitoring of this change and their strategies for working out best results.

Key words: Violence against women, Rehabilitation programs, Clinical psychology, Clinical change.

INTRODUCCIÓN

A la hora de abordar la situación y aplicación de programas de reinserción para población penitenciaria (ya sea en cumplimiento de una pena de prisión o en la aplicación de medidas alternativas a la prisión) la principal preocupación es los resultados obtenidos para reducir la reincidencia. Para ello se han realizado diversos estudios de resultados:

El informe de reincidencia en casos de agresión de pareja en penas y medidas alternativas (Pérez, Giménez y Espinosa, 2017) encuentra un 6,8% de reincidencia policial (nuevas detenciones) en un periodo de 5 años tras la realización de un programa de intervención frente al 21% sin la realización de programas, y un 15% de reincidencia en aquellos agresores de pareja que ingresan en prisión, encontrando datos similares en otros estudios.

Al explorar el cambio clínico a través de cuestionarios en diferentes variables trabajadas en los contenidos de los programas Pérez y Giménez (2013) encuentran una mejoría significativa en las

variables de empatía, calidad de la relación de pareja, expresión y control de la ira, conflictos y uso de la violencia física, así como una reducción significativa en las actitudes machistas, celos patológicos, abuso emocional y coerción sexual.

Sin embargo aunque la mayoría de estudios están enfocados a valorar el aprovechamiento de estos programas en los penados que se benefician de ellos, no hay apenas trabajos que hayan seguido el proceso de los terapeutas a la hora de aplicarlos.

El objetivo de este trabajo es aportar un enfoque centrado en el terapeuta complementario al enfoque centrado en los penados. Se busca explorar el proceso de valoración clínica realizada por los profesionales, las variables a las que más atención prestan, sus estrategias para trabajarlas y los factores que detectan de relevancia en la aplicación práctica del programa PRIA-MA.

Por cuestión de su relevancia social se ha elegido realizar este estudio sobre el programa PRIA-MA (2015) para la reinserción de agresores por violencia de género en penas y medidas alternativas. Estas penas y medidas alternativas se aplican en ocasiones de sustitución de condena, suspensión de condena (para penas de prisión inferior a 2 años en casos sin condenas previas) y convalidación de trabajos en beneficios de la comunidad. El programa es de carácter psicoterapéutico y por tanto aplicado por profesionales. Se lleva a cabo en sesiones semanales de dos horas en grupos de entre 12 y 15 usuarios. Su duración es de 33 sesiones, además de una fase inicial de entrevistas individuales para la elaboración de un plan individualizado y motivación al cambio, y un seguimiento posterior.

MÉTODO

PROCEDIMIENTO

Este trabajo se ha llevado a cabo desde la asociación H-Amikeco, que trabaja en colaboración con Instituciones Penitenciarias para la aplicación de programas de reinserción para agresores por violencia de género, desde el año 2004 en Madrid y previamente en Bilbao con grupos de voluntarios. Para llevarlo a cabo se ha contado con la colaboración voluntaria de parte de los terapeutas que trabajan actualmente para la asociación.

La participación en el estudio ha sido voluntaria, a través de un cuestionario que incluía el consentimiento informado de participación. El cuestionario se facilitó a 19 terapeutas de los cuales se recibieron 12 respuestas, habiendo por tanto un 63% de respuesta.

DISEÑO

Este trabajo se ha realizado con un diseño no manipulativo, de orientación más cualitativa que cuantitativa dado que el objetivo era recoger las experiencias de los profesionales.

MATERIALES

Por falta de tiempo y dispersión geográfica de los terapeutas, se elaboró un cuestionario estructurado combinando preguntas abiertas y cerradas en sustitución de una entrevista. El cuestionario incluía tres secciones: una primera de datos demográficos (incluyendo información sobre la especialización clínica y la experiencia aplicando este tipo de programas), una segunda parte sobre el desarrollo de los grupos de terapia, y una tercera parte final donde los terapeutas evaluaban el avance conseguido a través del programa de la lista de variables objetivo del mismo en una escala tipo Likert de 5 puntos (Nada-Totalmente). Así mismo el cuestionario disponía de un apartado abierto libre para que los participantes pudiesen añadir información que considerasen relevante que no hubiese sido preguntada antes.

PARTICIPANTES

Se ha contado con la colaboración de 12 terapeutas de la asociación, de edades comprendidas entre los 27 y los 65 años. Dado que el 83% de la muestra son mujeres, se hablara de las terapeutas a partir de ahora.

Estos profesionales eran un 83% psicólogas (10), habiendo también una profesional de atención psicosocial y una antropóloga. Todas las psicólogas estaban habilitadas para ejercer la psicología clínica excepto un caso que estaba en proceso de realizar el máster habilitante para ejercerla.

El 42% (5 participantes) se identificaba cognitivo-conductual. Las siguientes orientaciones más representadas han sido la escuela humanista

(2) y la perspectiva integradora (3).

Los años de experiencia profesional iban desde 4 hasta 17 años y los años de experiencia aplicando el programa PRIA-MA (o su antecesor el PRIA) eran desde 0 a 12, siendo la moda 4 años. Además se preguntó el número de grupos finalizados, que oscilaban entre 3 y 48. La moda se encontraba en 3, seguido de 12 y 7 grupos finalizados. Actualmente desarrollan entre 0 y 3 grupos PRIA-MA. Ha de tenerse en cuenta que la asociación y sus terapeutas aplican más programas de reinserción además de este.

El 83% de los terapeutas ha trabajado previamente con otros colectivos de reinserción, ya sea en la aplicación de otros programas de reinserción, casos de agresores que buscan terapia voluntariamente o puntos de encuentro familiar. Además el 50% ha trabajado con personas víctimas de violencia de género.

RESULTADOS

¿EN QUÉ SE FIJAN LOS TERAPEUTAS PARA SABER SI HAY AVANCES?

La principal estrategia que siguen las terapeutas es la atención a los participantes del programa. En especial han señalado como fuentes de información la capacidad de reflexión individual de los usuarios sobre sí mismos, el nivel de conciencia sobre la propia violencia y su responsabilidad, la disminución de las resistencias y defensas hacia el tratamiento, la implicación en las dinámicas y debates llevados a cabo, la capacidad para controlar la ira en ambientes naturales (según el testimonio de ellos mismos) incluyendo el manejo de los conflictos y situaciones de estrés que surgen en el día a día entre las sesiones, la empatía y respeto mostrados hacia los demás (también según el testimonio de ellos mismos) y el discurso de género.

La herramienta principal para ir comprobando todos estos criterios son las verbalizaciones cotidianas de los usuarios del programa. Las terapeutas hacen hincapié especialmente en cómo se evidencian los cambios o no, las resistencias y actitudes, en los comentarios que hacen los penados respecto a los sucesos que les han ocurrido en la semana, los sucesos que han ocurrido a sus compañeros y las anécdotas que se cuentan. Uno de los signos de avance señalados ha sido que los propios penados sean los que hagan señalamientos y devoluciones a sus compañeros sobre comentarios o situaciones inadecuadas, de violencia o de actitudes machistas y sugieran cambios sobre esas situaciones.

Las terapeutas señalan como especialmente importante fijarse en el desarrollo individual de cada participante. Al finalizar el programa se realiza una comparativa pre y post individual, dado que no todos los usuarios parten desde el mismo punto inicial. Esto puede apreciarse en el grado de normalización de la violencia inicial o las actitudes machistas interiorizadas iniciales.

Respecto al uso de los tests todas las participantes señalan que los utilizan en la evaluación pre y post del programa. Sin embargo el 58% no los usaría como única herramienta de evaluación clínica y refieren tres obstáculos principales: la deseabilidad social, el interés de los usuarios por rellenarlos (normalmente bajo), y dificultades de los usuarios de tipo lingüístico, cultural o cognitivo.

Varias terapeutas señalan la utilidad de los tests más allá que como herramienta de evaluación, como dinámica de trabajo activo durante las sesiones. Esto puede ser haciendo cada participante el tests individualmente y luego debatiendo los resultados de forma común, o trabajando en grupo sobre los ítems de los tests para analizarlos y compararlos con las experiencias diarias (por ejemplo tests de mitos en la relación de pareja).

¿QUÉ PARTES SON MÁS ÚTILES DEL PROGRAMA?

En la experiencia de las terapeutas de la asociación la parte más útil de intervención es el trabajo con emociones (señalada por 8 de las doce terapeutas, el 67%).

Las terapeutas también han dado especial importancia en sus respuestas a los ejercicios de cohesión grupal, la motivación al cambio, y los contenidos relacionados con comunidad, asertividad, empatía, roles y actitudes asociadas a la masculinidad y pensamientos distorsionados.

Respecto a las dinámicas las terapeutas han indicado como más útiles aquellas dinámicas que fomenten la introspección y reflexión desde hechos generales hacia las experiencias personales de los usuarios, las dinámicas grupales, los ejercicios proyectivos para fomentar la elaboración personal y las dinámicas activas como ejercicios de rol-playing o actividades en movimiento.

FACTORES QUE FAVORECEN Y DIFICULTAN EL AVANCE TERAPÉUTICO

A continuación se presentan los factores que las terapeutas han identificado que favorecen el avance terapéutico, tanto del grupo como de los individuos:

Factores de los usuarios: la disposición inicial en las primeras sesiones para sacar algo de utilidad del programa aunque consideren que no deberían estar haciéndolo, la disposición a cuestionarse (considerar que es posible que hayan hecho algo mal),haber realizado algún tipo de intervención psicológica previa u otros programas donde sí haya habido aprovechamiento, el tiempo que tarde en superar la fase inicial de oposición al programa, la implicación en los ejercicios y debates llevados a cabo y la puntualidad.

Factores del terapeuta: generar una buena alianza terapéutica, para lo cual es importante ser capaz de crear un entorno de confianza en el grupo, la capacidad para validad y no juzgar sin que suponga aceptar las actitudes y acciones de los usuarios, confianza en la capacidad de avance y aprendizaje de los participantes y la capacidad para empatizar con ellos.

Factores del programa y su contexto: fomentar la cohesión de grupo, permitiendo un espacio en las sesiones iniciales para conocerse y crear sentimiento de grupo con el objetivo de una futura no-reincidencia, que se fomente la participación de todos los participantes, establecer unas normas del grupo a poder ser decididas por sus miembros y supervisadas por el terapeuta, y el respeto hacia los límites (del grupo, de sus normales y de las reglas que impone el contexto de reinserción penitenciaria).

A continuación se presentan, por contra, los factores que las terapeutas identifican que dificultan el avance terapéutico:

Factores de los usuarios: la baja motivación al cambio, la resistencia a considerar la posibilidad de estar equivocado (baja capacidad de cuestionamiento), el sentimiento de injusticia hacia el sistema, la ley, etc; el conflicto con la ley de violencia de género y/o los privilegios de las mujeres, la facta de empatía con la pareja o con las mujeres en general (posible misoginia) y que los usuarios se conozcan previamente entre sí.

Factores del terapeuta: una baja tolerancia a la frustración, especialmente si se quieren ver los resultados de la intervención de forma muy visible y rápida, buscar una asunción de la responsabilidad sobre el delito desde el inicio (o buscar una asunción total y claramente verbalizada sin trazas de deseabilidad social), confundir autoridad y poder en la forma de guiar el grupo, y posibles miedos e inseguridades personales con el delito o con el contexto de aplicación del programa.

Factores del programa o su contexto: el riesgo de aplicar el programa de forma excesivamente teórica, siendo poco realistas con las realidades y diferencias de los usuarios, que en el juicio se produjese un acuerdo (menor asunción de la responsabilidad y mayor sentimiento de injusticia con el sistema, sentimiento de no haber sido juzgados de verdad), que se considere el programa un "curso" y no una terapia, y centrarse únicamente en el individuo y no prestar atención a las dinámicas de relación que se daban en la pareja.

ABORDAJE DE LOS CASOS DIFÍCILES

Según la experiencia reportada los casos difíciles suele estar entre 1 y 3 por grupo (de 12 a 15 miembros).

Se identifican diferentes tipos: resistentes al cambio, boicoteados activos del tratamiento, casos donde la dificultad para aprovechar el contenido del programa son problemas cognitivos, de salud mental o de drogodependencia que necesitan un trabajo previo en estos aspectos, etc.

La primera directriz de actuación con este tipo de casos es comprobar si la resistencia es una dificultad inicial o si persistente en el tiempo. El criterio suele ser comprobar su avance entre las primeras 6 a 15 sesiones (aproximadamente 3 meses) salvo que se trate de una dificultad muy clara y obstruyente del avance del grupo.

Las estrategias de actuación de las terapeutas implican mantener una actitud terapéutica hacia la persona (trato humano, ofrecer oportunidades de participación, no relegar al aislamiento, etc), atender a cómo reacciona el grupo hacia él (si el grupo le apoya, si hay un caso de liderazgo, etc o por contra el grupo confronta las resistencias de), mantener siempre los límites y normas establecidos por el grupo (respeto, participación, etc). En caso de que la resistencia persista se ofrece una

intervención individual para valorar con la persona su situación. En caso de que la resistencia persista o la terapeuta valore que suponga un deterioro del tratamiento para el resto de usuarios, e recomienda el abandono del tratamiento.

En caso de que la dificultad sea causada por el consumo de substancias, problemas de salud mental o dificultades cognitivas, se recomienda la derivación hacia programas específicos (programa Puente Extendido para salud mental, programa INTEGRA para discapacidad intelectual o el programa Cuenta Contigo de drogodependencia).

RESULTADOS APRECIADOS DEL PROGRAMA

Se ofreció una escala de cinco puntos para valorar el aprovechamiento final del programa (Muy alto, Alto, Medio, Bajo, Muy Bajo), así como para valorar el cambio clínico en las diferentes variables objetivo.

La gran mayoría de las terapeutas (83%) calificaron el aprovechamiento general como muy alto, seguido de un aprovechamiento medio. Ninguna terapeuta calificó el aprovechamiento como bajo o muy bajo. Estos datos coinciden con los datos oficiales de la asociación, según los cuales en 2018 el resumen de los informes finales individuales que se resumen a los Servicios de Gestión de Penas y los Juzgados señalan que un 61% de los usuarios Cumplen mayormente con los objetivos, un 25% Cumplen con reparos y tan solo un 14% No cumplen los objetivos.

Esta diferencia entre un 14% que no cumplen los objetivos, frente a que ninguna terapeuta ha calificado el aprovechamiento como bajo o muy bajo, se debe a que los informes son individuales de cada usuario, y la valoración que se ha pedido a las terapeutas ha sido general teniendo en cuenta a todos los usuarios con los que han trabajado.

En cuanto a las variables en las que mayores avances perciben las terapeutas son: la satisfacción expresada por los propios participantes con el programa al terminarlo, la calidad de relación de pareja, las actitudes sexistas y machistas, el uso de la violencia física, la impulsividad y expresión y control de la ira.

Las variables en las que menores avances aprecian las terapeutas son: el abuso emocional, dependencia en las relaciones y la agresión o coerción sexual; sin embargo hay que tener en cuenta también la desviación entre las respuestas recogidas. Las variables en las que hay una mayor dispersión en las observaciones de las terapeutas son el uso de la violencia física, la agresión o coerción sexual, las actitudes sexistas y machistas y la atribución de la responsabilidad sobre el delito cometido. En las que más consenso se da en la satisfacción expresada con el programa, la expresión y control de ira, agresividad y resolución de conflictos general.

DISCUSIÓN

Uno de los elementos a los que mayor atención han prestado las terapeutas en sus respuestas es la necesidad de individualizar el tratamiento: no hay dos personas iguales e iguales que no hay dos víctimas iguales, tampoco hay dos agresores iguales. Los programas de intervención se diseñan apoyándose en la evidencia de las necesidades criminógenas que presenta la población que ha cometido estos delitos, pero a la hora de aplicar el programa es necesario detectar qué factores se presentan más acentuados en qué individuos, diferencias individuales, etc. Este es uno de los trabajos principales de las terapeutas para fomentar la motivación en cada participante y los cambios más necesarios en cada caso según su situación, delito, dinámicas de pareja, etc.

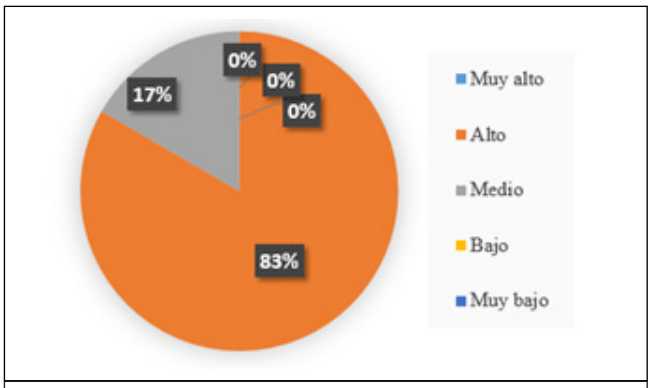


Figura 1. Aprovechamiento apreciado por las terapeutas al finalizar el programa.

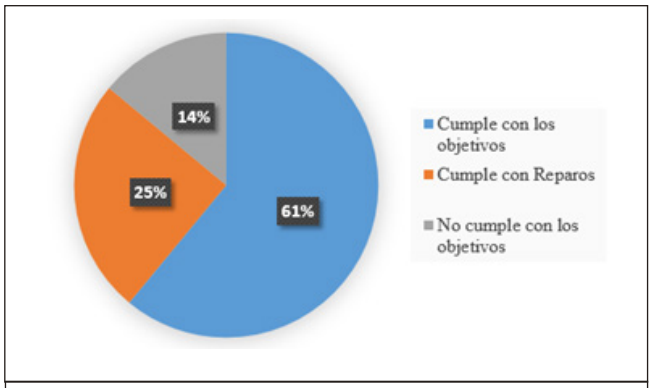


Figura 2. Resultados reflejados en los informes finales.

Tabla 1
Cambio clínico apreciado por las terapeutas en las diferentes variables de trabajo

Variable observada	Media	Desviación típica
Expresión y control de la ira	3,58	0,52
Agresividad	3,42	0,52
Impulsividad	3,50	0,67
Atribución de la responsabilidad del delito	3,33	0,99
Atribución de la responsabilidad general	3,33	0,78
Resolución de conflictos en pareja	3,33	0,78
Resolución de conflictos general	3,58	0,52
Uso de la violencia física	3,73	1,01
Abuso emocional	3,33	0,99
Dependencia en las relaciones	3,08	0,67
Agresión o Coerción sexual	3,09	1,05
Celos patológicos	3,08	0,67
Actitudes sexistas y machistas	3,42	0,99
Empatía	3,50	0,67
Calidad de la relación de pareja	3,73	0,65
Satisfacción expresada con el programa	4,08	0,29

El principal objetivo del programa es conseguir un cambio que reduzca el riesgo de violencia futuro. Para ello en el programa se abordan diferentes contenidos orientados a producir un cambio terapéutico en las variables identificadas de riesgo para la violencia de género.

En este objetivo, una de las tareas más importantes de las terapeutas es la de monitoreo del avance. Es necesaria una atención y habilidad específicas para comprobar si lo que se está trabajando sesión a sesión está siendo recogido por el grupo, de forma que, en caso de que no lo esté siendo, poder hacer cambios para fomentar que el máximo posible de usuarios recojan el máximo posible de cambios terapéuticos. Los cambios rara vez se producen de forma clara y evidente en una sesión, sino que es un proceso donde se van acumulando a través del trabajo semanal en el grupo. Identificar si se están produciendo o no para identificar qué puntos del programa hay que prestar más hincapié, es una de las tareas de las profesionales.

Los terapeutas destacan el módulo de emociones como de especial utilidad porque, tras la fase de inicio de cohesión grupal, es el comienzo del trabajo terapéutico. Además supone un inicio no confrontativo, sin abordar directamente el delito y por tanto no entrando en el conflicto de la verdad o no, justicia o no, de su sentencia y que permite a los usuarios comprobar que los contenidos del programa pueden ser de utilidad al entrar en contacto con su mundo emocional y la influencia que tiene en su día a día.

En cuanto a los test el feedback proporcionado por las terapeutas es que se tratan de una herramienta que puede resultar útil. Sin embargo señalan el riesgo que supone la deseabilidad social, que es muy alta en este contexto: los usuarios saben que están siendo evaluados y por qué motivo lo están siendo, con el temor de que los resultados se envíen al juez (pese a que se presenten los tests indicando que no se va a hacer), etc. Además se señalan que hay casos con bajo nivel cognitivo, diferencias culturales o diferencias de idioma que pueden distorsionar los resultados. Esto combinado con la deseabilidad social puede generar casos donde se rellenen los tests al azar o sin preguntar las posibles dudas que se tengan, especialmente en la evaluación pre donde no hay todavía confianza con la terapeuta para preguntar. En cambio se destaca su utilidad como dinámica de trabajo durante el programa.

Al observar los factores que favorecen o entorpecen el programa encontramos que una buena cohesión grupal y alianza terapéutica supone que el éxito de uno de ellos se puede convertir en el éxito de los demás, motivando al cambio y al aprovechamiento de los contenidos.

En cambio factores del contexto y la circunstancia penitenciaria pueden convertirse en obstáculos, a los que los terapeutas deben estar atentos para evitar esta influencia negativa.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo era aportar la visión del terapeuta a los resultados previos empíricos centrados en los usuarios de los programas de reinserción para agresores por violencia de género. En este aspecto podemos concluir que el resultado de los terapeutas coincide con los de los trabajos previos: hay un aprovechamiento sustancial de los programas. Si bien este aprovechamiento rara vez consigue ser pleno, esto se debe a varios factores: la complejidad de todos los objetivos que incluyen el programa (reducir múltiples factores de riesgo, trabajar diversas herramientas para una mejor gestión de la propia ira, de los conflictos de pareja y un largo etcétera), las diferencias de motivación de los usuarios, el tiempo limitado de trabajo, etc.

Sin embargo hay un consenso en variables que obtienen buenos resultados como la expresión de la ira, la resolución de conflictos, el uso de la violencia física, etc. Hay otras variables donde el aprovechamiento es ligeramente menor o hay un menor consenso en sus resultados como el abuso emocional, la coerción sexual o los celos patológicos. Estos resultados ligeramente peores pueden deberse a la complejidad de estas cuestiones y el escaso tiempo de trabajo para abordarlos pues aunque el avance se evalúa como menor, se sigue apreciando una mejoría en menor o mayor grado.

Hay una dificultad en la deseabilidad social, tanto para el trabajo diario como para la evaluación mediante tests de las variables trabajadas. Sin embargo las terapeutas encuentran en las verbalizaciones cotidianas, las anécdotas contadas por los usuarios, su actitud y comportamiento en el propio grupo y espacio de trabajo, la forma de ir valorando el cambio que se realiza a lo largo del programa y así adaptar sus contenidos y potenciar más el trabajo en los elementos que se vean necesarios.

La mayoría de factores que entorpecen el desarrollo del grupo son inherentes al contexto donde se realiza: el sentimiento de injusticia de los usuarios o la disconformidad con la valoración hecha en su caso, buscar una asunción total de la responsabilidad, el riesgo del conflicto de autoridad en el terapeuta al tratarse de un contexto penitenciario, etc... Algunos factores se pueden trabajar mediante el trabajo a la motivación y el establecimiento de un buen clima grupal y una buena alianza terapéutica. Esto, en este contexto, supone un trabajo extra para el terapeuta que no se da en el tratamiento voluntario, pero que resulta fundamental para favorecer el máximo aprovechamiento posible del tratamiento.

Finalmente destacar la importancia de que los cambios son individuales y deben ser medidos individualmente. Pese a que el tratamiento sea grupal, el punto de partida de cada individuo puede ser diferente y los cambios que para un individuo pueden ser pequeños para otro pueden ser muy grandes para crear relaciones más sanas que las que ofrecía previamente y aprender a resolver sus conflictos, internos y externos, de forma menos violenta y más satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Echeburúa et al (2009) Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 9,* no. 2 (199-217)

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado, núm. 313*, de 29/12/2004.

Pérez Ramírez y Giménez Salinas (2013). Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. *Psychosocial Intervention, vol. 22,* no. 2.

Pérez Ramírez, Giménez Salinas y Espinosa (2017) *Reincidencia de los agresores de pareja en Penas y Medidas Alternativas*. Documentos Penitenciarios. España.

Ruiz Arias, S. et al. (2010). *Programa de Intervención para Agresores* (PRIA). Documentos Penitenciarios. España.

Sordi Stock, B. (2015) *Programas de rehabilitación para agresores en España: un elemento indispensable de las políticas del combate a la violencia de género.* Polit. crim. vol 10, no 19 (297-317)

Suárez Martíez, A. et al. (2015). *Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas* (PRIA-MA). Documentos Penitenciarios. España.

EFICACIA DE LA APLICACIÓN DEL PRIA-MA EN AGRESORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Miriam Orbís-Vázquez

Centro Universitario Cardenal Cisneros

Resumen: Para reducir la violencia de género es de gran importancia la intervención con los agresores. Para ello, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias ha desarrollado el Programa de Intervención para Agresores en Medidas Alternativas (PRIA-MA). El objetivo de este estudio fue comprobar el impacto del tratamiento derivado de la aplicación de un PRIA-MA en una muestra de 47 hombres que han sido condenados por violencia hacia su pareja. Los resultados se obtienen a través de la prueba *t* de Student y del índice de tamaño del efecto *d* de Cohen. Los resultados y la magnitud del cambio fueron pequeños para algunas de las variables estudiadas (por ejemplo, sexismo, hostilidad, impulsividad cognitiva y la responsabilización de sus actos al sistema legal) y nula en el resto. Las implicaciones de estos resultados sugieren realizar una revisión de los actuales programas implementados en la población objeto de estudio.
Palabras clave: Violencia de género, Agresor, PRIA-MA, Intervención, Eficacia.

SELECTIVE DRUG PREVENTION PROGRAMS FOR YOUNG AND ADOLESCENTS: A REVIEW

Abstract: To reduce gender violence, intervention with aggressors is of great importance. To this end, the General Secretariat of Penitentiary Institutions has developed the Intervention Program for Aggressors in Alternative Measures (PRIA-MA). The objective of this study was to verify the impact of the treatment derived from the application of a PRIA-MA in a sample of 47 men who have been convicted of violence towards their partner. The results are obtained through the Student's t-test and the Cohen's effect size index *d*. The results and the magnitude of the change were small for some of the variables studied (for example, sexism, hostility, cognitive impulsivity and the accountability of their actions to the legal system) and null in the rest. The implications of these results suggest a review of the current programs implemented in the population under study.
Key words: Gender violence, agressor, PRIA-MA, intervention, efficacy.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es una de las mayores problemáticas de nuestra sociedad. La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en España, la define como la violencia dirigida a la mujer por el mero hecho de serlo, consideradas por sus agresores como carentes de derechos y libertades, respeto y capacidad de decisión.

Cada año son más las mujeres víctimas de esta violencia, lo que ha llevado a buscar soluciones, entre las que se encuentran la prevención y la atención a las víctimas. Además, Pérez, Giménez-Salinas y De Juan (2013) mencionan otras como la reducción del número de agresores a través de programas psicológicos de intervención. Algunos de estos programas son el "Programa de Intervención para Agresores" (PRIA en adelante), desarrollado en 2010 y el "Programa de Intervención para Agresores en Medidas Alternativas" (PRIA-MA en adelante), resultado de la evaluación y revisión del PRIA en 2015. Los contenidos que incluye este programa se distribuyen en 34 sesiones repartidas en ocho bloques (Asociación H-Amikeco, 2017):

- Bloque 0. Evaluación pre-post y Entrevista Individual.
- Bloque I. Cohesión de Grupo y Alianza Terapéutica (1-4).
- Bloque II. Inteligencia Emocional (5-11).
- Bloque III. Autoconocimiento y Autoestima (12-15).
- Bloque IV. Género, Pareja y Sexualidad (16-19).
- Bloque V. El Proceso de la Violencia (20-25).
- Bloque VI. Abandonando la Violencia (26-30).
- Bloque VII. El futuro: Proyección de vida y Cierre (31-34).

A partir de aquí, se establece otra gran polémica social: ¿Tienen estos programas repercusión en los agresores? Debido a que el PRIA-MA se realizó en 2015, aún no se han obtenido, en España, resultados sobre su eficacia. Sin embargo, sí que se encuentran de su predecesor, el PRIA (Guardiola, 2019). Las conclusiones obtenidas manifestaron la eficacia terapéutica del programa debido al significativo cambio de los usuarios en actitudes como: menos sexismos, menos conflictos de pareja y menor abuso emocional sobre la misma, menos celos, mejor calidad de la relación, más empatía, menos impulsividad, hostilidad e ira, mejor control y expresión de esta última, además de asumir adecuadamente la responsabilidad de los hechos delictivos (Pérez, Giménez-Salinas y De Juan, 2017).

Tras un año de seguimiento se observa que el 4,6% de los 770 condenados, presentan nuevas denuncias por violencia de género. Tras aumentar el periodo de seguimiento a cinco años (2010-2015), de 678 usuarios de los que se obtuvo información, el 6,8% recibieron nuevas denuncias (Pérez et al., 2013).

Por lo general, en la mayoría de metaanálisis y revisiones realizadas en este tipo de programas, los tamaños del efecto son pequeños (Feder, Wilson y Austin, 2008).

Partiendo de esta información, los objetivos generales de esta investigación son:

- Analizar los resultados entre el PRIA-MA y los de otros programas realizados en España.
- Analizar si existen diferencias entre el PRIA y el PRIA-MA.
- Analizar si existen cambios significativos en los resultados tras la aplicación del programa.

El objetivo específico es comprobar, a través de una medición pre y post tratamiento, la eficacia del PRIA-MA en hombres condenados por violencia de género que se encuentran en situación de suspensión o sustitución de la pena.

Teniendo en cuenta estos objetivos, se plantean las siguientes hipótesis:

1. Se apreciarán cambios significativos positivos en la escala y subescalas de agresión, medidas a través del Cuestionario de Agresión (AQ) (Andreu, Peña y Grana, 2002), entre el pre y post tratamiento.
2. Se apreciarán cambios significativos positivos en la escala y subescalas de actitudes sexistas, medidas mediante el Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI) (Expósito, Moya y Glick, 1998), entre el pre y post tratamiento.
3. Se apreciarán cambios significativos positivos en la escala y subescalas de impulsividad, medida con la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) (Oquendo et al., 2001; Salvo y Castro, 2013), entre el pre y post tratamiento.
4. Se apreciarán cambios significativos positivos en la escala y subescalas de abuso emocional, medido mediante la Medida Multidimensional de Abuso Emocional (MMEA) (Murphy, Hoover y Taft, 1999 citado en Suárez et al., 2015), entre el pre y post tratamiento.
5. Se apreciarán cambios significativos positivos en la escala y subescalas de la responsabilización de sus actos, medido a través de la Escala de Atribución de Responsabilidad en Violencia en las Relaciones de Pareja (IPVRAS) (Lila, Oliver, Catalá-Miñana, Galiana y Gracia, 2014), entre el pre y post tratamiento.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Se trata de un estudio retrospectivo utilizando los datos de grupos realizados y finalizados en el año 2018. La investigación es cuasiexperimental, ya que se pretende evaluar la eficacia de una intervención en la que no existe un grupo control. La asignación de los grupos en este caso es al azar, hecha por el Servicio de Gestión de Penas.

Se realiza una evaluación inicial (pre-test), seguida de una intervención y finalmente otra evaluación (post-test) con el mismo grupo de participantes, permitiendo comparar los datos de la primera y la última evaluación.

PARTICIPANTES

Participaron un total de 62 sujetos varones, de los cuales se han utilizado 47 para realizar los análisis requeridos en el estudio. Los 15 hombres restantes

se han excluido debido a que no se disponía de los resultados post tratamiento. Todos ellos se encontraban en situación de suspensión o sustitución de la pena como resultado de una sentencia judicial por violencia de género y se les ha aplicado la adaptación de la Asociación H-Amikeco del PRIA-MA.

No se disponen de datos relativos a las variables sociodemográficas de los participantes.

Los sujetos se distribuyen en distintos grupos que han realizado el programa en Madrid, Valencia, Toledo y Asturias.

INSTRUMENTOS

En la adaptación realizada por la Asociación H-Amikeco, se utilizan principalmente cinco instrumentos de evaluación, los cuales se utilizan en la presente investigación:

- Cuestionario de Agresión (AQ) (Andreu et al.,2002). Este cuestionario mide la agresión en cuatro subescalas: *agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad*. El total de agresión se consigue realizando la suma de todas las subescalas. Este cuestionario consta de 29 ítems, de los cuales solo dos son inversos, el 15 y el 24. Se miden en una escala tipo Likert siendo 1 "*completamente falso para mí*" y 5, "*completamente verdadero para mí*". A mayor puntuación, mayor agresividad presentará el sujeto. En cuanto a las propiedades psicométricas, su alfa de consistencia interna es de: ,86 para la subescala de *agresión física*, ,68 la de *agresión verbal,* ,77 la subescala de *ira* y ,72 la de *hostilidad*.

- Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI) (Expósito et al., 1998). Con este instrumento se evalúa el sexismo hacia las mujeres a través de: *sexismo hostil*, el cual hace referencia a una actitud ofensiva que menosprecia el papel de la mujer; y del *sexismo benevolente,* que se muestra como actitudes de protección o paternalistas. Este inventario cuenta con 22 ítems, siendo el ítem 6 inverso. Son evaluados en una escala tipo Likert, donde 0 corresponde a "*totalmente en desacuerdo*" y 5 a "*totalmente de acuerdo*". Respecto a sus propiedades psicométricas, su alfa de consistencia interna es: en la subescala de *sexismo hostil* es de ,89 y en la de *sexismo benevolente* es de ,86.

- Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) (Oquendo et al., 2001; Salvo y Castro, 2013). Este instrumento mide la impulsividad en tres subescalas: *impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada*. Está formado por 30 ítems puntuados de la siguiente forma: 1 = "*raramente o nunca*"; 2 = "*ocasionalmente*"; 3 = "*a menudo*"; y 4 = "*siempre o casi siempre*". De estos 30 ítems, son inversos el 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30. Las propiedades psicométricas son excelentes, contando con una consistencia interna del test de alrededor de ,80.

- Medida Multidimensional de Abuso Emocional (MMEA) (Murphy et al., 1999 citado en Suárez et al., 2015). Este instrumento mide el abuso emocional sobre la pareja en cuatro subescalas: *asfixia restrictiva*, conductas que aíslan a la pareja, evitan actividades o presentan celos; *denigración,* conductas que degradan a la pareja; *retirada hostil,* conductas de abandono para crear ansiedad respecto a la seguridad de la pareja; y *dominancia/intimidación*, que evalúa amenazas, destrucción de propiedades de la pareja y agresión verbal para conseguir intimidación y sumisión. Esta medida consta de 28 ítems, con varias opciones de respuesta: 0 = "*nunca*"; 1 = "*una vez*"; 2 = "*dos veces*"; 3 = "*3-5 veces*"; 4 = "*6-10 veces*"; 5 = "*11-20 veces*"; 6 = "*más de 20 veces*"; y 7 = "*no en los últimos seis meses, pero sí antes*". Tiene unas buenas propiedades psicométricas. Su coeficiente alfa de consistencia interna es: en la subescala de *asfixia restrictiva* de ,84, en la de *denigración* es de ,81, en la de *retirada hostil* es de ,90, y en la de *dominancia/intimidación* es de ,86 (Pérez et al., 2013).

- Escala de Atribución de Responsabilidad en Violencia en las Relaciones de Pareja (IPVRAS) (Lila et al., 2014). Esta escala evalúa dónde los sujetos sitúan la responsabilidad de su comportamiento violento: *en el sistema legal*, *en la víctima* o *en el contexto personal del agresor*. Se forma por 12 ítems medidos en una escala tipo Likert, donde 1 significa "*totalmente en desacuerdo*" y 5 "*totalmente de acuerdo*". En cuanto a las propiedades psicométricas, el alfa de consistencia interna es: en la subescala de *responsabilidad en el sistema legal,* un ,70; en *responsabilidad en la víctima,* un ,62; y en *responsabilidad en el contexto personal,* de un ,56.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se realizó una pre-evaluación con la batería de instrumentos aportada en el epígrafe anterior. Debido a que el programa se desarrolla en el ámbito penitenciario, se han utilizado los instrumentos establecidos por el PRIA-MA, tanto al inicio como a la finalización del programa.

Tras esta pre-evaluación se procede a la aplicación del programa y a una posterior recogida de resultados. Tanto la evaluación como la aplicación del programa se llevó a cabo por profesionales de la Asociación H-Amikeco.

Respecto al análisis de los resultados obtenidos, se calculan medias y desviaciones típicas en todos los instrumentos. Se observa si los cambios son significativos en los usuarios a través de la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. A partir del índice de tamaño del efecto *d* de Cohen se conoce la magnitud del cambio. Los valores que este puede adoptar son: 0,2 (pequeño), 0,5 (medio) y 0,8 (grande).

Todas las pruebas se realizan a través del programa estadístico SPSS versión 18.

RESULTADOS

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN (AQ) (ANDREU ET AL., 2002).

En la tabla 1 se observan medias, desviaciones típicas, resultados de la *t* de Student y la *d* de Cohen.

En el AQ, la subescala con mayor diferencia de medias es la "hostilidad". El cambio más cercano a la significación estadística se encuentra en esta misma subescala. La d de Cohen indica un cambio pequeño en esta subescala. El resto no muestran cambios significativos (ver tabla 1).

INVENTARIO DE SEXISMO AMBIVALENTE (ASI) (EXPÓSITO ET AL., 1998).

En la tabla 2 se muestran medias, desviaciones típicas, resultados de la *t* de Student y la *d* de Cohen.

La mayor diferencia entre las medias se da en la subescala "sexismo benevolente" y en la escala "sexismo total". Esta última escala muestra un cambio significativo con un impacto pequeño según la *d* de Cohen. La subescala "sexismo benevolente" muestra un cambio mayor, teniendo este cambio un impacto moderado. El "sexismo hostil" se muestra sin apenas cambios (ver tabla 2).

Tabla 1
Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen en el AQ

Subescala	Media pre	Desviación típica pre	Media post	Desviación típica post	*t*	gl	Sig. (bilateral)	*d*
Agresión física	1,86	0,75	1,93	0,74	-0,974	46	,335	-0,140
Agresión verbal	2,11	0,66	2,07	0,73	0,349	46	,729	0,050
Ira	2,19	0,74	2,16	0,82	0,313	46	,756	0,045
Hostilidad	2,52	0,84	2,35	0,93	1,899	46	,064	0,272
Escala total								
Agresión total	2,17	0,62	2,16	0,68	0,643	46	,524	0,092

Tabla 2
Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen en el ASI

Subescala	Media pre	Desviación típica pre	Media post	Desviación típica post	*t*	gl	Sig. (bilateral)	*d*
Sexismo hostil	1,91	1,32	1,91	1,08	-0,002	46	,998	-0,000
Sexismo benevolente	2,40	1,24	1,79	1,12	4,124	46	,000	0,592
Escala total								
Sexismo total	2,16	1,15	1,85	1,02	2,138	46	,038	0,307

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS) (OQUENDO ET AL., 2001; SALVO Y CASTRO, 2013).

En la tabla 3 se observan las medias, desviaciones típicas, resultados de la prueba *t* de Student y la *d* de Cohen.

Las subescalas con mayor cambio en sus medias son "impulsividad cognitiva" e "impulsividad total" respectivamente. El resto de subescalas apenas muestra cambios en sus medias. Se aprecia un cambio significativo en la subescala "impulsividad cognitiva", contando con un impacto pequeño según indica la *d* de Cohen. La subescala "impulsividad planeada" apenas sufre cambios. La subescala "impulsividad motora" y la "impulsividad total", sufren leves cambios que no puede descartarse que sean fruto del azar u otras variables (ver tabla 3).

MEDIDA MULTIDIMENSIONAL DE ABUSO EMOCIONAL (MMEA) (MURPHY, ET AL., 1999 CITADO EN SUÁREZ ET AL., 2015).

En la subescala "denigración" es en la que menos diferencia de medias encontramos. Las demás subescalas han mostrado un cambio de medias mayor. Ninguna subescala muestra cambios significativos para la *t* de Student ni impacto para la *d* de Cohen, aunque la más cercana es la "dominancia/intimidación". En esta misma subescala se muestra un impacto pequeño pero negativo según la *d* de Cohen (ver tabla 4). Este instrumento cuenta con un total de 38 sujetos.

ESCALA DE ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD EN VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA (IPVRAS) (LILA ET AL., 2014).

La tabla 5, muestra las medias, desviaciones típicas, resultados de la prueba *t* de Student y la *d* de Cohen.

Todas las subescalas y la escala total muestran cambios en sus medias. La diferencia más pequeña se encuentra en la subescala "responsabilizar al contexto". Ninguna de las subescalas muestra cambios significativos según la *t* de Student. Sin embargo, se muestra un pequeño impacto en la subescala "responsabilizar a lo legal" y en la escala "responsabilidad total" según la *d* de Cohen (ver tabla 5). La muestra de este instrumento consta de 38 sujetos por la falta de datos del post tratamiento.

Tabla 3
Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen en el BIS

Subescala	Media pre	Desviación típica pre	Media post	Desviación típica post	*t*	gl	Sig. (bilateral)	*d*
Impulsividad cognitiva	2,22	0,41	2,09	0,44	2,178	46	,035	0,312
Impulsividad motora	1,89	0,49	1,86	0,48	0,357	46	,723	0,051
Impulsividad no planeada	1,97	0,41	1,97	0,35	-0,003	46	,997	-0,000
Escala total								
Impulsividad total	2,03	0,32	1,98	0,32	1,070	46	,290	0,154

Tabla 4
Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen en el MMEA.

Subescala	Media pre	Desviación típica pre	Media post	Desviación típica post	*t*	gl	Sig. (bilateral)	*d*
Asfixia restrictiva	0,47	0,72	0,54	0,80	-0,669	37	,508	-0,106
Denigración	0,43	0,65	0,49	0,77	-0,407	37	,686	-0,065
Retirada hostil	1,50	1,50	1,66	1,41	-1,012	37	,318	-0,161
Dominancia /intimidación	0,32	0,50	0,55	0,76	-1,918	37	,063	-0,305
Escala total								
Abuso emocional total	0,68	0,65	0,81	0,72	-1,251	37	,219	-0,199

Tabla 5
Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen en el IPVRAS

Subescala	Media pre	Desviación típica pre	Media post	Desviación típica post	*t*	gl	Sig. (bilateral)	*d*
Responsabilizar a lo legal	3,28	1,44	2,94	1,36	1,565	37	,126	0,249
Responsabilizar a la víctima	3,59	1,60	3,36	1,57	1,007	37	,321	0,160
Responsabilizar al contexto	1,83	0,84	1,86	1,05	-0,142	37	,888	-0,023
Escala total								
Responsabilidad total	2,90	0,97	2,72	0,83	1,327	37	,193	0,211

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación es saber si actualmente los programas de intervención utilizados en los condenados por delitos de violencia de género son eficaces, y si se produce el cambio esperado.

Respecto a los objetivos del trabajo, se puede afirmar que el PRIA-MA, en general, sí ha generado cambios en los usuarios, aunque reducidos. Esto se corresponde con lo señalado anteriormente por Feder et al., (2008), pues en la mayoría de estudios realizados sobre la eficacia de distintos programas de intervención con agresores, se pueden apreciar cambios, aunque pequeños.

Por otra parte, se pueden comparar los resultados obtenidos con los del estudio de la eficacia del PRIA realizada por Pérez et al. (2017). Las similitudes que muestran son:

- Ambos reducen de forma considerable las actitudes sexistas, destacando en el presente estudio la disminución de las actitudes sexistas benevolentes, es decir, de aquellas que se muestran como protección hacia la mujer.
- Reducción de la impulsividad en ambos programas, destacando la disminución de la impulsividad cognitiva en este estudio.
- La hostilidad también ha mostrado un descenso en ambos.
- Los usuarios comienzan a asumir la responsabilidad de los hechos, sin atribuirla al sistema legal principalmente.

Por otra parte, las diferencias principales en ambos programas son:

- En los resultados obtenidos no hay cambios respecto al abuso emocional, al contrario que en el PRIA.
- La agresividad física no muestra cambios significativos en el presente estudio, mostrándolos en el PRIA.
- La subescala de responsabilidad del contexto en el PRIA-MA presenta también diferencias respecto al PRIA. En esta investigación no muestra cambios significativos.

Respecto a las hipótesis, no se pueden confirmar. Solo se originan cambios significativos con leve o moderado impacto en la escala "sexismo total" y en las subescalas "hostilidad", "sexismo benevolente", "impulsividad cognitiva" y "responsabilización de sus actos al sistema legal". Esto puede deberse a la relación de cada una de estas con el número de sesiones dedicadas a ellas y a la forma de llevarlas a cabo. Desde un punto de vista experimental, se puede considerar:

1. La escala de agresión es uno de los aspectos a destacar, a pesar de la dedicación de los bloques V y VI al proceso y abandono de la violencia no ha mostrado los cambios esperados. Sin embargo, en la subescala de hostilidad, se trabaja en un mayor número de sesiones incluyendo el bloque IV (Género, Pareja y Sexualidad). Esto provoca un cambio significativo en esta subescala frente al resto.
2. Las actitudes sexistas son unas de las más trabajadas a lo largo del programa. El bloque IV trata en mayor medida este aspecto, dedicando las sesiones específicamente a ello. Probablemente esto ha provocado mayores cambios en esta escala respecto al resto.
3. La impulsividad se trabaja a través de la inteligencia emocional, el reconocimiento y el control de emociones, a lo que se dedica el bloque II. Se realizan actividades como el jarrón de emociones y las explicaciones adecuadas para que comprendan su funcionamiento y cómo nos afectan a nivel personal. Esto puede provocar mejor resultado en la subescala de impulsividad cognitiva respecto al resto. Además, se debe considerar que a pesar del número de sesiones (7), es uno de los bloques iniciales, lo que provoca una pérdida de los aspectos trabajados en los usuarios a lo largo del programa.

4. Otros aspectos como el abuso emocional no se han abordado correctamente. Se trabaja tanto en el bloque III, que trabaja autoestima (lo que influye en el abuso emocional), como en el bloque IV, el cual trata la flexibilidad de roles y los mitos del amor. Aunque no se ha abordado el abuso emocional de manera directa con los usuarios. Esto ha producido resultados menos significativos en esta escala y en sus correspondientes subescalas.

5. La atribución de la responsabilidad de sus actos se trabaja principalmente en el bloque I. A través de historias se plantea una situación y los usuarios deben atribuir la responsabilidad de los hechos a cada uno de los personajes de la historia. No se trabaja en más sesiones hasta la 28 y la 33. La distancia entre estas puede haber provocado que los cambios en esta escala no fueran significativos.

6. El resto de subescalas se abordan de forma aislada en algunas sesiones, sin dedicar gran cantidad de tiempo a ellas. Esto ocurre con la agresividad física, la impulsividad motora, o la atribución de la responsabilidad de sus actos a la víctima.

Tras la comparación de estos resultados caben destacar las limitaciones de esta investigación: el paquete de instrumentos de evaluación no se ha podido seleccionar, se ha utilizado el implantado en el programa. Tampoco se ha evaluado si estos instrumentos miden el cambio terapéutico del programa. Además, no haber realizado la evaluación personalmente con los usuarios ha impedido la recogida de otros datos como los sociodemográficos de la muestra.

Por otro lado, de 62 usuarios que comenzaron el programa solo se han realizado análisis de los 47 que contaban con resultados post tratamiento al finalizarlo. El resto supone un abandono, lo que disminuiría los cambios significativos que se han mostrado. Además, este abandono supone un 24%, lo que puede deberse a la situación de los participantes. La obligatoriedad del programa como cumplimiento de una medida judicial provoca en los usuarios baja motivación por el mismo, lo que explicaría el abandono y los reducidos cambios que encontramos en ellos tras su aplicación. Si se realiza de forma voluntaria probablemente los resultados mejoren.

No se ha podido analizar la deseabilidad social con estos instrumentos. Este concepto hace referencia a que ciertas respuestas son más convenientes o deseables que otras, por lo que no miden el nivel real de la persona en esa respuesta, sino el conveniente o deseado (Ferrando y Chico, 2000). Por ejemplo, un ítem tan directo como "pegar a tu pareja", puede provocar en el agresor una respuesta que no sea cierta, ya que no es una conducta socialmente aceptada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andreu, J.M., Peña, M.E., y Graña, J.L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema, 14* (2), 476-482. Recuperado de: http://www.psicothema.com/pdf/751.pdf

Asociación H-Amikeco. (2017). *Programa de Intervención en Violencia de Género* (documento interno no publicado). España: Asociación H-Amikeco.

España, Ley Orgánica de 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado, de 29 de diciembre de 2004,* nº 313, p. 42166-42197.

Expósito, F., Moya, M. C., y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social, 13*(2), 159-169.

Feder, L., Wilson, D. B., y Austin, S. (2008). Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence. *Campbell Systematic Reviews, 12*(4), 1-46. Recuperado de: https://bibliographie.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/64664/1043_R.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ferrando, P. J. y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema, 12*(3), 383-389. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/727/72712309.pdf

Guardiola, J. (2019). Libro de Actas del II Seminario Jurídico, Policial y Social sobre la Violencia de Género. ReCrim: *Revista del Instituto Universitario de Investigación en Criminología y Ciencias Penales de la UV, (21)*, 1-75. Recuperado de: https://www.uv.es/iccp/recrim/recrim19/recrim19d01.pdf

Lila, M.., Oliver, M., Catalá-Miñana, A., Galiana, L. y Gracia, E. (2014). The Intimate Partner Violence Responsibility Attribution (IPVRAS). *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 6,* 29-36. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/ejpalc/v6n1/original4.pdf

Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., y Mann, J. (2001). Spanish adaptation of the Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). *European Journal of Psychiatry, 15*(3), 147-155.

Pérez, M., Giménez-Salinas, A. y De Juan, M. (2013). Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. *Psychosocial Intervention, 22*(2), 105-114.

Pérez, M., Giménez-Salinas, A. y De Juan, M. (2017). *Reincidencia de los agresores de pareja en Penas y Medidas Alternativas*. Ministerio del Interior (Gobierno de España).

Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Chil Neuro-Psiquiat, 51*(4), 245-254.

Suárez, A., Méndez, R., Negredo, L., Fernández, M. N., Muñoz, J. M., Carbajosa, P., Boira, S. y Herrero, O. (2015). *Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas (PRIA-MA): manual para el terapeuta*. Madrid, España: Ministerio del Interior. Gobierno de España.

IV Congreso Nacional de Psicología
International Symposium
on Psychological Prevention