LIBRO DE CAPÍTULOS

III Congreso Nacional de Psicología

3 al 7 Julio 2017 · Oviedo · Asturias

Consejo General de la Psicología ESPAÑA

Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias

Universidad de Oviedo

OVIEDO.es AYUNTAMIENTO

PALACIO DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS OVIEDO

III Congreso Nacional de Psicología

3 al 7 Julio 2017 • Oviedo • Asturias

ISBN: 978-84-947385-2-4

ÍNDICE

ADICCIONES

→ ¿Hay razones para preocuparse por el empeoramiento de los síntomas o el rendimiento cognitivo de los pacientes con esquizofrenia que dejan de fumar? 7.

EMERGENCIAS, CRISIS Y DESASTRES

→ Intervención psicológica con bomberos tras incidentes críticos. A propósito de un caso 15.

→ La intervención psicológica en emergencias con afectados e intervinientes 23.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

→ Inmigración, Pánico Moral e Higiene Social. Análisis discursivo de los documentos de registro del Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados del período 1915-1930 31.

NEUROPSICOLOGÍA

→ Evaluación Neurocognitiva del Procesamiento Visual de Objetos, Caras y Expresiones Faciales en Personas Mayores con y sin Deterioro Cognitivo desde una Perspectiva Clínica 37.

→ Correlación de funciones ejecutivas con la lateralidad de la afectación del circuito nigro-estriatal en la Enfermedad de Parkinson 45.

→ Diferencias de género en resolución de problemas en personas con epilepsia fármaco-resistente (*) 50.

ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD DE GÉNERO Y DIVERSIDAD

→ Evolución de la unidad de tratamiento de identidad de género del Principado de Asturias (UTIGPA). Reestructurar y adaptarse a los cambios 58.

→ Apoyo social y transexualidad 65.

PSICOBIOLOGÍA

→ La afectividad negativa como un disruptor de la respuesta de estrés en estados adaptativos y desadaptativos de salud: implicaciones clínicas en pacientes con epilepsia refractaria 71.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

→ Perfil Del Cuidador En Un Grupo De Familiares De Pacientes Con Diagnóstico De Psicosis 79.

→ Psicólogo Interno Residente: autoevaluación en competencias 84.

→ Resultados de una intervención familiar en cuidadores de pacientes con diagnóstico de psicosis 89.

→ Adaptación cultural del inventario del proceso de recuperación (RPI). Cultural adaptation of the Recovery Process Inventory (RPI) 97.

→ Programa de Intervención de Familiares de Pacientes con Psicosis: Descripción y Dificultades Percibidas por las Familias 103.

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

→ Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte 109.

→ La necesaria recuperación del estigma empresarial en la inclusión laboral de personas con trastorno mental grave 115.

PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

→ Trabajo en red y coordinación interservicios. Una respuesta imprescindible 123.

ÍNDICE

→ Efectos de incluir detalles seductores y organizadores gráficos en un texto expositivo escrito 129.
→ PISA 2012: ¿Qué estrategias utilizan los escolares con bajo rendimiento en matemáticas? 136.
→ Propuesta de intervención en un alumno con problemas de conducta 146.
→ Mejora de la Convivencia: Resultados de una encuesta virtual anónima 153.
→ Enfoque preventivo de los problemas de conducta y respuesta educativa actual 159.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD
→ El sentido de la vida y la resiliencia en pacientes con depresión 167.
→ Fundamentación de la Terapia de Relajación Acuática 173.
→ Optimismo disposicional y ansiedad en cuidadores de menores con diabetes tipo 1 181.

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO Y CICLO VITAL
→ Consumismo en adolescentes de diferentes niveles socio-económicos 189.

PSICOLOGÍA DEL TRÁFICO Y DE LA SEGURIDAD
→ Evaluación de la personalidad normal y de sus variantes desadaptativas 196.

PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL
→ Bienestar en estudiantes universitarios y su relación con síntomas de depresión, ansiedad y estrés 204.

PSICOLOGÍA JURÍDICA Y FORENSE
→ Autoengaño: autoconocimiento y autoestima 212.
→ Adaptación del Cuestionario de Violencia Filio-Parental (C-VIFIP) en adolescentes chilenos: Análisis preliminares 219.

PSICOLOGÍA MEDIOAMBIENTAL
→ Aportaciones de la Psicología Ambiental a la investigación sobre la percepción del riesgo de inundación: Resultados desde un marco interdisciplinar 226.

PSICOLOGÍA POSITIVA
→ Análisis de las relaciones entre la experiencia de significado en la vida, variables sociodemográficas y satisfacción vital 233.
→ Factores protectores de la felicidad en adolescentes 240.

PSICOLOGÍA Y DISCAPACIDAD
→ Factores Influyentes en la Conciencia de Estigma en trabajadores/as en activo con Discapacidad Física o Sensorial 248.
→ Análisis discursivo entre las cuatro esferas de la personalidad eficaz en personas con discapacidad física en el Principado de Asturias 255.
→ Efecto conjunto del género, edad y etiología en la conducta adaptativa en una muesta de adultos con discapacidad intelectual 260.

PSICOMETRÍA
→ Adaptación de la Escala de Procrastinación Académica en estudiantes de secundaria de Villavicencio 268.

ÍNDICE

PSICOPATOLOGÍA
→ Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad y Ansiedad 276.

PSICOTERAPIA
→ La consideración del sujeto en las psicoterapias cognitivas 283.

TRABAJO Y ORGANIZACIONES
→ Buscando evidencias de personalidad en los perfiles de LinkedIn 291.
→ Necesidades psicológicas de los artistas escénicos 300.
→ Demandas obstaculizadoras en el trabajo: el efecto del estrés de rol en la relación entre engagement y satisfacción laboral 306.
→ La importancia del psicólogo en los equipos de vigilancia de la salud en los servicios de prevención de riesgos laborales 313.
→ Relación entre la Responsabilidad Social de las Empresas y el Clima Organizacional en empresas públicas 321.
→ Vigilancia de la Salud: punto de encuentro entre la salud laboral y la psicología clínica 328.

TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO
→ Aceptación o rechazo del hijo con autismo en la familia 336.

VIOLENCIA DE GÉNERO
→ Mitos del amor romántico y normalización de la violencia de pareja en adolescentes 343.
→ El modelo transteórico del cambio como herramienta para el trabajo con mujeres victimas de violencia de genero 349.

ADICCIONES

¿HAY RAZONES PARA PREOCUPARSE POR LA DESESTABILIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS O EL RENDIMIENTO COGNITIVO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE DEJAN DE FUMAR?

ARE THERE ANY REASONS TO WORRY ABOUT THE DESTABILIZATION OF CLINICAL SYMPTOMS OR COGNITIVE PERFORMANCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING NICOTINE WITHDRAWAL?

Susana Al-Halabí[1*], Sergio Fernández-Artamendi[2], M. Paz García-Portilla[3]

[1] *Grupo de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.*
[2] *Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía.*
[3] *Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM.*

Resumen

La hipótesis de la automedicación mantiene que los pacientes con esquizofrenia fuman para mejorar su déficit cognitivo basándose en los efectos estimulantes de la nicotina. El objetivo del estudio fue evaluar los cambios en los síntomas clínicos y el rendimiento cognitivo de una muestra de pacientes con esquizofrenia en tratamiento para dejar de fumar durante 3 meses. Participaron 81 pacientes fumadores con esquizofrenia [edad (DT) = 43,35 (8,82); 73% varones; nº cigarrillos/día (*DT*) = 28 (12)]. Diseño: 1) Grupo control: pacientes fumadores (*n* = 25). 2) Grupo experimental: pacientes en tratamiento para dejar de fumar (12 semanas) mediante parches de nicotina (*n* = 32) o vareniclina (*n* = 24). Instrumentos: a) Síntomas clínicos: PANSS, HDRS, ICG; b) Patrón de consumo de tabaco; c) Rendimiento cognitivo: MATRICS. En nuestro estudio, dejar de fumar no tuvo ningún efecto negativo en los síntomas clínicos ni en el rendimiento cognitivo de los pacientes. Limitaciones: muestra autoseleccionada.
Palabras-clave: Esquizofrenia, Tabaco, Rendimiento cognitivo, Adicciones, Síntomas clínicos.

Abstract

The self-medication hypothesis states that patients smoke to improve their cognitive deficits based on the stimulating effects of nicotine. The aim of the study was to identify the links between nicotine and both cognitive performance and changes in clinical symptomatology in schizophrenia patients over a monitoring period of 3 months. 81 smokers patients with schizophrenia were enrolled in this study [age (*SD*) = 43.35 (8.82); 73% men; number of cigarettes / day (*SD*) = 28 (12)]. Design: 1) Control group: smoking patients (*n* = 25). 2) Experimental group: patients on smoking cessation treatment (12 weeks) with nicotine patches (*n* = 32) or varenicline (*n* = 24). Instruments: a) Clinical symptoms: PANSS, HDRS, CGI; b) Pattern of tobacco use; c) Cognitive performance: MATRICS Consensus Cognitive Battery. In this study, smoking cessation had no negative effect on clinical symptoms or cognitive performance in patients with schizophrenia. Limitations: self-selected sampling.
Key words: Schizophrenia, Tobacco, Cognitive performance, Addictions, Clinical symptoms.

La prevalencia del consumo de tabaco está disminuyendo progresivamente en la población general. Sin embargo, este descenso no se observa en las personas con trastornos mentales graves como la esquizofrenia (García-Portilla et al., 2014). De hecho, estos pacientes constituyen una parte sustancial de las personas que todavía fuman (Lancet, 2013) con tasas que son entre 2 y 4 veces mayores que las de la población general o incluso cinco veces mayor (Beck, Baker y Todd, 2015). En España, la tasa de prevalencia del uso de tabaco entre estos pacientes es del 54,5% (Bobes, Arango, García-García y Rejas, 2010), lo que supone prácticamente el doble de la población general española, cuya prevalencia se estima en un 24,1% (Encuesta Nacional de Salud, 2011/12).

Actualmente es difícil leer una publicación científica acerca del rendimiento cognitivo en los pacientes con trastornos psicóticos que consumen tabaco sin que se

*Correspondencia: Susana Al-Halabí.
Facultad de Psicología. Plaza Feijoo s/n. Despacho 316.
C.P: 33000 Oviedo, España.
E-mail: alsusana@uniovi.es

aborden aspectos etiopatogénicos de este tipo de consumo o sin que se haga referencia a una posible explicación causal del origen del trastorno adictivo en este tipo de pacientes (Burda et al., 2010). Esta elevada prevalencia ha sido registrada en diferentes países y culturas, motivo por el que algunos autores han sugerido la existencia de un hipotético factor biológico que podría ser el responsable de que estos pacientes sean más propensos a fumar (De León, Díaz, Aguilar, Jurado y Gurpequi, 2006). La hipótesis de la automedicación supone un intento de aclarar ese posible factor mediador (Segarra et al., 2010).

Por un lado, numerosas publicaciones defienden la idea de que las personas con esquizofrenia fuman para reducir los efectos adversos de la medicación antipsicótica. De hecho, varios estudios han encontrado que estos pacientes fumadores presentan una menor prevalencia y gravedad de síntomas extrapiramidales en comparación con los pacientes que no fuman (De Leon et al., 2006; Dervaux y Laquelille, 2008). No obstante, existe una gran controversia acerca de este aspecto ya que estos resultados no siempre han sido consistentes (De Leon et al., 2006). Además, parece ser que el intento de alivio de los efectos negativos del tratamiento no podría explicar por sí mismo la alta prevalencia del consumo de tabaco, dado que ésta es similar entre los pacientes crónicos y los que manifestaron un primer episodio psicótico. Los estudios de Beratis, Katrivanou y Gourzis (2001) señalan que el 86-90% de los pacientes fumadores comenzaron a hacerlo antes de recibir el diagnóstico. Weiser et al. (2004) indican que aquellas personas que están en riesgo de desarrollar una esquizofrenia también presentan factores de riesgo para empezar a fumar.

Por lo tanto, algunos autores sostienen que el factor que está mediando entre el consumo de tabaco y la presencia de un trastorno psicótico debería ser una característica inherente al trastorno que constituya un síntoma premórbido. Y este podría ser el déficit cognitivo que, en la actualidad, se presenta con una característica nuclear del trastorno psicótico previa a su manifestación abierta (Green y Harvey, 2014; Segarra et al., 2010).

La hipótesis de la automedicación en relación al rendimiento cognitivo mantiene que los pacientes fuman para mejorar sus déficits cognitivos basándose en los efectos estimulantes de la nicotina, que mejoraría la memoria de trabajo visuoespacial y el déficit atencional de estas personas (Harris et al., 2004; Jacobsen et al., 2004), así como los déficits en el procesamiento sensorial (Leonard y Adams, 2006). No obstante, a este respecto también existen resultados contradictorios, ya que tales beneficios no se han encontrado en otros estudios (Harris et al., 2004; Sacco et al., 2005), y tampoco se han encontrado esos efectos positivos en otros dominios cognitivos como la producción de lenguaje o las funciones ejecutivas (Smith et al., 2006). En todo caso, los efectos beneficiosos de la nicotina no justificarían el mantenimiento del nocivo hábito tabáquico. Es por esto que en los últimos años algunos autores ya proponen el uso de nicotina (Levin y Rezvani, 2002; Piñeiro et al., 2014) como una vía para modificar la función cognitiva dañada en los pacientes (Smith et al., 2006; Barr et al., 2008).

Por todo lo anteriormente señalado, un mayor conocimiento sobre el papel que desempeña el consumo de tabaco en el rendimiento cognitivo de los pacientes con esquizofrenia puede contribuir a aclarar los interrogantes que aún existen respecto de esta cuestión y abrir nuevas vías de tratamiento para los déficits neuropsicológicos de estos pacientes basándose en los mecanismos neuronales receptores de nicotina (Al-Halabí et al., 2017). Estos mecanismos han sido identificados como un objetivo terapéutico por el programa MATRICS (Measurement And Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) del NIMH (National Institute on Mental Health), que ha dado lugar a una batería neuropsicológica consensuada para el estudio de la cognición en la esquizofrenia a través de una amplia evaluación científica de medidas (Nuechterlein et al., 2008).

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre nicotina, rendimiento cognitivo y síntomas clínicos en pacientes con esquizofrenia. Para ello se evaluaron los cambios en la sintomatología clínica y en el rendimiento cognitivo de una muestra de pacientes con esquizofrenia que siguió un tratamiento de 3 meses para dejar de fumar frente a un grupo control que continuó fumando.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes en el estudio fueron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento

ambulatorio de mantenimiento. Se reclutó un total de 81 pacientes con una media de edad de 43,35 años (*DT* = 8,83). El 72,8% fueron varones (*n* = 59). De ellos, 25 pacientes (30,9%) fueron asignados al grupo control y 56 pacientes (69,1%), que expresaron su deseo de dejar de fumar, fueron asignados al grupo experimental: 32 (39,5%) al grupo de parches de nicotina y 24 (29,6%) al grupo de otros (vareniclina). La selección de los pacientes se realizó entre aquellos que habían manifestado su deseo de dejar de fumar y aquellos pacientes fumadores que quisieron colaborar en este estudio.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (1) diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE-10 para investigación y que, a juicio del clínico, hubiesen estado estables clínicamente al menos en los 6 meses previos (sin hospitalizaciones o reagudizaciones sintomatológicas significativas) y que se encontraran en tratamiento de mantenimiento; (2) fumadores actuales de al menos 10 pitillos/día durante el último año sin un periodo de abstinencia mayor de 1 mes en ese último año; (3) edad comprendida entre los 18 y 65 años; (4) no ideación suicida actual y (5) consentimiento informado firmado.

Los pacientes fueron excluidos si cumplían alguno de los siguientes criterios: (1) puntuaciones superiores a 70 puntos en la PANSS o superiores a 20 puntos en la HDRS, (2) presencia de comportamientos o ideación suicida grave en los 6 meses previos, o (3) historia de daño cerebral orgánico incluyendo epilepsia, tumores, traumatismos craneoencefálicos con deterioro cognitivo significativo.

MATERIALES

Los instrumentos de evaluación utilizados en fueron los siguientes:

→ Datos sociodemográficos y clínicos: se recogieron los datos de edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión y situación laboral.

→ Síntomas clínicos: Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS); Escala de Depresión de Hamilton (HDRS); Impresión Clínica Global para la Esquizofrenia (CGI-SCH).

→ Patrón de consumo de tabaco: Nº cigarrillos por día y CO expirado.

→ Rendimiento cognitivo: Batería MATRICS.

→ Otras variables: Índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal.

PROCEDIMIENTO

La elección del método para dejar de fumar fue realizada en función de la disponibilidad del tratamiento, las preferencias del paciente y el juicio clínico. Los tratamientos farmacológicos utilizados fueron aquellos aprobados y considerados como primera opción por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (Guideline Update Panel, 2008). Asimismo, la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) incluye los parches de nicotina y la vareniclina dentro de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en todos los pacientes con algún tipo de trastorno mental (Rüther et al., 2014). Las dosificaciones se realizaron siguiendo el protocolo habitual (García-Portilla et al., 2014). En caso de descompensación psicopatológica o efectos adversos importantes estaba previsto suspender el tratamiento y excluir al participante del estudio.

Adicionalmente, todos los pacientes que iniciaron el tratamiento para dejar de fumar recibieron consejo dietético, técnicas de control estimular (eliminar estímulos elicitadores de fumar) y sugerencias para la adquisición de hábitos saludables.

El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS. La muestra fue dividida en pacientes fumadores y no fumadores, tomando como criterio aquellos pacientes que no fumaban a los 3 meses de seguimiento. Se examinaron los cambios en las puntuaciones medias de los dominios cognitivos de la batería MATRICS y de las escalas de evaluación clínica (PANSS, HDRS, ICG). Se consideró un nivel de significación estadística bilateral con un nivel de confianza del 95%.

DISEÑO

El presente trabajo es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de seguimiento a 3 meses (Al-Halabi et al., 2016). Fue realizado en 3 Centros de Salud Mental (CSM) del Norte de España (2 CSM de Oviedo y 1 CSM de Orense).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Asturias. Los participantes firmaron el consentimiento informado antes de ser incluidos en el estudio.

Todos los participantes fueron evaluados antes de

empezar el tratamiento (evaluación basal) y a los 3 meses de seguimiento (semana 11).

→ Grupo control: pacientes fumadores (*n* = 25).
→ Grupo experimental: pacientes en tratamiento (12 semanas) para dejar de fumar con parches de nicotina (*n* = 32) u otros métodos (principalmente vareniclina) (*n* = 24).

RESULTADOS

El consumo medio de cigarrillos por día en la evaluación basal fue el siguiente:

→ Grupo control = 29,76 (*DT* = 13,13).
→ Grupo parches de nicotina = 26,81 (*DT* = 11,85).
→ Grupo otros (vareniclina) = 27,63 (*DT* = 12,13).

El número medio de cigarrillos fumados por día en toda la muestra fue de 28 (*DT* = 12) (Figura 1). La media de años de evolución de la enfermedad fue de 16,75 (*DT* = 9,08).

El 30% de los pacientes del grupo experimental no fumaba a los 3 meses de tratamiento. La evolución del consumo en el momento basal y a los 3 meses puede consultarse en las figuras 2a y 2b.

Cabe destacar que los pacientes del grupo control, a pesar de no estar en tratamiento para

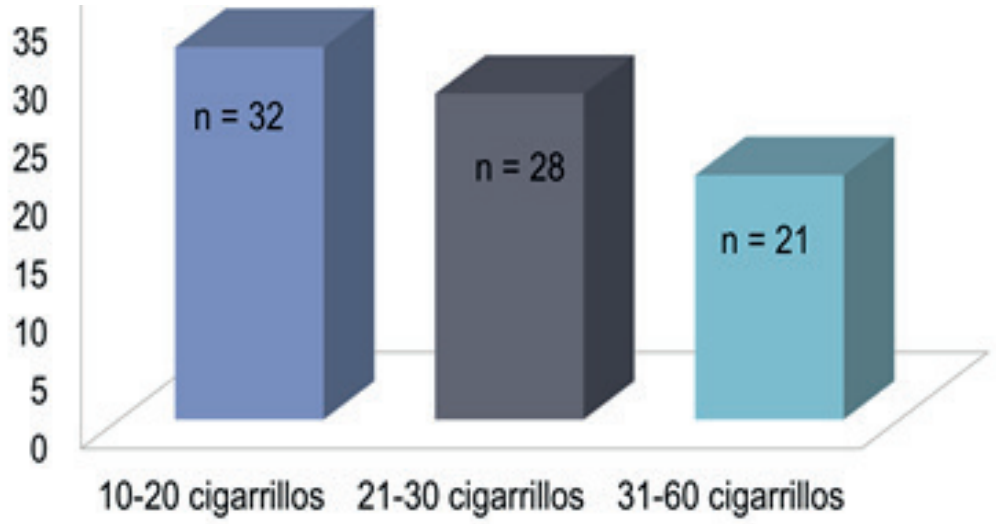
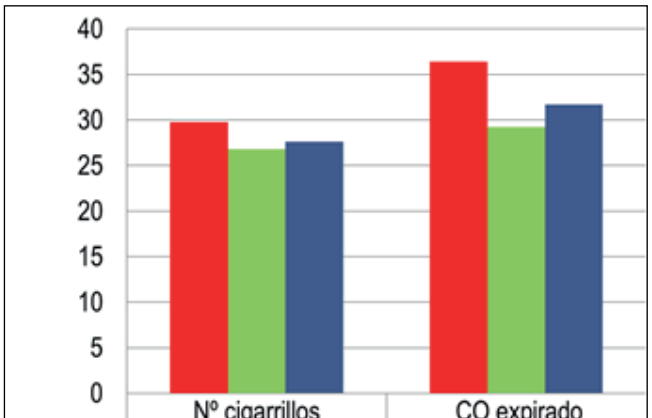
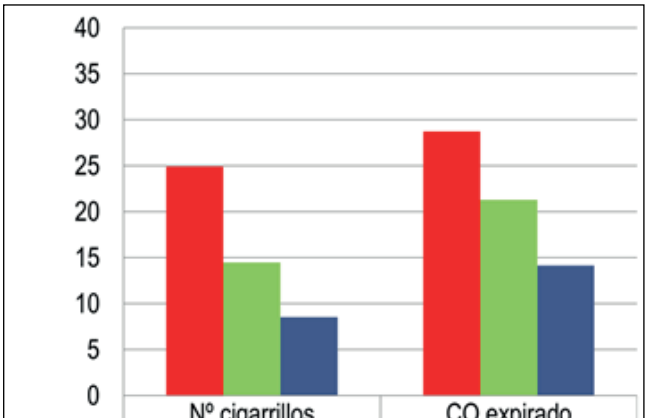


Figura 1. Distribución del consumo de cigarrillo al día.



	Nº cigarrillos	CO expirado
Control	29,76	36,38
Parches	26,81	29,25
Otros	27,63	31,71

Figura 2a. Evaluación Pre-test del consumo de tabaco según el grupo de estudio.



	Nº cigarrillos	CO expirado
Control	24,9	28,71
Parches	14,51	21,3
Otros	8,55	14,14

Figura 2b. Evaluación Post-test del consumo de tabaco según el grupo de estudio.

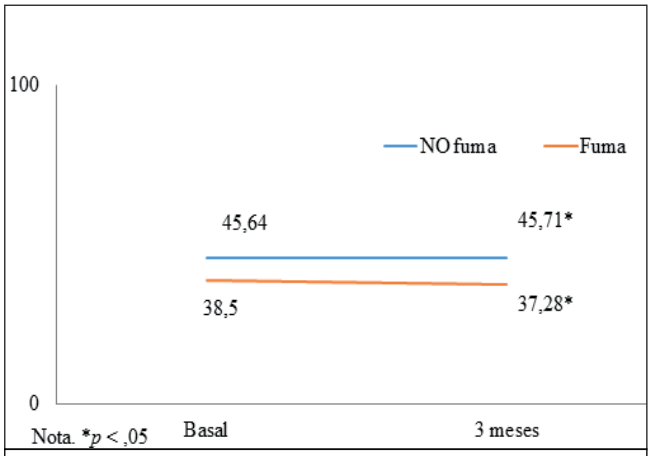


Figura 3. Aprendizaje visual (MATRICS)

dejar de fumar, también disminuyeron el número de cigarrillos diario.

No se registraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de los síntomas clínicos entre el grupo de fumadores y de exfumadores en la evaluación basal.

Tampoco se encontraron diferencias significativas en los síntomas clínicos tras el tratamiento de 3 meses entre ambos grupos (Tabla 1).

Respecto del rendimiento cognitivo, no se registró ninguna diferencia estadísticamente significativa en el rendimiento intra-sujeto de ambos grupos.

En cuanto a las diferencias en el rendimiento cognitivo por grupos (fumadores vs exfumadores), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dominio de 'aprendizaje visual' en la evaluación basal a favor de los no fumadores (p = 043), pero no en el seguimiento a 3 meses (Figura 3).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de fumadores y exfumadores en el dominio de 'atención y vigilancia' (p = ,020) tanto en la evaluación basal como en el seguimiento a 3 meses (p = ,024) (Figura 4).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dominio 'solución de problemas' (p = ,016) a favor de los pacientes exfumadores en el seguimiento a 3 meses (Figura 5).

Tabla 1
Diferencias en los síntomas clínicos en función de fumar o no fumar (3 meses)

Puntuaciones medias	Media *(DT)*		*p*
	Fumadores	No fumadores	
PANSS	51,34 (14,37)	52,29 (17,49)	,83
HDRS	3,68 (5,15)	4,14 (3,57)	,75
CGI-SCH	3,46 (0,75)	3,36 (1,15)	,68
IMC (cm)	28,66 (6,84)	30,17 (7,59)	,47
Perímetro Abdominal (cm)	108,18 (13,79)	108,23 (17,89)	,50

Nota. PANSS = Escala de Síntomas Positivos y Negativos; HDRS = Escala de Depresión de Hamilton; CGI-SCH = Impresión Clínica Global para la Esquizofrenia; IMC = Índice de Masa Corporal.

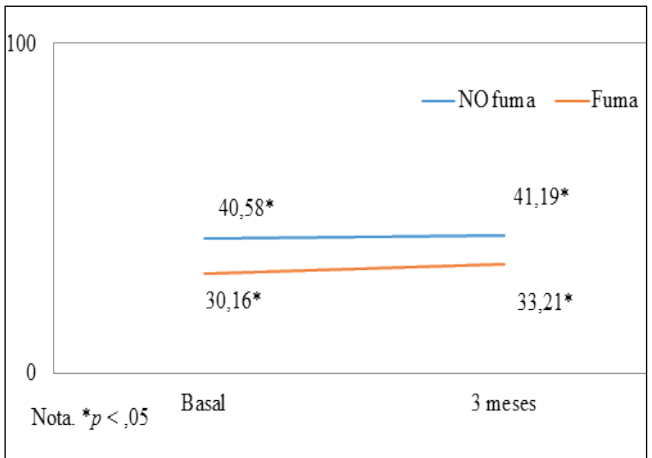


Figura 4. Atención y vigilancia (MATRICS)

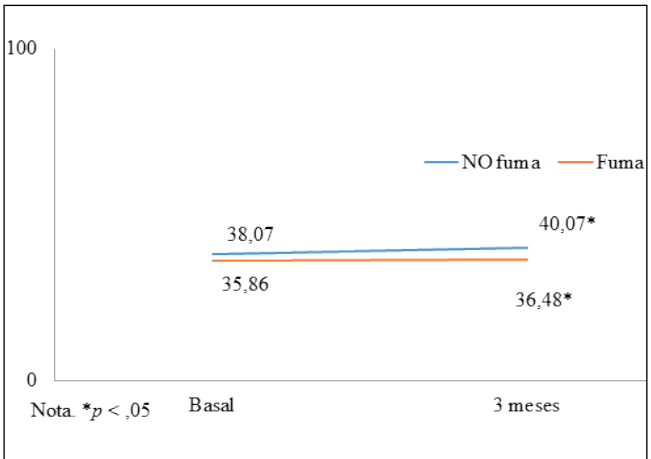


Figura 5. Razonamiento y solución de problemas (MATRICS)

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre nicotina, rendimiento cognitivo y síntomas clínicos en pacientes con esquizofrenia. Para ello se evaluaron los cambios en los síntomas clínicos y en el rendimiento cognitivo de una muestra de pacientes con esquizofrenia que siguió un tratamiento para dejar de fumar de 3 meses de duración en comparación con un grupo control. No se registraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las escalas clínicas ni en la mayoría de los dominios cognitivos evaluados. En todo caso, las diferencias encontradas no apoyan la hipótesis de la automedicación (Segarra et al., 2010).

Uno de los últimos trabajos publicados sobre este tema (Asahre, Falcones y Lerman, 2014) ha dejado constancia de que estamos ante un tema complejo que aún no ha sido resuelto. Estos autores señalan que el abandono de nicotina está asociado con déficits neurocognitivos que incluyen la atención sostenida, la memoria de trabajo y la respuesta de inhibición. Y añaden: "lo que está claro tras nuestra revisión es que los efectos de la abstinencia de la nicotina sobre la función cognitiva son mucho más com-plejos de lo que se teorizó inicialmente". Boggs, Carlson, Cortes-Briones, Krystal y D'Souza (2014) señalan que es necesario un mayor conocimiento del sistema nicotínico para determinar si estamos ante una nueva diana terapéutica que permita mejorar el rendimiento cognitivo.

Uno de los puntos fuertes de este estudio es su validez externa y la generalidad de los resultados. Los criterios de inclusión y exclusión utilizados nos han permitido reclutar pacientes "reales". El objetivo es estudiar qué ocurre con nuestros pacientes cuando dejan de fumar, sin necesidad de utilizar métodos sofisticados de laboratorio para evaluar los *mg* de nicotina u otras condiciones experimentales poco factibles en la práctica clínica cotidiana. Otro aspecto positivo es el tamaño de la muestra. Así, aunque 81 pacientes no es un número muy ambicioso, la mayoría de los estudios publicados incluyen un tamaño muestral inferior (García-Portilla et al., 2014).

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones. Una de las principales supone la ausencia de un grupo control de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que, sin ser fumadores, comiencen a fumar al iniciarse el estudio. Esto es algo que, obviamente, no puede llevarse a cabo por cuestiones éticas. Además, el abandono de varios pacientes a lo largo del tratamiento ha disminuido la muestra inicial de 81 pacientes a 67 pacientes en el seguimiento a 3 meses. Además, cabe señalar que el grupo de pacientes incluido en el grupo tratamiento que dejó de fumar no se seleccionó aleatoriamente, sino que fueron los pacientes los que decidieron hacerlo (muestra autoseleccionada). Finalmente, otra limitación sería la falta de control de variables moduladoras como el efecto de aprendizaje en el rendimiento de la batería MATRICS.

CONCLUSIONES

No se encontraron diferencias significativas en los síntomas clínicos entre los pacientes con esquizofrenia que dejaron de fumar y aquellos que continuaron haciéndolo. Tampoco se hallaron diferencias significativas intra-sujeto ni inter-grupo en el rendimiento cognitivo.

Serían necesarios más estudios para conocer los efectos a largo plazo, pero no parece que existan motivos para no animar a los pacientes con esquizofrenia a que dejen de fumar y poner a su servicio los recursos clínicos necesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Halabí, S., Fernández-Artamendi, S., Díaz-Mesa, E., García-Álvarez, L., Florez, G., Martínez-Santamaría, E., Arrojo, M., … Bobes, J. (2017). Tabaco y rendimiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia: diseño del estudio COGNICO. *Adicciones, 29*, 6-12.

Ashare, R.L., Falcones, M., y Lerman, C. (2014). Cognitive function during nicotine withdrawal: Implications for nicotine dependence treatment. *Neuropharmacology, 76*, 581–591.

Barr, R.S., Culhane, M.A., Jubelt, L.E., Mufti, R.S., Dyer, M.A., Weiss, A.P., … Evins, A.E. (2008). The effects of transdermal nicotine on cognition in nonsmokers with schizophrenia and nonpsychiatric controls. *Neuropsychopharmacology, 33*, 480–490.

Beck, A.K., Baker, A.L., y Todd, J. (2015). Smoking in schizophrenia: cognitive impact of nicotine and relationship to smoking motivators. *Schizophrenia Research: Cognition, 2*, 26–32.

Beratis, S., Katrivanou, A., y Gourzis, P. (2001) Facotrs affecting smoking in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 42,* 393–402.

Bobes, J., Arango, C., García–García, M., y Rejas, J. (2010). Healthy lifestyle habits and 10–year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophrenia Research, 119*, 101–109.

Boggs, D.L., Carlson, J., Cortes-Briones, J., Krystal, J.H., y D'Souza, D.C. (2014). Going up in smoke? A review of nAChRs-based treatment strategies for improving cognition in schizophrenia. *Current Pharmaceutical Design, 20,* 5077-5792.

Burda, K., Czubak, A., Nowakowska, E., Kus, K., Metelska, J., y Nowakowska, A. (2010). Interactions of nicotine and drugs used in the treatment of mental illnesses with respect to cognitive functions. *Arzneimittelforschung, 60,* 527–543.

De Leon, J., Díaz, F.J., Aguilar, M.C., Jurado, D., y Gurpequi, M. (2006). Does somoking reduce akathisia? Testing a narrow version of the self–medication hypothesis. *Schizophrenia Research, 86*, 256–268.

Dervaux, A., y Laquelille, X. (2008). Tobacco and schizophrenia: epidemiological and clinical features. *Encephale, 34*, 299–305.

Encuesta Nacional de salud 2011/2012. Recuperado con fecha 28 de octubre de 2015 de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm.

García–Portilla, M.P., García–Álvarez, L., Saiz, P.A., Díaz–Mesa, E., Galván G., Sarramea, F., … Bobes, J. (2014). Effectiveness of a multi–component smoking cessation support programme (McSCSP) for patients with severe mental disorders: study design. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 11*, 373–389.

Green, M.F., y Harvey, P.D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Research: Cognition, 1*, 1-9.

Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratoty Care, 53,* 1217–1222.

Harris, J.G., Kongs, S., Allensworth, D., Martin, L., Tregellas, J., Sullivan B., y Freedman, R. (2004). Effects of nicotine on cognitive deficit in schizophrenia. *Neuropsychofarmacology, 29*, 1378–1385.

Jacobsen, L.K., D'Souza, D.C., Mencl, W.E., Pugh, K.R., Skudlarski, P., y Krystal, J.H. (2004). Nicotine effects on brain function and functional connectivity in schizophrenia. *Biological Psychiatry, 55,* 850–858.

Lancet, E. (2013) Smoke alarm: Mental illness and tobacco. *Lancet, 381*, 1071.

Leonard. S., y Adams, C.E. (2006). Smoking cessation and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 163,* 1877.

Levin, E.D., y Rezvani, A.H. (2002). Nicotinic treatment for cognitive dysfunction. Current Drug Targets. *CNS and Neurological Disorders, 4,* 423–31.

Nuechterlein, K.H., Green, M.F., Kern, R.S., Baade, L.E., Barch, D.M., Cohen, J.D., … Marder, S.R. (2008) The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *American Journal of Psychiatry, 165*, 203–213.

Piñeiro, B., López–Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., Brandon, T.H., y Becoña, E. (2014). Craving and nicotine withdrawal in a Spanish smoking cessation sample Craving y abstinencia de la nicotina en fumadores españoles en un tratamiento para dejar de fumar. *Adicciones, 26,* 230–237.

Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T., Mann, K., Batra, A., … Möller, H.J. (2014). EPA—Position statement on smoking and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry, 29,* 65–82.

Sacco, K.A., Termine, A., Seyal, A., Dudas, M.M., Vessichio, J.C., Krishnan–Sarin, S., y George, T.P. (2005). Effects of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia: involvement of nicotinic receptor mechanisms. *Archives of General Psychiatry, 62*, 649–659.

Segarra, R., Zabala, A., Eguíluz, J.I., Ojeda, N., Elizagarate, E., Sánchez, P., … Gutiérrez, M.(2010). Cognitive performance and smoking in first–episode psychosis: the self–medication hypothesis. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience, 261*, 241–250.

Smith, R.C., Warner–Cohen, J., Matute, M., Butler, E., Kelly, E., Vaidhyanathaswamy, S., y Khan, A. (2006). Effects of nicotine nasal spray on cognitive function in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology, 31*, 637–643.

Weiser, M., Reichenberg, A., Grotto, I., Yasvitzky, B., Rabinowitz, J., Lubin, G., … Davidson, M. (2004). Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: a historical–prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1219–1223.

EMERGENCIAS, CRISIS Y DESASTRES

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON BOMBEROS TRAS INCIDENTES CRÍTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION WITH FIREMEN AFTER CRITICAL EVENTS: REPORT OF CLINICAL CASE

Natalia Lorenzo-Ruiz[1*]
Patricia González-Robles[2]

[1]*Licenciada en Psicología*
[2]*Diplomada Universitaria en Enfermería*

Resumen

Se presenta un caso clínico real, exponiendo la asistencia psicológica realizada con un profesional de la emergencia (bombero) afectado por una situación traumática, en la que su compañero falleció, enfrentándose muy de cerca a su propia muerte.

El objetivo es evidenciar la necesidad de prestar asistencia psicológica a los miembros de los cuerpos de bomberos y otro personal operativo cuando, durante la intervención en una emergencia, se produce un incidente crítico que puede provocar secuelas psicológicas en el personal implicado.

Palabras clave: Emergencias, Crisis, Estrés postraumático, Intervención con intervinientes, Bomberos.

Abstract

A real clinical case is presented, exposing the psychological assistance performed with an emergency professional (fireman) affected by a traumatic experience, in which his colleague passed away, and he had to face his own death very closely.

The main objective is to evidence the need to provide psychological assistance to members of fire brigades and other operational personnel when a critical incident happens during an emergency intervention and can lead psychological consequences in the intervention staff.

Key words: Emergencies, Crisis, Post-traumatic stress, Intervention with professional involves, Firefighters.

Dadas las características del trabajo en emergencias, los profesionales que las abordan están expuestos a situaciones altamente estresantes que pueden repercutir en su bienestar personal, en su rendimiento laboral y en su entorno social y familiar.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) considera un hecho traumático como aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física o psicológica de una persona y ante la que la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

*Correspondencia: Natalia Lorenzo Ruiz.
Licenciada en Psicología.
C.P: 33202, Gijón, España.
E-mail: nlorenzo@cop.es

Entre los hechos más comunes está el sufrir un estado elevado de ansiedad, con irritabilidad, predisposición a dar respuestas de alarma por motivos menores, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen repetidamente en la conciencia y provocan una gran angustia, sensaciones de extrañeza e irrealidad, percibir una barrera emocional que separa a la persona del mundo, tristeza, desesperanza, vivencias de culpa por no haber sabido evitar el peligro o por haber sobrevivido, etc. Este tipo de síntomas son extraordinariamente frecuentes y cerca de la mitad de las personas que han experimentado un hecho traumático severo sufren uno o más de ellos.

La agrupación de algunos de estos síntomas es lo que se considera Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT).

El DSM-V lo categoriza como una entidad

perteneciente a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: El TEPT aparece como consecuencia de la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual (de forma real o en amenaza). El acontecimiento traumático puede re-experimentarse en forma de recuerdos, estados disociativos, memorias retrospectivas (flashbacks), sensaciones físicas o reactivaciones fisiológicas. Además, el individuo que lo presenta suele evitar de modo persistente los estímulos relacionados al trauma y presenta alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático. Esta condición presenta también una alteración importante del estado de alerta y de reactividad del sujeto. Para su diagnóstico su curso debe ser superior a un mes de duración (APA, 2013).

Los bomberos se ven expuestos a situaciones límite durante su respuesta a emergencias, por lo que se debería atender a su estado de salud mental y a los procesos de adaptación psicológica que utilizan tras asistir a estos eventos críticos.

La terapia breve, de tiempo limitado, es el tratamiento que se elije en situaciones de crisis, cuyo objetivo es dar apoyo ayudando a la persona a recuperar el equilibrio necesario para seguir su trayectoria vital con una calidad de vida similar o incluso superior a la que disfrutaba anteriormente. En esta línea, cabe distinguir dos momentos para la actuación terapéutica: la intervención psicológica temprana, que abarca la asistencia inmediata; y la psicoterapia de las respuestas a las situaciones traumáticas, o tratamiento psicológico posterior.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Hombre de 36 años, casado, con un hijo de 22 meses, de profesión bombero, con una antigüedad de 5 años en el servicio. Sin antecedentes psiquiátricos ni psicopatológicos personales.

Sufre un accidente de trabajo durante la extinción de un incendio urbano, junto con otro compañero. Ambos caen desde una altura de un quinto piso, al colapsar el edificio a causa de las llamas. Su compañero fallece y él sufre policontusiones y una lesión leve en la extremidad inferior izquierda de las cuales no quedan secuelas físicas alguna.

Los intervinientes en este incendio no reciben ninguna asistencia psicológica especializada en crisis.

Si bien, el paciente de este caso es valorado en interconsulta de Salud Mental del Hospital en el que ingresa, resultando con una impresión diagnóstica de reacción adaptativa ante estrés agudo. En los días posteriores es atendido por el mismo profesional de psiquiatría de este servicio de forma ocasional y no estipulada (tres sesiones), al que accede por una vía informal. De este modelo psiquiátrico, orientado genéricamente al tratamiento de los síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etc.), el paciente agradece la validación de pensamientos, reacciones y emociones ("*Alguien de fuera que te diga lo que está bien y lo que está mal, lo que es real o no, de tus pensamientos*") y la prescripción de medicación ("*es necesaria en un momento dado*"), aunque solamente tomó medio lorazepam durante tres días.

No se realiza ninguna intervención psicológica más con esta persona, a pesar que el informe forense del Instituto de Medicina Legal, realizado un mes y medio después del accidente, recoge como secuelas: TEPT en grado leve.

Diez meses después del incidente crítico, contactamos directamente con el profesional superviviente para ofrecerle asistencia psicológica y la acepta muy agradecido.

En este momento, muestra intensa emoción de experiencia de supervivencia, duelo por fallecimiento del compañero de trabajo y angustia ante las ideas intrusas.

MATERIALES

El proceso de evaluación se llevó a cabo fundamentalmente a través de la entrevista clínica, pero también se utilizaron dos instrumentos estandarizados para obtener medidas cuantitativas:

1. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Revisada (EGS-R) (Echeburúa et al., 2016).
2. Escala de Trauma de Davidson adaptada al español (Bobes et al., 2000).

Durante el desarrollo de la entrevista inicial describe pensamientos en forma de pesadilla, recordando y reviviendo la situación traumática; angustia ante las

Tabla 1
Resultados obtenidos en la evaluación anterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de corte	Puntuación Pre-tratamiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT – Revisada (Escala global)	0-63	20	17
Escalas específicas:			
→ Reexperimentación	0-15	3	6
→ Evitación conductual/cognitiva	0-9	3	2
→ Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	0-21	5	5
→ Aumento de la activación y reactividad fisiológica	0-18	5	4
Escala de Trauma de Davidson	0-136	40	41

ideas intrusas, en las que se reproducen secuencias aisladas del accidente; sentimientos de temor, amenaza y aprehensión ante nuevas intervenciones que puedan ser arriesgadas; anticipación de consecuencias negativas y sensación de malestar psicológico. Se muestra preocupado por la sensación de despersonalización (recuerda el accidente "*como si fuera una película, como si no lo hubiera vivido yo, observándolo desde fuera*"). Se aprecian algunas respuestas de evitación y activación fisiológica relacionada con ansiedad, aunque no son muy significativas. Manifiesta haber tenido sentimientos de culpa los días posteriores al accidente, pero han disminuido considerablemente en la actualidad.

Por otro lado, muestra buenas capacidades de afrontamiento: racionalizador, adecuada resonancia afectiva, con muy buen apoyo de entorno familiar y social y capacidad de autocontrol en las situaciones generadoras de ansiedad.

PROCEDIMIENTO

A raíz de la entrevista y los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación, se puede concluir que el paciente sufre un TEPT en grado leve según criterios DSM-V.

El diagnóstico coincide con el realizado por el Instituto de Medicina Legal (realizado 9 meses antes), poniendo en evidencia que en la mayoría de los casos el TEPT no remite espontáneamente, necesitando tratamiento.

Una vez realizada la evaluación del caso, se establecieron como objetivos terapéuticos:

1. que el paciente comprendiera su sintomatología en relación con los hechos ocurridos,
2. reducir la sintomatología del TEPT y minimizar las secuelas del mismo,
3. ir más allá de la recuperación, fortalecer las anteriores estrategias y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento.

La intervención se realizó en 6 sesiones de dos horas de duración cada una, a lo largo de dos meses. Posteriormente, se realizó un seguimiento telefónico al mes y un seguimiento presencial a los dos meses.

DISEÑO

El tratamiento empleado se basa en la Psicoterapia

Tabla 2
Fases del trabajo terapéutico

Fase	Objetivos	Estrategias de intervención	Sesión
Exploración. Narrativa	Explorar preocupaciones y síntomas. Enfatizar los elementos positivos o de fortaleza. Detectar y potenciar recursos propios. Normalizar y clarificar.	Alianza terapéutica Psicoeducación. Diálogo socrático. Ventilación emocional. Resignificación de síntomas.	1
Detección de pautas-problema. Balance emocional.	Trabajar con emociones para avanzar a pensamientos y conductas. Tratamiento sintomático de pensamientos destructivos.	Psicoeducación. Autorregistro Reestructuración cognitiva. Autoinstrucciones. Autorrefuerzo.	2
Trabajo sobre el sistema de creencias.	Trabajar vivencias de culpa y tareas de duelo.	Psicoeducación. Counselling. Reestructuración cognitiva. Ventilación emocional.	3
Flexibilidad psicológica	Trabajar sobre pensamientos, fusión cognitiva.	Técnicas ACT.	4
Crecimiento postraumático	Explorar cambios vitales positivos. Promover la resiliencia.	Técnicas ACT.	5-6

de situaciones traumáticas (Pérez, P.; 2006) y en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999; Wilson, Luciano, 2002). Se lleva a cabo así un acercamiento más psicoterapéutico, orientado específicamente al tratamiento del trauma.

PRIMERA FASE: EXPLORACIÓN. NARRATIVA

El establecimiento de la alianza terapéutica es imprescindible como paso previo para posteriormente ayudar al paciente a elaborar el trauma.

Una vez establecido el vínculo de apoyo que permite acompañar el proceso de reconceptualización, se invita al superviviente a narrar los hechos, entendiendo que le puede ser útil rememorarlos de manera estructurada. Éste accede de manera espontánea y hace una reconstrucción de la situación crítica vivida. Se escuchan los elementos emocionales incluidos en el discurso narrativo, y se devuelve la comprensión de los mismos, a través de paráfrasis, reflejos empáticos y preguntas.

Describe cómo fueron activados y llegaron al lugar del incendio, cómo éste tomaba unas dimensiones extraordinarias, cómo intentaban sofocarlo por todos los medios, y cómo en un momento dado para poder llegar a un foco inalcanzable, se bajan de la cesta del brazo articulado en la que se encontraban y se desanclan, accediendo al tejado del edificio. Relata cómo de repente el edificio colapsa a causa de las llamas y su compañero y él caen al vacío. Recuerda lo que pensaba y sentía durante la caída, y cómo al llegar al suelo le cayeron escombros encima de sus extremidades inferiores, quedando atrapado. Explica perfectamente cómo se queda sin aire en la botella, se ve morir, y en un impulso de fortaleza es capaz de sacar sus piernas de los escombros, deambular y salir al exterior, de un modo inexplicable.

Tras la narración de los hechos, se exploran las preocupaciones y síntomas actuales:

→ realizando una devolución de la impresión global y de los puntos de conflicto, normalizando aquellos aspectos que son vistos como reacciones de adaptación.

→ enfatizando los elementos positivos o de fortaleza que aparecen en el discurso, devolviéndolos y constituyéndolos como valores de cambio.

→ detectando las estrategias propias de afrontamiento que ha desarrollado y potenciándolas.

Ante la sintomatología actual (reexperimentación, miedo, angustia, tristeza...), y a través de un

procedimiento de razonamiento socrático, se avanza en una reconceptualización de los síntomas en términos de búsqueda de restablecimiento del equilibrio homeostático y, por tanto, como signos de recuperación.

Se da información al paciente acerca de la definición, síntomas, explicación cognitiva y tratamiento del TEPT. A través de esta psicoeducación se aumenta la comprensión de la patología y se establece una relación de colaboración terapéutica con él (Zayfert, Black, 2008.

SEGUNDA FASE: DETECCIÓN DE PAUTAS-PROBLEMA. BALANCE EMOCIONAL

En la segunda sesión, trabajamos con las emociones para avanzar a pensamientos y conductas, a través de:

→ La detección de emociones positivas asociadas al evento traumático: sentirse vivo, apreciar el apoyo de familiares y amigos, valorar pequeñas cosas de la vida, etc.

→ La detección de emociones positivas durante la terapia además de las negativas: Se señala que además de las emociones negativas, en estos días se tienen también emociones positivas y que éstas son tan rescatables como las otras, porque el objetivo no es sólo evitar las emociones negativas sino buscar situaciones, pensamientos, acciones que promuevan emociones positivas.

→ El balance de elementos positivos y negativos en la respuesta a los hechos: Se trabaja considerando a la persona como el experto, invirtiendo los roles clásicos de la terapia. No es la terapeuta la que recomienda qué es lo que hay que hacer, sino que se le pregunta al superviviente. Esto obliga a rescatar elementos positivos o buscar alternativas.

→ El uso de autoinstrucciones positivas con las que se pueden ir balanceando los pensamientos autodestructivos o catastrofistas con otros alternativos elaborados por él mismo, que puedan esgrimirse como apoyo en momentos críticos.

→ Se propuso el autorregistro como una medida importante para valorar el análisis de conducta en aquellas situaciones en las que tuviera una intervención difícil. Además, le es útil para lograr restituir la sensación de seguridad y confianza en sus propias percepciones y sentimientos, validando sus emociones.

TERCERA FASE: TRABAJO SOBRE EL SISTEMA DE CREENCIAS

Nos centramos en las vivencias de culpa y en las tareas de duelo.

Relata que tras el accidente tuvo sentimientos de culpa: "*Aunque decidimos los dos bajarnos, yo tenía que haberle dicho que no*"; "*Llegué a sentirme culpable, porque él había muerto y yo no*" (errores de juicio: vergüenza y culpa por sobrevivir).

Estos sentimientos de culpa disminuyen en el momento en que puede hablar con la familia del compañero fallecido, siendo de gran ayuda la actitud de éstos (desculpabilizadora y acogedora desde el primer momento): "*Hasta que no les vi y hablé con ellos, me sentía fatal*".

Otra estrategia que utiliza para disminuir la culpabilidad es el pensamiento mágico como forma de explicación del hecho de sobrevivir ("*algo había allí que me salvó la vida*").

En la actualidad, parece que ya no presenta sentimientos de culpa. Para confirmarlo, evaluamos culpa, cogniciones postraumáticas e inadaptación con los siguientes instrumentos:

→ Escala para medir el Sentimiento de Culpa (SC-35) (Zabalegui, 1993).

→ Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI) (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, Orsillo, 1999).

→ Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral, Fernández, 2000).

Aunque concluimos que no hay sentimientos de culpa ni inadaptación a la vida cotidiana, pues en ningún de los instrumentos hay puntuaciones significativas, reforzamos a través del razonamiento lógico permitiendo construir otras narrativas diferentes, viéndose a sí mismo de otra manera y construyendo otra realidad menos culpógena.

Por otro lado, trabajamos la elaboración del proceso del duelo en forma de counselling y psicoeducación. En la entrevista inicial, el paciente había descrito sentimientos de tristeza y dolor relacionados con la pérdida de su compañero. Se le explicó que la capacidad para sentir y expresar el dolor por la muerte de un ser querido es necesaria para consolidar el duelo (Bermejo, 2003).

Revisamos y reforzamos las estrategias desarrolladas en el momento de los hechos que le han sido útiles, como:

→ Asistencia al funeral y a los homenajes realizados al compañero.

→ Serigrafía de la silueta del compañero fallecido y su nombre en su casco de trabajo.

→ Establecimiento de relación con la familia del compañero fallecido.

→ Apoyo familiar y social.

Para cerrar las tareas de duelo, se le pidió, a modo de despedida, que escribiese una carta íntima al compañero fallecido, expresando su dolor, sus sentimientos y sus recuerdos.

Además, se le refuerza en pensar en los aniversarios y planificar, junto con los compañeros, ceremonias colectivas, recuerdos, memoriales y otro tipo de elementos que contribuyan a la elaboración del duelo traumático.

CUARTA FASE: FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

Para complementar el trabajo cognitivo realizado en las sesiones anteriores, en esta fase se utilizan algunas técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al. 1999; Wilson, Luciano, 2002), con el objetivo de eliminar la rigidez psicológica.

Una de las reacciones habituales tras una experiencia traumática es una rigidificación de costumbres y esquemas en busca de seguridad. Se reflexionó sobre la necesidad de aceptar que el cambio y el conflicto son el estado natural de las cosas, empleando para ello algunos procedimientos básicos de la ACT: Defusión cognitiva, Atención selectiva, Estar presente, Acción comprometida y Aceptación saludable activa.

Por otro lado, se abordó directamente el circuito completo de la memoria emocional con la exposición en imagen de la secuencia completa del accidente. Para ello, se le pidió que facilitara fotografías de las noticias de prensa sobre el accidente que fueran significativas para él. El procedimiento consistió básicamente en obtener una descripción detallada del recuerdo de lo ocurrido, de cómo se sintió, de qué pensaba en los momentos difíciles del accidente, apoyándose en las imágenes seleccionadas.

La seguridad de la relación terapéutica antes comentada permitió a la persona exponerse a sus recuerdos traumáticos y emociones asociadas.

Esta narración confirmó su capacidad para afrontar los hechos. No hubo ansiedad pero sí un gran dolor, apareciendo conductas de tristeza e ira.

QUINTA FASE: CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

Uno de los retos de las psicoterapias contemporáneas es incorporar progresivamente formas de terapia basadas en el desarrollo y la potenciación de los recursos de fortaleza y resistencia de las personas, no colocando el énfasis sólo en la mitigación de los problemas y debilidades (Pérez, 2006).

Aunque ya desde la primera sesión hemos tenido presente estas consignas, en esta última fase centramos el trabajo en la exploración y promoción de los cambios vitales positivos y la resiliencia.

Para ello, se evalúan los elementos de cambio que el superviviente ha presentado con el paso de los meses tras el hecho traumático, utilizando el Post-Traumatic Growth Inventory (Goffman, 2001) y la Escala LOT-R (Life Orientation Test-Revised (Chico, Ferrando, 2008 para evaluar el optimismo disposicional.

Tras explorar los cambios vitales positivos, se promueven los mismos mediante la reflexión conjunta sobre los valores existenciales, las prioridades en la vida, los vínculos afectivos y el valor de los placeres cotidianos, entre otras cuestiones.

Por último, se refuerzan los elementos potenciadores de la resiliencia que hemos ido trabajando a lo largo de las sesiones anteriores: normalización, reconceptualización y anclaje en el valor de la actuación.

FIN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. SEGUIMIENTO

Se da por finalizada la intervención, dejando abierta la posibilidad de alguna recaída. Se le animó a seguir por un tiempo con las tareas de autorregistro, convirtiéndose en su propio observador y evaluador. Se evalúa de nuevo TEPT.

Al mes de terminar el proceso se realiza un seguimiento de forma telefónica, encontrándose con un estado de ánimo regulado y sin fluctuaciones.

Dos meses después de la finalización del proceso terapéutico, se realizó una sesión de seguimiento y una nueva aplicación de los instrumentos psicométricos utilizados en la primera sesión. No se presentaron nuevos episodios de pesadillas, flashbacks, temor o cualquier otra reacción de tipo ansiosa, y se destaca una notable mejoría.

RESULTADOS

A lo largo de la intervención se han ido produciendo cambios en los que subyace una elaboración de los recuerdos traumáticos, una integración de los mismos dentro de su memoria biográfica y un cambio de esquemas en cuanto a si mismo, a los demás y al mundo. Más en concreto, refiere mayor sentimiento de control de su propia vida y han disminuido los síntomas de reexperimentación (imágenes intrusivas, pesadillas).

El nivel de gravedad del TEPT se redujo notoriamente después de la intervención psicológica realizada, pasando de presentar una puntuación en la Escala de Trauma de Davidson de 41 a 1.

En lo concerniente a la reexperimentación del evento mediante pesadillas y flashbacks (sintomatología más presente), se reduce de forma importante la intensidad y frecuencia de estos síntomas.

La intervención psicológica realizada parece haber sido efectiva en su totalidad.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra cómo mediante una adecuada relación terapéutica y la aplicación de una serie de técnicas psicoterapéuticas, es posible el restablecimiento de un equilibrio y "confort" emocional en el superviviente a una situación de crisis.

Los profesionales de emergencias afectados por situaciones traumáticas pueden sufrir un estrés severo que puede dar lugar a un conjunto de síntomas disociativos y ansioso-depresivos. El trauma puede interferir negativamente en la calidad de vida de la persona y afectarle a su vida cotidiana y en las relaciones sociales. Si los síntomas se mantienen más allá del primer mes, puede desarrollarse un TEPT.

CONCLUSIONES

La intervención en crisis para personal de emergencias es una herramienta muy útil para la prevención de los

Tabla 3
Resultados obtenidos en la evaluación anterior y posterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de corte	Puntuación Pre-tratamiento	Puntuación Post-tratamiento	Puntuación Seguimiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT – Revisada (Escala global)	0-63	20	17	3	1
Reexperimentación	0-15	3	6	1	1
Evitación conductual/ cognitiva	0-9	3	2	0	0
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	0-21	5	5	1	0
Aumento de la activación y reactividad fisiológica	0-18	5	4	1	0
Escala de Trauma de Davidson	0-136	40	41	10	1

efectos psicológicos negativos tras un incidente crítico. Por ello, es de gran interés establecer métodos de detección para identificar a las personas vulnerables y desarrollar programas terapéuticos tempranos.

Por otro lado, un abordaje rápido y efectivo del TEPT provocado por un incidente crítico, facilita que la persona afectada pueda incorporarse de nuevo al trabajo, prácticamente de forma inmediata, sin secuelas psicológicas que le impidan intervenir con eficacia en las emergencias futuras.

La presentación de este caso también es ilustrativa de cómo, con las técnicas adecuadas, tratamos el malestar presente para aumentar las expectativas de futuro y, en definitiva, facilitar el proceso de resiliencia.

Se deberían establecer también programas de formación sobre el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y técnicas de reducción de ansiedad en los diferentes colectivos de profesionales de riesgo (policía, bomberos, personal sanitario, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric publishing.

Bermejo, J.C. (2003): La muerte enseña a vivir: vivir sanamente el duelo. Madrid: San Pablo.

Bobes, J. et al (2000): Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Especialidad Psiquiatría 2000, 28*(4), 207 - 218.

Chico, E., Pierra, P. J. (2008): Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema, 20*, 408-412.

Echeburúa, E. et al (2016): Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica, vol.34,* nº.2. Santiago.

Echeburúa, E., Corral, P.; Amor, P. J. (2007): Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (dirs.), Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad (pp. 133-141). Barcelona: Elsevier/Masson.

Echeburúa, E., Corral, P., Fernández, J. (2000): Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta, 2000, vol.26*, nº 107.

Foa, E.; Ehlers, A.; Clark, D. M.; Tolin, D. F.; Orsillo, S. M. (1999): The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11* (3), 303-314.

Hayes S.C, Strosahl K.D; Wilson K.G. (1999): Acceptance and Commitment Therapy. New York: The Guilford Press.

Pérez, P. (2006): Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Wilson, K.G., Luciano, C. (2002): Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.

Zabalegui, L. (1993): Una escala para medir culpabilidad. Miscelánea Comillas: *Revista de Teología y Ciencias Humanas, 51*, 485-509

Zayfert, C., Black, C. (2008): Cognitive-behavioral therapy for PTSD: a case formulation approach. (1ª. Ed.). New York: Guilford Press.

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS CON AFECTADOS E INTERVINIENTES

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN EMERGENCIES ON VICTIMS AND RESCUERS

María del Pilar Bardera-Mora*
Alberto Pastor-Álvarez
Rafael Pablos-Vida
Sección de Psicología de la Unidad Militar de Emergencias (UME)

Resumen

La intervención psicológica en situaciones de emergencia amortigua el impacto traumático que estos hechos pueden tener sobre las personas afectadas y sus "rescatadores". La normativa española, en línea con el marco europeo, obliga a prestar atención psicológica y social a esta población afectada. Por otra parte, cada vez hay más evidencia de su incidencia positiva en las personas. El *screening* psicológico, los primeros auxilios psicológicos, algunas técnicas de EMDR o la gestión de la comunicación, son ejemplo de este tipo de intervenciones. La preparación psicológica de todos los intervinientes ha de ser un objetivo primordial en todas los colectivos que trabajan en el ámbitos relacionados con las emergencias. En este trabajo se exponen algunos de los modelos de intervención psicológica en desastres llevados a cabo por diferentes organizaciones y países. Un ejemplo al respecto, es el programa de preparación psicológica de la Unidad Militar de Emergencias (UME).
Palabras clave: Emergencias, Desastres, Entrenamiento psicológico, Resiliencia.

Abstract

Psychological intervention in emergencies buffers the traumatic impact that these events may have both on victims and their "rescuers". Spanish legislation, in line with the European framework, obligate to provide psychological and social support to this affected population. On the other hand, there is increasing evidence of its positive impact on people. Psychological screening, psychological first aids, EMDR techniques or communication management are examples of such interventions. Psychological training for all the participants should be the main objective in all the groups involved in areas related to emergencies. This paper presents some of the models of psychological intervention in disasters carried out by different organizations and countries. An example of this is the psychological training program of the Emergency Military Unit (UME).
Key words: Emergencies, Disasters, Psychological training, Resilience.

Uno de los aspectos más llamativos en el abordaje del impacto psicológico que las catástrofes tienen sobre las poblaciones afectadas, es la desproporción con respecto al impacto físico (Bardera y Pastor, 2015; Everly, Barnett, Sperry y Links, 2010). El rastro psicológico de las catástrofes resulta pues, menos visible, pero más profundo y duradero.

*Correspondencia: María del Pilar Bardera Mora.
Base Aérea de Torrejón.
C.P: 28850, Torrejón de Ardoz, Madrid, España.
E-mail: pilarbardera@hotmail.com

No obstante, como exponen Echeburúa y Corral (2007), existen factores individuales de vulnerabilidad y factores relacionados con las características del suceso, que regulan el impacto de los estímulos potencialmente traumáticos. Según la bibliografía de referencia el trauma puede estar presente en el 15%-20% de quienes sufren un accidente o una catástrofe natural, pero este porcentaje puede ser considerablemente más alto (hasta un 50%-70%) en quienes han experimentado un hecho violento, como es el caso de las víctimas de terrorismo (Echeburúa, Corral y Amor, 2005).

El personal de rescate también sufre, aunque en menor medida, este tipo de consecuencias, oscilando la prevalencia media de patologías de tipo traumático en dichos colectivos entre el 10 y el 20% (Berger et al., 2012; Neria, Nandi y Galea, 2008).

El apoyo psicosocial en estos contextos, hace referencia a todo tipo de apoyo local o externo, cuyo propósito sea proteger o promover el bienestar psicosocial y prevenir u ofrecer tratamiento en salud mental (OMS, 2007). No obstante la delimitación conceptual suele ser poco clara. Osorio y Díaz (2012) realizaron una recopilación de trabajos publicados en Latinoamérica y España entre 2000 y 2011, encontrando que gran cantidad de modelos utilizan, sin definir, los términos psicosocial y salud mental.

Los tipos de intervención psicosocial planteados por Osorio y Díaz (2012), fueron organizados según se tratara de intervenciones basadas en el tiempo (la Guía IASC, por ejemplo, impulsa la evolución desde la visión emergencista hacia intervenciones más transversales en el tiempo), intervenciones por niveles de acción o esferas (en la Guía IASC se habla de un nivel interno de intervención, como el institucional y otro externo, que sería el comunitario) e intervenciones centradas en las personas o en la comunidad. Con respecto a las intervenciones que hacen énfasis en el tiempo, están centradas en las respuestas emocionales y necesidades en cada fase, que suelen estructurarse en antes, durante y después del desastre, o fase pre-crítica, crítica, post-crítica y recuperación. Las intervenciones por niveles de acción o esferas, se centran en acciones mínimas e integrales desde distintos sectores de ayuda humanitaria, destacando la capacitación de cada grupo de intervinientes para que sepan proporcionar el apoyo psicosocial. Por último, las intervenciones centradas en las personas, o enfoques comunitarios, buscan empoderar a los individuos y comunidades afectadas, mediante la promoción, la prevención, la atención y la recuperación.

El apoyo psicológico y social temprano en estas situaciones, puede reducir el impacto traumático sobre los afectados (por ej. Robles y Medina, 2003). Figueroa, Marín y González (2010) presentan una propuesta de un modelo de apoyo psicológico en desastres, basado en revisiones sistemáticas y meta-análisis, su propuesta se estructura en cinco fases, donde la psicoeducación, los primeros auxilios psicológicos (PAPS), el *screening o triage* psicológico y algunas psicoterapias experimentales muestran evidencias de su utilidad con los afectados. En otras revisiones, como la de Math, Nirvala, Moirangthem y Kumar (2015), se recogen también los PAPS, el entrenamiento psicológico con intervinientes, la atención psicosocial, la atención en procesos iniciales de duelo y el *triage* psicológico.

Por otra parte, la normativa española recoge la obligatoriedad de proporcionar la atención psicológica de urgencia (Art. 16, de la Ley 17/2015 del Sistema Nacional de Protección Civil). También los planes territoriales para los diferentes riesgos recogen este tipo de intervenciones, del mismo modo que la normativa lo contempla en supuestos específicos como los accidentes aéreos (RD 632/2013), los accidentes ferroviarios (RD 627/2014) o en el Protocolo Nacional para Sucesos con Múltiples Víctimas (RD 32/2009).

El presente documento tiene como objetivo la revisión de los diferentes modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre, desarrollados por diferentes países y organizaciones de nuestro entorno. Dicho conocimiento pretende dar luz sobre cómo han de estructurarse este tipo de apoyos.

MÉTODO

Para alcanzar el objetivo se ha realizado un análisis de documentos e información procedentes de diferentes organizaciones y Ministerios de Defensa e Interior, o análogos. La búsqueda de la información se ha realizado a través de las webs oficiales de los diferentes organismos y de las fuentes documentales a las que conducían dichas webs, siguiendo el efecto "bola de nieve".

Se han seleccionado los documentos recogidos en la tabla 1, como más representativos de los de la intervención psicosocial en situaciones de desastre. En dicha tabla se recoge el modelo del Gobierno de los Estados Unidos, el de Rusia, el de Australia, el de la OMS, el de ACNUR, el de Handicap Internacional y el de la Asociación Panamericana de la Salud.

En el apartado de "resultados" se recogen las propuestas de intervención de estos organismos, que han sido encuadradas en los modelos de intervención propuestos por Osorio y Díaz (2012).

Se analiza también, de forma breve, el modelo psicosocial desarrollado por la Unidad Militar de Emergencias, fundamentalmente en lo relativo a los intervinientes de dicha Unidad.

Tabla 1
Intervención psicosocial en desastres llevados a cabo por diferentes países y organismo internacionales

MODELO RECOGIDO	AUTOR	AÑO	DOCUMENTO
DEPARTAMENTO DE DEFENSA EEUU	Deparment of Defense	2010 (efectividad 2013)	Instrucción 6200.03, "Public Health Emergency Managment within the Department of Defense"
MINISTERIO DE EMERGENCIA DE RUSIA	Shoygu, J.S	2014	Psychological aid in crisis and emergency situations: Psychological follow-up by emergency-related professionals
	Intenational Society for Traumatic Stress Studies	2013	http://www.istss.org/education-research/traumatic-stresspoints/2013-july/welcome-to-our-colleagues,-the-psychologists-from.aspx
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y SALUD MENTAL DE AUSTRALIA	NSW Department of Health	2009	Mental Health and Drug and Alcohol Office
CRUZ ROJA AUSTRALIA	Australian Red Cross in collaboration with the Australian Psychological	2012	Psychological preparedness for disasters
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	IASC, WHO	2007	Guía IASC. Building back better. Sustainable mental health care after emergencies.
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	OPS/OMS (PAHO/WHO)	2009	Guía técnica de salud mental en situaciones de desastres y emergencias
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL COMITÉ PARA AYUDA A LOS REFUGIADOS	OMS/ACNUR (WHO/UNHCR)	2015	Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental. Guía de herramientas para contextos comunitarios.
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	OPS (PAHO)	2009	Guía práctica de salud mental en desastres.
HANDICAP INTERNATIONAL	Technical resources division, Emergency response division	2013	Mental health and psychosocial support interventions in emergency and post-crisis settings.

RESULTADOS

El Ministerio de Defensa de los Estados Unidos recoge en la Instrucción 6200.03, la política de respuesta en salud mental en desastres (DMH), así como los roles y responsabilidades de los equipos implicados en dicha respuesta. Se establecen equipos multidisciplinares de Salud Mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería psiquiátrica, técnicos de salud mental, y/o agentes autorizados con formación específica en intervención en salud mental), apoyo espiritual (ej. capellán o asistente) y apoyo familiar (asistente comunitario). En el planeamiento se incluye la previsión de servicios DMH que debe contemplar la prevención, el *screening/triage*, los primeros auxilios psicológicos, la educación y una especial orientación individual y grupal a aquellas personas que han padecido o pueden haber padecido un mayor número de riesgos. Se destaca además, la importancia de los entrenamientos y simulacros, usando métodos basados en la evidencia empírica.

En cuanto al Ministerio de Emergencias de Rusia (EMERCOM), éste posee un Centro de Ayuda Psicológica desde 1999, con los siguientes principios de intervención:

→ Mantener el nivel psicológico y psicofisiológico óptimo de los afectados.

→ Prevenir las respuestas adversas demoradas, así como liberar las emociones negativas que hayan surgido como resultado directo de un evento traumático.

→ Prevención, y si es adecuado, cese de manifstaciones emocionales explícitas, incluidas las respuestas de masa.

→ Proveer asesoramiento sobre estrés del superviviente, con los afectados y sus familias.

→ Asistencia a los profesionales envueltos en las operaciones de rescate.

La asistencia psicológica a las víctimas incluye la atención telefónica, operada por psicólogos profesionales, donde se brindan primeros auxilios psicológicos, y que sirve como centro de información y referencia durante los grandes desastres. Además, en 2008, el EMERCOM implementó un portal de Internet que proporciona servicios de emergencia en línea y permite el acceso virtual a la ayuda profesional.

En cuanto a los intervinientes, se les proporciona psicodiagnóstico y evaluación, prevención e implementación de apoyo, psicoeducación y desarrollo de habilidades profesionales, como el liderazgo grupal, las interacciones sociales y la comunicación en situaciones de emergencia. Además se realiza seguimiento y rehabilitación post-intervenciones.

Por su parte, el Gobierno de Australia posee una Agencia (EM) para coordinar las respuestas gubernamentales en situaciones de emergencia. El modelo australiano es parecido al español, con diferentes planes estatales y su traslado a planes federales. La intervención de la Cruz Roja es recogida en dichos planes. Para este artículo se han seleccionado dos documentos relevantes, uno de la Cruz Roja y otro del departamento de Salud australianos. Siendo el primero, una guía de preparación para la población, donde destaca la preparación psicológica centrada en la identificación y control de emociones, pensamientos y conductas. Por su parte, la EM ha elaborado diferentes publicaciones de concienciación, preparación y manejo de situaciones en catástrofes destacando su guía de salud mental por el completo sistema de *triage* psicológico.

La OMS tiene establecidos diferentes principios y protocolos de actuación para el apoyo psicosocial, muchos de los cuales están recogidos en la Guía del IASC, ya comentada. Los principios básicos de actuación para la OMS serían: promover los derechos humanos y la equidad, maximizar la participación de las poblaciones afectadas por la catástrofe, no dañar, fomentar los recursos de autoayuda y autogestión ya existentes, y la integración de los sistemas de apoyo. Para este trabajo se ha seleccionado la guía para la sostenibilidad de la salud mental tras el desastre, donde destaca la pirámide de intervención en los cuidados de salud mental y la del IASC sobre el apoyo psicosocial en situaciones de emergencias, que han sido puestas en práctica en diferentes escenarios. Se ha querido plasmar también la "Guía sobre primera ayuda psicológica para trabajadoras de campo", porque recoge de forma exhaustiva el desarrollo de dicha ayuda. En la Guía OMS-ACNUR se pueden encontrar instrumentos y herramientas concretos para la evaluación de las necesidades de salud mental en estos supuestos y la Guía OMS-OPS se orienta sobre el perfil y escenarios para los equipos de profesionales de salud mental.

La OPS también tiene editada una guía práctica muy completa sobre salud mental en desastres, donde se recuerda la seguridad de la primera ayuda psicológica. El capítulo VII se centra en la protección de la salud mental de los equipos de rescate, dando valor a la selección, el entrenamiento y la preparación.

Handicap International (HI) es una organización no gubernamental, de origen francés, que trabaja con refugiados desde 1982, y que ha sido premiada en varias ocasiones, destacando su participación en la "Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas Terrestres", recibiendo el Nobel de la Paz en 1997. Es por tanto una ONG de bastante peso internacional en el trabajo con refugiados. En 2013, HI editó una Guía de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, donde se establecen las intervenciones de tipo psicológico y social que deberían llevarse a cabo en las diferentes fases de la crisis y post-crisis, mediante fichas específicas para los diferentes afectados (personas, grupos, comunidades). Destaca en la guía, la atención prestada a los intervinientes, tanto en la preparación psicológica, como el apoyo y la identificación de síntomas.

La Ley del Sistema Nacional de Protección Civil en España, integra a todos las administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias para garantizar una respuesta coordinada y eficiente, donde la anticipación al riesgo y la prevención, tienen un peso muy importante. Se puede decir que el modelo español es temporalmente transversal e institucional. La intervención de la Administración Militar, cuando esta sea solicitada por el Ministerio del Interior, y en los supuestos establecidos por la Ley, será efectuada principalmente por la Unidad Militar de Emergencias (UME). Esta Unidad cuenta con un programa específico de selección, entrenamiento psicológico y seguimiento para todo su personal. Además, los intervinientes de la UME han sido capacitados para socorrer a los afectados en todas las áreas, incluido la primera ayuda psicológica. El enfoque de este modelo es emergencista para los afectados y transversal en relación a los intervinientes, lógicamente es interno e institucional, pero va más allá de las personas, pudiendo encuadrarse en un enfoque comunitario, donde otros actores, organismos y colectivos se interrelacionan para la resolución de la emergencia.

Tabla 2
Estrategias y modelos de intervención psicosocial en desastres llevados a cabo por diferentes países y organismo internacionales.

ORGANISMO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	MODELO DE INTERVENCIÓN
DEPARTAMENTO DE DEFENSA EEUU	- Equipos multidisciplinares - Screening, triage - PAPs - Entrenamiento psicológico	Modelo transversal en tiempo y esferas, con un enfoque temporal que contempla la prevención, identificación de riesgos, preparación de los intervinientes y de la población, y apoyo durante y después la emergencia. Contempla el apoyo a afectados, desde un enfoque multidisciplinar, que considera las personas y su comunidad.
MINISTERIO DE EMERGENCIA DE RUSIA (EMERCOM)	- Selección preparación y apoyo psicológico a intervinientes. - Preparación y ayuda psicológica de urgencia a los afectados, mediante: PAPS, asistencia virtual y telefónica.	Contempla el apoyo a las víctimas, familiares e intervinientes, antes durante y después de la emergencia. Modelo transversal, interno (institucional) y más centrado en las personas que en las comunidades.
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y SALUD MENTAL DE AUSTRALIA (NSW HEALTH)	- Sistema de Triage de riesgo psicopatológico en 5 niveles. - Asesoramiento, PAPS... - Preparación y atención a la población.	Modelo transversal, más centrado en la preparación y atención a afectados, que a intervinientes. Es un modelo mixto interno (gubernamental) y externo (Cruz Roja), pero orientado al empoderamiento de los afectados y sus grupos.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, PAHO, ACNUR)	- Pirámide de intervención de la IASC. - Pirámide de organización de servicios de la OMS. - Profesionales de salud mental en escenarios tipo morgue, albergues, etc. - Creación de equipos móviles de intervención en salud mental.	Modelo transversal, externo y comunitario, que busca empoderar a las comunidades afectadas, potenciando sus propios recursos de recuperación y formar a los trabajadores de campo en herramientas de apoyo psicosocial. Más centrada en afectados que en intervinientes.
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (PAHO)	- PAPs - Seguridad en PAPs - Entrenamiento psicológico - Selección y Evaluación de intervinientes	Modelo transversal, externo y comunitario, destacando la organización comunitaria, la participación social y el fomento de la auto-responsabilidad, con una coordinación intersectorial e interinstitucional.
HANDICAP INTERNATIONAL	- Reclutamiento y entrenamiento psicológico a intervinientes. - Atención a afectados, familiares, grupos y comunidades. - Identificación de necesidades. - PAPs., mediación, grupos de apoyo.	Modelo transversal, centrado en la pre-crisis, crisis, post-crisis y recuperación. Con un enfoque externo y comunitario, que contempla la capacitación de los intervinientes para prestar el apoyo psicosocial y un claro empoderamiento de las comunidades.

DISCUSIÓN

En este artículo no están recogidos todos los documentos ni todos los modelos de intervención psicosocial existentes, pero con los modelos seleccionados puede plantearse una visión general, donde la tendencia es a abandonar las intervenciones exclusivamente emergencistas para adoptar intervenciones psicosociales antes, durante y después, es decir, de tipo transversal. En las intervenciones transversales se contempla la preparación y atención psicológica, tanto de la población, como de los

intervinientes.

Otra tendencia es abandonar modelos internos o exclusivamente institucionales, dando más peso al enfoque comunitario, empoderando a las comunidades y potenciando la resiliencia individual y colectiva.

Los nuevos enfoques se están adaptando a las nuevas demandas y al desarrollo de técnicas y herramientas de intervención, donde la validación empírica sigue siendo la "asignatura pendiente" sobre la que avanzar.

Los costes psicológicos y sociales de los desastres se arrastran durante años a nivel individual y familiar, pero también a nivel comunitario. No obstante, se sabe que el ser humano tiene la capacidad de vencer la adversidad y reponerse, e incluso experimentar emociones positivas en los momentos más difíciles. Por ello, las intervenciones deben fomentar el empoderamiento de los sujetos y las comunidades, potenciando la auto-recuperación empleando sus propios recursos. Este objetivo ha de estar presente tanto a nivel institucional, como en los trabajadores de campo.

CONCLUSIONES

Como ha sido expuesto, un porcentaje significativo de personas que se ven expuestas a situaciones de emergencia o desastres, padecerán secuelas psicológicas. La intervención psicosocial temprana puede mitigar dichas secuelas, pero no vale todo ni de cualquier modo, las intervenciones deben estar coordinadas, estructuradas, organizadas y emplear herramientas empíricamente validadas.

En este trabajo se ha pretendido plasmar una visión general de los modelos de intervención psicosocial en desastres empleados en estos supuestos. Una de las conclusiones extraídas es que las intervenciones deben ir más allá de la atención a las víctimas en el momento de la crisis. Los riesgos psicosociales hay que prevenirlos y la población debe estar preparada para superarlos y recuperarse, tanto a nivel individual, como a nivel colectivo.

Otra conclusión destacable es la necesidad de seleccionar, preparar y entrenar psicológicamente al personal de rescate. En nuestro país, un ejemplo de este tipo de intervenciones es el llevado a cabo dentro de la Unidad Militar de Emergencias (UME).

En cuanto a las herramientas habitualmente empleadas, destacan las ya recogidas por otros trabajos de revisión, destacando el *screening,* los PAPS o el entrenamiento psicológico.

En trabajos e investigaciones futuras, habría que seguir profundizando en el desarrollo de estrategias concretas de intervención psicológica encuadrables en los diferentes modelos existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Australian Red Cross in collaboration with the Australian Psychological Society (2012). *Psychological preparedness for disasters.* Sydney: Australian Red Cross.

Bardera, M.P. y Pastor, A. (2015). Implantación del plan de psicología de la UME (PSICUME) y la Cátedra comandante Sánchez Gey: dos grandes hitos para la psicología militar y de emergencias. *Boletín del Instituto Español de Estudios Estratégicos, 65.*

Berger, W., Coutinho, E.S.F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Pires, M., Neylan, T.C., Marmar, C.R. & Mendlowicz, M.V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47.* doi: 10.1007/s00127-011-0408-2.

Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia.* Ginebra: IASC.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2015). La Resistencia Humana ante los traumas y el duelo. En W. Astudillo, A. Casado y C. Mendinueta (Eds.): *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad* (pp.337- 359). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual, 15,* 373-387.

España, Jefatura del Estado (2015). *Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.* España: Boletín Oficial del Estado nº 164, de 10 de julio de 2015.

España, Ministerio de la Presidencia (2013). *Real Decreto 632/2013, de 2 de agosto, de asistencia a las víctimas de accidentes de la aviación civil y sus familiares y por el que se modifica el Real Decreto 389/1998, de 13 de marzo, por el que se regula la investigación de los accidentes e incidentes de aviación civil.* España: Boletín Oficial del Estado nº 185, de 3 de agosto de 2013.

España, Ministerio de la Presidencia (2014). *Real Decreto 627/2014, de 18 de julio, de asistencia a las víctimas de accidentes ferroviarios y sus familiares.* España: Boletín Oficial del Estado nº 175, de 19 de julio de 2014.

España, Ministerio de la Presidencia (2009). *Real Decreto 32/2009, de 16 de enero, por el que se aprueba el Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples.* España: Boletín Oficial del Estado nº 32, de 6 de febrero de 2009.

Everly, G.S., Barnett, D.J., Sperry, N.L. & Links, J.M. (2010). The use of psychological first aid (PFA) training among nurses to enhance population resiliency. *International Journal of Emergency Mental Health, 12*(1), 21–31.

Figueroa, R.A., Marín, H. y González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista médica de Chile, 138*(2), 143-151. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000200001

Intenational Society for Traumatic Stress Studies (2013). Welcome to Our Colleagues, the Psychologists from EMERCOM. Recuperado de http://www.istss.org/education-research/traumatic-stresspoints/2013-july/welcome-to-our-colleagues,-the-psychologists-from.aspx

Math, S.B, Nirmala, M.C., Moirangthem, S. & Kumar, N.C. (2015). Disaster management: mental health perspective. *Indian journal of psychological medicine, 37*(3), 261-271. doi: 10.4103/0253-7176.162915

Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009). Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. Sydney: NSW Department of Health.

Neria,Y., Nandi, A. y Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine, 38*(4), 467-480.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comité para la ayuda a los refugiados (UNHCR/ACNUR) (2015). *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental. Guía de herramientas para contextos comunitarios.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/159202/2/9789243548531_spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud OPS (2009). *Guía práctica de salud mental en desastres. Series manuales y guías sobre desastres nº 7.* Washington D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). *Guía técnica de salud mental en situaciones de desastres y emergencias.* Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33988&lang=es

Osorio, C. y Díaz, V. (2013). Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 4*(2), 65-83. Recuperado de http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/15481

Robles, J.I. y Medina, J.L. (2003). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.

Shoygu, J.S. (2014). Psychological aid in crisis and emergency situations: Psychological follow-up by emergency-related professionals. *Psychology in Russia: State of the art, 7*(4), 35-42.

Technical resources division, Emergency response division Handicap International (2013). *Mental health and psychosocial support interventions in emergency and post-crisis settings;* Practical guide. Handicap International.

USA, Department of Defense (2010). *Instruction 6200.03, Public Health Emergency Management within the Department of Defense*. Recuperado de https://www.hsdl.org/?abstract&did=28444.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

INMIGRACIÓN, PÁNICO MORAL E HIGIENE SOCIAL. ANÁLISIS DISCURSIVO DE LOS DOCUMENTOS DE REGISTRO DEL ASILO COLONIA REGIONAL MIXTO DE RETARDADOS, DEL PERÍODO 1915-1930

IMMIGRATION, MORAL PANIC AND SOCIAL HYGIENE.DISCOURSE ANALYSIS OF THE REGISTRATION DOCUMENTS OF THE REGIONAL COLONY ASYLUM FOR THE INSANE IN THE PERIOD 1915-1930

María Paula Fiorito*, Gabriela Bárbara Parisi y Bárbara Cea

Universidad de Palermo. Buenos Aires, Argentina

Resumen

El presente trabajo es un análisis discursivo foucaultiano de las historias clínicas y de los registros fotográficos del Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados, del período 1915-1930, ubicada en la provincia de Buenos Aires en Argentina. El objetivo es, a través de la matriz discursiva, determinar de qué modo era pensado el sujeto, la patología y lo psicológico, y establecer en qué forma dicho discurso se sustentaba en el contexto sociocultural en que se hallaba inscripto y que lo posibilitó. Se encontró en los documentos analizados un discurso positivista, donde la degeneración como etiología, posibilitó la exclusión del ámbito social del sujeto enfermo en medio de los conflictos suscitados debido al aumento demográfico producto de las inmigraciones de principio de siglo XX.

Palabras clave: Análisis del discurso, Historias clínicas, Etiología, Higiene social e Historia de la Psicología.

Abstract

This paper is a Foucauldian discourse analysis of the medical records and photographic evidence of the "Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados" (Regional Colony Asylum for the insane) during the period of 1915-1930, located in the province of Buenos Aires, Argentina. The aim is, by means of the discourse matrix, to determine how the individual, their pathology and psychology were thought, and to establish how such a discourse was based on the registered sociocultural context which enabled it. A positivist discourse was found in the analyzed documents, where degeneration as etiology made it possible to exclude the patient from the social environment in the midst of the conflicts caused by the demographic increase, which resulted from the immigrations in the early 20th century.

Key words: Discourse analysis, Medical records, Etiology, Social hygiene and Psychology's history.

Hacia comienzos del siglo pasado se sucedieron en Argentina grandes oleadas inmigratorias. El crecimiento demográfico, de la indigencia, la marginalidad y la locura, contrarrestó la idea de progreso nacional. Se crearon instituciones que albergaban, al tiempo que segregaban, a los marginales, en lo que Hugo Vezzetti llamó el "complejo tecnológico de control de la locura", entre estas se encontraba el Asilo Colonia Regional Mixto (actualmente Hospital Montes de Oca), impulsado por un médico alienista, siguiendo los principios del tratamiento moral.

*Correspondencia: María Paula Fiorito.
Blanco Encalada.
C.P: 1431 Buenos Aires, Argentina.
E-mail: fioritompaula@gmail.com

El objetivo de este trabajo es, a través de la matriz discursiva, dar cuenta de cómo era pensado el sujeto, la patología y lo psicológico, y ver en qué forma dicho discurso se sustentaba en el contexto sociocultural en que se hallaba inscripto y que lo posibilitó.

MÉTODO

Se realizó un análisis discursivo de los diferentes documentos de registro del Asilo en el período 1915-1930. Los documentos se obtuvieron del archivo y son de dos tipos: registros fotográficos e historias clínicas.

Foucault sentó las bases para el análisis discursivo en su libro Arqueología del saber. La arqueología estudia los discursos apuntando a las condiciones de posibilidad que hacen que en determinado momento surjan unos

enunciados y no otros. La importancia radica en que el discurso construye y constituye al sujeto, también en que éste no solo evidencia las relaciones de poder-saber, sino que además "el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse." (Foucault M., 1992, p. 6). El procedimiento propuesto implica cuestionarse acerca de: 1) el objeto que es producido discursivamente, 2) la lógica con que está construida la terminología, 3) quién lo autoriza y 4) qué metas estratégicas se tratan de alcanzar con el discurso.

Por otro lado se realizó un análisis de fotografías. Estas son susceptible de análisis como cualquier documento histórico, sin embargo Peter Burke en su libro "Visto y no visto" señala que ninguna imagen es lo que es, sino que en toda imagen subyace un contexto social que la convierte en un documento mucho más profundo y valioso de lo que a simple vista parece ser. Con todos sus problemas hay que poder leer la imagen en toda su complejidad, para ello es importante analizar no solo cuándo, dónde y cómo se hizo una imagen, sino la importancia también de quién la hizo, la imagen no es objetiva, es una construcción y hay que leerla entre líneas.

RESULTADOS

Las Historias Clínicas son libros de 50 cm de alto por 28 cm de ancho, con historias clínicas de dos páginas por paciente.

En la primera página en el margen superior se encuentran espacios para completar con el nombre, fecha de admisión y número de registro, luego sigue con datos personales como nacionalidad, religión, nivel de instrucción, edad, profesión/ocupación, causas de la frenastenia las que divide en "determinantes" y "predisponentes", en este ítem se encontró en las 77 historias estudiadas la frase "herencia degenerativa" escrita por el medico; por último hay un ítem para el pronóstico al que divide entre "favorable", "dudoso", "desfavorable" o "sin esperanza". Por debajo del margen dos columnas, a la izquierda una dividida en antecedentes hereditarios, antecedentes individuales y comienzos de la frenastenia y a la derecha una columna de "estado actual" dividida en "somático" y "psíquico" (figura 1).

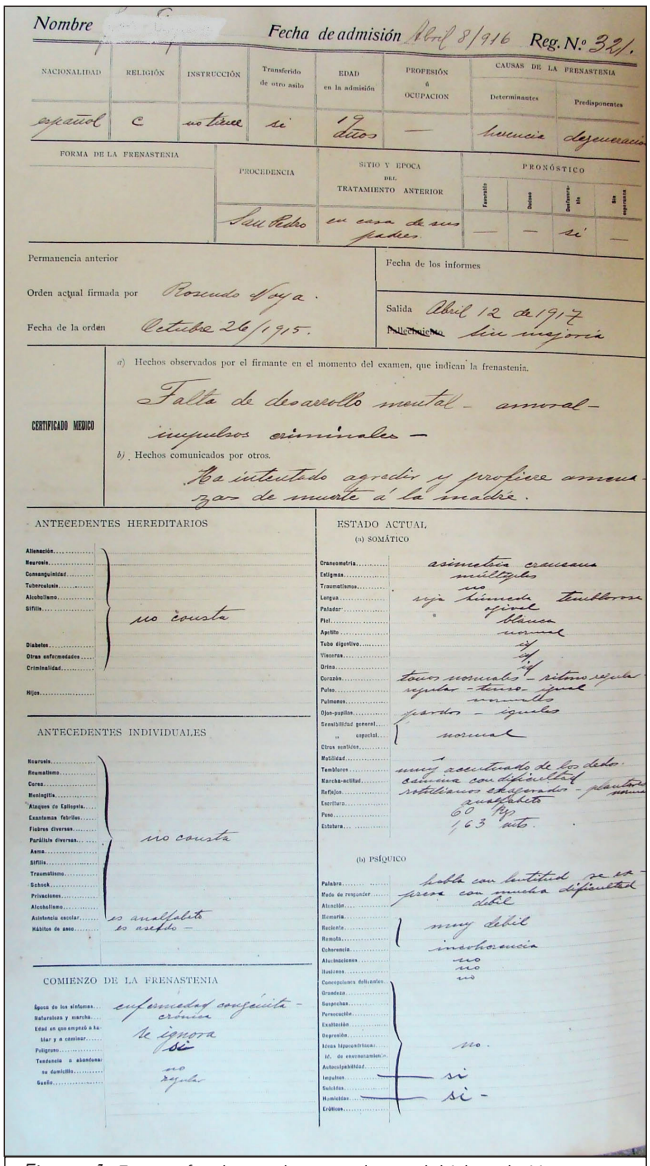

Nombre
Fecha de admisión Abril 8/916 Reg. N.º 321.
NACIONALIDAD: español | RELIGIÓN: c | INSTRUCCIÓN: no lee | Transferido de otro asilo: si | EDAD en la admisión: 17 años | PROFESIÓN ó OCUPACION: — | CAUSAS DE LA FRENASTENIA: Determinantes: herencia | Predisponentes: degenerativa
FORMA DE LA FRENASTENIA | PROCEDENCIA: Su hogar | SITIO Y EPOCA DEL TRATAMIENTO ANTERIOR: en casa de sus padres | PRONÓSTICO: Favorable — | Dudoso — | Desfavorable si | Sin esperanza —
Permanencia anterior
Orden actual firmada por Rosendo Vaya.
Fecha de la orden Octubre 26/1915.
Fecha de los informes
Salida Abril 12 de 1917
CERTIFICADO MEDICO
a) Hechos observados por el firmante en el momento del examen, que indican la frenastenia.
Falta de desarrollo mental - amoral - impulsos criminales -
b) Hechos comunicados por otros.
Ha intentado agredir y profiere amenazas de muerte á la madre.
ANTECEDENTES HEREDITARIOS: no consta
ANTECEDENTES INDIVIDUALES: no consta
COMIENZO DE LA FRENASTENIA: enfermedad congénita - crónica
ESTADO ACTUAL
(a) SOMÁTICO
(b) PSÍQUICO

Figura 1. Fotografía de una historia clínica del Libro de Historias Clínicas del Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados

La segunda página contiene fotografías de frente y perfil, aproximadamente de 9,50 por 6,50 cm, al entrar y salir de la institución, el diagnóstico y un espacio para completar marcha y tratamiento.

Los registros fotográficos son libros foliados de 224 páginas, cuya primera página se encuentra fechada y firmada por el director de la Colonia el Dr. Wernicke. Cada página consta de 12 fotos de 9,50 por 6,50 cm, en la mayor parte de los casos se encuentran dos fotos por paciente una de frente y una de perfil, la foto de frente es de cuerpo entero parado al lado de una regla que permite ver su altura. Debajo de la foto se encuentra el nombre y la fecha de ingreso, el registro fotográfico que inicia con la apertura de la colonia se discontinua el 2 de febrero de 1929.

Hay un libro para varones y uno para mujeres. Muchas de las fotos fueron sacadas al aire libre, se

Figura 1. Fotografía de una página del Registro Fotográfico del Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados

observan pacientes que se encuentran rapados, en algunos casos se puede visualizar la mano del cuidador sosteniendo recta la cabeza del paciente, en otras se ven niños llorando, bebes e incluso una madre y su bebe en brazos, pacientes sujetados con trapos a una silla y pacientes desnudos con sus malformaciones expuestas (figura 2).

DISCUSIÓN

En las historias clínicas la frase "herencia degenerativa" como causa asignada a la patología tiene un sustento teórico que comienza con Morel. La idea de degeneración ligada a la de herencia implica una transformación del individuo en sentido patológico, ya que los descendientes no tendrán las mismas características que los ascendientes. Estos nuevos atributos, que son desviaciones del tipo normal, hacen del individuo portador, por retardar el movimiento evolutivo de la especie, causa degenerativa. Siguiendo esta idea de degeneración vinculada a la herencia, se encuentra en la historia clínica la sección "Antecedentes hereditarios" que enumera: alienación, neurosis, de consanguineidad, tuberculosis, alcoholismo, diabetes, otras enfermedades y criminalidad. En medio de la crisis social era esperable que se lograra el consenso de que la "locura" y la "criminalidad" tenían la misma raíz: la degeneración. Es así que la clasificación tomada de la teoría de Morel posibilitó la ampliación de las categorías nosológicas que podían ser plausibles de internación más allá de los límites que habían puesto los alienistas y permitió además que la "higiene moral" actuara de manera preventiva más allá del asilo. Como ejemplo está el caso del alcoholismo, Morel señala que el alcoholismo causa lesiones en el sistema nervioso y que la descendencia presentara distintas lesiones, una degeneración "un debilitamiento aún mayor de las facultades mentales y morales" (Morel, 1857, p.324).

Lo somático que comienza con "craneología" y "estigmas" remite a Lombroso. Este médico italiano influenciado por la teoría de Darwin propuso una técnica de reconocimiento basada en el hallazgo de características craneales o faciales repetitivas, que le permitieron distinguir en ellos la "naturaleza" y los "tipos" que definen la presencia del "criminal nato", condicionado por factores hereditarios. Da una lista de rasgos que permiten identificar a este delincuente: una frente baja, un gran desarrollo de los arcos superciliares y de los pómulos, las orejas en asa, el tubérculo de Darwin, gran pilosidad y otras asimetrías craneales. A estos rasgos los nombra "estigmas degenerativos", la palabra estigma fue creada por los griegos para señalar signos corporales que marcaban algo malo en el status moral de quien los portaba. Pero el estigma no viene dado por el atributo sino por las relaciones dadas en el lenguaje, "el término estigma será utilizado pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos" (Goffman, 2006, p.13). Estas relaciones establecidas así por Lombroso y retomadas aquí son las que convierten los atributos en estigmas. Así el sujeto estigmatizado, según Goffman, puede ser tanto desacreditado como desacreditable. Entre las muchas relaciones estigmatizantes vemos la que establece Melendez con la del "loco inmigrante", usando como herramienta la matemática, y en base a la desproporción entre la población del país y la población hospitalaria, elaboró la teoría de que los extranjeros enloquecían más fácilmente que otros

grupos. Esta teoría fue ampliamente sustentada desde el higienismo y tomada como política de estado para el control de los inmigrantes a través de la figura del manicomio. Lo "psíquico", que abre una línea a lo psicológico, considera que las anormalidades psíquicas pueden ser, según los casos, morales, intelectuales o volitivas.

En las historias clínicas no hay nada del nivel de lo subjetivo, de lo personal, de lo biográfico explicitado por el paciente, el interés esta desplazado del enfermo a la enfermedad, es un diseño puramente anatomoclínico, ocupado por la descripción y centrado en la etiología.

En cuanto a los registros fotográficos teniendo en cuenta el contenido de las historias clínicas y viendo la semejanza con "la galería de ladrones" implementada en 1880 por la policía, pareciera que más allá de ser un sistema de registro se trata de un proceso de cosificación de los pacientes, convertidos así en objetos de estudio coleccionables. La utilización de la fotografía en la Colonia lejos de fundamentarse en razones de orden psiquiátrico, encontró sus ideas e instrumentos en la criminología, sobre todo la de fundamentación lombrosiana.

Entre las historias clínicas examinadas se encontró una que tenía adjunto un artículo de un periódico. Se trataba de un paciente que fue derivado a la institución por un juez, luego de cometer un robo y herir a dos policías en el intento de fuga.

De su historia clínica seleccionamos las siguientes frases:

"presenta numerosos estigmas físicos degenerativos. Su frente es estrecha y presenta asimetría facial y craneana"

"Es un analfabeto. No se hace posible hacerlo concurrir a la escuela dado que tiene la idea bien acentuada de la fuga"

"Fácilmente irritable, con impulsos agresivos"

"Ha sido necesario establecerle vigilancia especial dado sus malas tendencias a organizar junto a otros asilados complots de fuga y agresión"

"Es un degenerado física y psíquicamente inadaptado al medio social y que por su impulso agresivo es un sujeto peligroso para los que lo rodean"

El discurso de esta historia clínica está atravesado por la teoría de corte positivista, determinista e innatista de Lombroso acerca de la degeneración y la delincuencia. Para Lombroso, el delito no existía como tal, lo que sí existían eran los delincuentes. La hipótesis del atavismo pone en evidencia una división que expulsa al acto delictivo y a su portador del espacio de significación humana. "En realidad, para los criminales natos adultos no hay muchos remedios: es necesario o bien secuestrarlos para siempre, en los casos de los incorregibles, o suprimirlos, cuando su incorregibilidad los torna demasiado peligrosos" (Lombroso, 1893 p.314). Así el delito es aprehendido en el marco de una concepción cuyo núcleo es biológico, de acuerdo a la definición del medio como espacio de la "lucha por la vida", al mismo tiempo es la alteración de las leyes naturales de la evolución lo que ubica su espacio propio cerca de la degeneración y la locura. Esta lógica, legitimada desde el saber medico tanto por alienistas como por higienistas, fue empleada por el estado en medio de una gran crisis social para contener el malestar e impulsar la idea de progreso.

CONCLUSIONES

Los documentos analizados están marcados por un discurso positivista, que construye un sujeto determinado por la herencia, y a la herencia degenerativa como etiología de la patología. El mismo discurso refiere a la sociedad a través de un concepto biologicista que se sustenta en la teoría de la evolución, fundamentando así que cualquier individuo que atente contra ésta deba ser excluido. La medicina mental marcó los límites de esa exclusión, una frontera entre un "nosotros" y un "ellos" y así rompió la disonancia cognitiva frente a la ambivalencia perceptiva de progreso y decadencia por un lado y la demanda de responsabilidad moral y el rechazo suscitado simultáneamente por otro. Fue el pánico moral lo que posibilitó que estas teorías ganaran terreno frente a otras. En este contexto si bien el paciente era liberado de las cadenas metálicas quedaba atrapado en las cadenas irrompibles de la herencia. Los portadores de esta herencia degenerativa fueron así tomados por seres merecedores de castigo y confinación. El determinismo hereditario, la degeneración y la peligrosidad son las teorías que permitieron, como emergente, el caso hallado del paciente que fuera internado en la colonia por el juez tras cometer un delito y en cuya historia clínica se registró: "Es un degenerado física y psíquicamente inadaptado al medio social y que por su impulso agresivo es un sujeto peligroso para los que lo rodean", siendo éste uno más de los sujetos "sin esperanza" dentro de este discurso determinista y como tal confinado indefinidamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burke, P. (2001). Visto y no visto: el uso de la imagen como documento histórico. Barcelona: Crítica.

Foucault, M. (1991). La arqueología del saber. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1992). El orden del discurso. Buenos Aires: Tusquets editores.

Foucault, M. (2016). Enfermedad mental y psicología. Buenos Aires: Paidós.

Goffman, E. (2006). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

Libros de Historias Clínicas del Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados, estación Torres, 1915/1929. Archivo de la actual Colonia Montes de Oca, Torres, Provincia de Buenos Aires.

Lombroso, C. (1893). Le più recenti scoperte ed applicazioni della psichiatria ed antropologia criminale. Torino: Fratelli Bocca.

Morel, B. (1857). Traité des dégénérescence de l'éspèce humaine. Paris: Baillére.

Narvaja de Arnoux, E. (2006). Análisis del Discurso. Modos de abordar materiales de archivo, Buenos Aires: Santiago Arcos.

Registros Fotográficos del Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados, estación Torres, 1915/1929. Archivo de la actual Colonia Montes de Oca, Torres, Provincia de Buenos Aires.

Vezzetti, H. (1985). Historia de la locura en Argentina. Buenos Aires: Paidos.

NEUROPSICO-LOGÍA

EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA DEL PROCESAMIENTO VISUAL DE OBJETOS, CARAS Y EXPRESIONES FACIALES EN PERSONAS MAYORES CON Y SIN DETERIORO COGNITIVO DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

NEUROCOGNITIVE ASSESSMENT OF OBJECT, FACE AND FACIAL EXPRESSION VISUAL PROCESSING IN ELDERLY PEOPLE WITH AND WITHOUT COGNITIVE IMPAIRMENT FROM A CLINICAL PERSPECTIVE

Andrea Álvarez*, Jaime Iglesias*, Laura Vizcaíno y Ela I. Olivares

Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

Resumen

Con el objeto de poder definir marcadores precoces de síndromes neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer, consideramos relevante explorar los cambios neurocognitivos que ocurren durante el procesamiento visual de objetos, caras y expresiones emocionales durante el envejecimiento patológico *versus* el típico. En el presente estudio neuropsicológico participaron 4 personas mayores sin deterioro cognitivo, 4 con deterioro cognitivo leve y 4 con deterioro cognitivo moderado. Todos los participantes realizaron varias tareas de procesamiento de nivel intermedio y superior de estímulos visuales: 4 de procesamiento de objetos con y sin significado (nivel intermedio) y 6 de procesamiento de rostros (nivel superior), 4 de estas sobre identidad facial y 2 sobre expresiones emocionales. Los resultados pusieron en evidencia, por una parte, que la precedencia global (*versus* local) hallada en jóvenes en estudios previos en relación con tareas de tipo Navon no se encontró en los mayores participantes sin deterioro cognitivo; y, por otra parte, que el rendimiento de los mayores con deterioro cognitivo en algunas de las pruebas de procesamiento de objetos y rostros administradas fue inferior al observado en los mayores sin deterioro cognitivo, existiendo diferencias entre los participantes con distintos grados de deterioro cognitivo. Concluimos resaltando la importancia de evaluar las vías de procesamiento visual ventral y dorsal mediante pruebas de nivel intermedio y superior como las utilizadas en este estudio para definir marcadores tempranos del deterioro cognitivo.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, Envejecimiento, Neuropsicología, Procesamiento de caras, Procesamiento de objetos.

Abstract

The aim of the present study is to identify early markers of neurodegenerative syndromes like Alzheimer disease. To this end, we consider important to explore those neurocognitive changes occurring during object, face and facial expression visual processing in pathological versus typical aging. In the present neuropsychological study 4 elderly people without cognitive impairment, 4 with mild cognitive impairment and 4 with moderate cognitive impairment have participated. All of them completed several visual tasks for evaluating medium and high processing levels: 4 including meaningless and meaningful object processing (medium level) and 6 related to face processing (high level), 4 of them concerning facial identity and 2 concerning emotional expressions. According to our results, healthy elderly people didn't show the global (*versus* local) precedence found in younger people in previous studies in relation with Navon tasks. On the other hand, the performance of elderly people with cognitive impairment in some of object and face processing tasks was very poor when compared with elderly people without cognitive impairment. Moreover, we found some differences among the participants of both groups of cognitive impairment. As a conclusion, we highlight the importance of assessing both paths of ventral and dorsal visual processing through both high and medium level tasks as those used in the present study, in order to define early markers of cognitive impairment.

Key words: Aging, Cognitive impairment, Face processing, Neuropsychology, Object processing.

*Correspondencia: Andrea Álvarez San Millán, Jaime Iglesias Dorado.
Campus de Cantoblanco.
C.P: 28049 Madrid, España.
E-mail: andrea.alvarezs@predoc.uam.es, jaime.iglesias@uam.es

El presente estudio está motivado por la alta incidencia de demencias en personas mayores y la necesidad de encontrar marcadores tempranos del deterioro cognitivo y definir tratamientos eficaces (Alzheimer's

Disease International, 2015). Desde esta perspectiva, en los últimos años varios estudios han demostrado que el procesamiento visual empeora durante el envejecimiento, en concreto el de la identidad facial (Meinhardt-Injac, Persike y Meinhardt, 2014) y las expresiones emocionales (Krendl y Ambady, 2010). Estas alteraciones son más acentuadas en personas mayores con deterioro cognitivo leve o enfermedad de Alzheimer (Miller et al., 2012).

El procesamiento visual de objetos y rostros se realiza a través de dos vías que parten de la corteza visual primaria: la vía dorsal, que se extiende por áreas parietales, y la vía ventral, que se extiende por áreas temporales. La vía dorsal es la encargada de situar a los objetos en el espacio y permite dirigir el movimiento hacia ellos: es la vía del "dónde". La vía ventral es la que permite identificar y reconocer objetos otorgándoles un significado: es la vía del "qué". El procesamiento de los rostros requiere la participación de ambas vías, pues las expresiones faciales se procesan por la vía dorsal, mientras que la identidad de las caras se procesa por la vía ventral (Álvarez y Masjuan, 2015).

Es relevante considerar además que el procesamiento visual puede ser dividido en varios niveles dependiendo de la complejidad del estímulo y de la tarea realizada. El procesamiento visual de nivel intermedio comprende el procesamiento de objetos con y sin significado, mientras que el procesamiento visual de nivel superior incluye la percepción y reconocimiento de caras y expresiones emocionales. Ambos niveles de procesamiento pueden relacionarse y ser evaluados mediante tareas específicas, como las indicadas seguidamente.

En cuanto a las tareas que evalúan el procesamiento visual intermedio, la tarea de Navon clásica aplicada en jóvenes ha puesto de relieve una precedencia global (Navon, 1977), mientras que en mayores sanos no se ha encontrado una precedencia clara (Agnew, Phillips y Pilz, 2016). Además, Bruyer y Scailquin (2000) encontraron que las personas mayores sanas presentaron en la misma tarea tiempos de reacción superiores y un mayor número de errores ante estímulos incongruentes *versus* los jóvenes; los mayores con deterioro cognitivo presentan tiempos de reacción superiores y un peor rendimiento que los mayores sanos (Slavin, Mattingley, Bradshawb y Storey, 2002). Sin embargo, la precedencia global en jóvenes no se observa cuando en la tarea de Navon se utilizan estímulos abstractos (Poirel, Pineau y Pellet, 2008). Por otra parte, Alegret et al. (2009) demostraron que el test de 15 objetos es una prueba discriminatoria del deterioro cognitivo y de la gravedad del mismo, a diferencia del test Poppelreuter clásico. No obstante, Della Sala, Laiacona, Spinnler y Trivelli (1995) aplicaron el test Poppelreuter con estímulos abstractos y encontraron un peor rendimiento de los mayores con enfermedad de Alzheimer *versus* los sanos.

Con respecto a las tareas revisadas para la evaluación del procesamiento visual superior, Bowles et al. (2009) realizaron un estudio transversal y encontraron que a partir de los 50 años se produce un declive natural debido a la edad en la ejecución de las tareas de procesamiento de la identidad facial "Cambridge Face Memory Test" (CFMT) y "Cambridge Face Perception Test" (CFPT). En el caso del procesamiento de expresiones faciales, se ha observado aplicando el test de 60 caras de Ekman que los mayores con envejecimiento patológico presentaban un rendimiento peor que los sanos (Miller et al., 2012); además, se han encontrado diferencias en la identificación de distintas emociones entre mayores sin y con deterioro cognitivo.

Este estudio exploratorio persigue definir marcadores precoces del deterioro cognitivo en personas mayores a partir de la evaluación de las vías de procesamiento visual ventral y dorsal, incorporando tareas apropiadas para valorar el procesamiento a un nivel intermedio y superior de objetos y rostros.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra procedió del centro para mayores Amavir (Alcalá de Henares, Madrid). Los participantes fueron residentes y asistentes al centro de día que colaboraron voluntariamente. A todos ellos se les realizó una primera evaluación neuropsicológica (Escala de deterioro global, Mini-examen cognoscitivo MEC, Escala de depresión de Yesavage, Inventario neuropsiquiático e Inventario de lateralidad manual de Edimburgo). Teniendo en cuenta los resultados de esta evaluación y los criterios de exclusión establecidos (problemas de visión y de producción del lenguaje, patología neuropsiquiátrica y deterioro cognitivo grave), la muestra fue dividida en 3 grupos dependiendo de su puntuación en el MEC: a) grupo 1: sin deterioro (25-30 puntos); b) grupo 2: deterioro cognitivo leve (20-24 puntos); y c) grupo 3: deterioro cognitivo moderado (15-19 puntos). Se evaluaron 4 participantes de cada grupo, incluyendo un participante residente y otro asistente al centro de día de cada sexo (ver Tabla 1).

Tabla 1
Características de los participantes

	Grupo 1				Grupo 2				Grupo 3			
	RM	RF	AM	AF	RM	RF	AM	AF	RM	RF	AM	AF
Edad	92	91	86	71	73	86	85	82	79	82	83	79
MEC	29	28	29	25	22	23	20	24	18	18	15	16
Diag. Clínico	-	-	-	-	Dem F-T	-	En estud	-	DCL	EA	En estud	-

Nota. R=residente; A=asistente al centro de día; M=masculino; F=femenino; Diag. Clínico=diagnóstico clínico; Dem F-T=demencia fronto-temporal; En estud=deterioro cognitivo en estudio

MATERIALES

Se administraron 4 tareas para evaluar el procesamiento visual intermedio y 6 para evaluar el nivel superior.

EVALUACIÓN DEL PROCESAMIENTO VISUAL INTERMEDIO

→Tarea Navon clásica

El participante debía denominar las letras "H" o "S" teniendo en cuenta el nivel objetivo según 2 tareas: a) nivel objetivo global, cuando debía denominar la letra grande formada por las letras pequeñas; y b) nivel objetivo local, cuando debía denominar la letra pequeña que conformaba la letra grande. Hubo 3 condiciones teniendo en cuenta los estímulos presentados: 1) congruencia, cuando las letras local y global fueron la misma; 2) incongruencia, cuando las letras local y global no fueron la misma; y 3) control, cuando solamente fue visible el nivel objetivo. Cada estímulo fue presentado durante 500 ms. con un período interestimular de 2 seg. Cada tarea estuvo compuesta por 72 ensayos y el orden de administración se contrabalanceó.

→Tarea Navon abstracto (ver Figura 1a)

Constó de 5 dibujos sin significado cuya combinación a nivel local y global constituyeron 25 figuras de Navon abstractas. Se estableció uno de estos dibujos como "target" tanto a nivel local como global y la tarea del participante fue decir "SÍ" siempre que este elemento estuviese presente al nivel indicado; y "NO" cuando no estuviese presente. Hubo 5 condiciones: "target" congruente a nivel local y global, "target" a nivel local, "target" a nivel global, ausencia de "target" e incongruente y ausencia de "target" y congruente. Además, hubo 3 tareas atencionales: directa global, en la que se solicitó al participante que dijera "SÍ" cuando el "target" estuviese presente a nivel global; directa local, en la que se solicitó al participante que dijera "SÍ" cuando el "target" estuviese presente a nivel local; y atencional dividida, en la que se solicitó al participante que dijera "SÍ" cuando el "target" estuviese presente a nivel local o global. El orden de administración de las tareas de atención directa se contrabalanceó, presentándose siempre en último lugar la de atención dividida. Cada tarea constó de 60 ensayos, mostrándose el estímulo en pantalla 500 ms. con un periodo interestimular de 2 seg.

→Test Poppelreuter abstracto (ver Figura 1b)

Entre 8 alternativas de respuesta, el participante debía identificar varias formas sin significado constituyentes de una figura modelo. Se aplicaron 3 modelos diferentes, uno primero con 3 formas solapadas como práctica y 2 láminas test, una con 4 y otra con 5 elementos superpuestos. No hubo tiempo límite.

→Test de 15 objetos

El participante debía identificar, verbalmente o señalando el contorno de la forma, 15 objetos comunes superpuestos. Este test consta de 2 láminas, habiendo utilizado en nuestro caso la lámina B como práctica y la lámina A como test. No hubo tiempo límite.

EVALUACIÓN DEL PROCESAMIENTO VISUAL SUPERIOR

→"Cambridge Face Perception Test" –CFPT–

El participante debía ordenar 6 caras de mayor a menor parecido a un rostro modelo en un tiempo máximo de 1 minuto. Se presentaron 8 ensayos con las caras en posición derecha y otros 8 con las caras en posición invertida.

→"Cambridge Face Memory Test" –CFMT– versión "up" (ver Figura 1c).

El participante debía aprender y posteriormente reconocer el rostro de 6 personas presentadas en posición derecha. Esta prueba constó de 3 tareas: recuerdo simple, recuerdo múltiple y recuerdo múltiple con ruido, con un total de 72 ensayos. No hubo límite de tiempo.

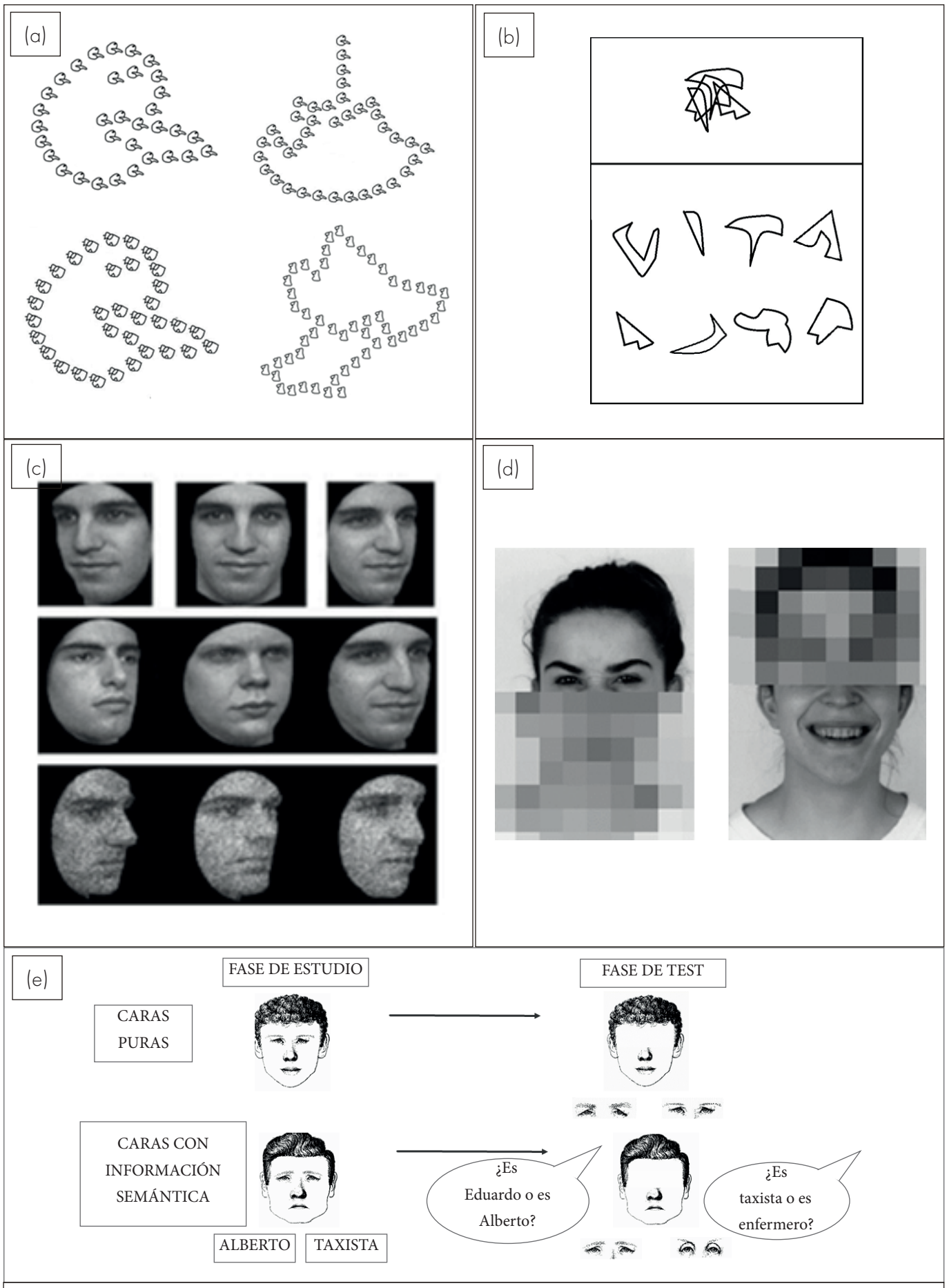


Figura 1. Ejemplos de pruebas administradas: (a) estímulos de la tarea Navon abstracto; (b) lámina test del Poppelreuter abstracto; (c) estímulos del "CFMT"; (d) estímulos de la tarea de reconocimiento de estímulos pixelados; (e) estímulos y procedimiento de la tarea de aprendizaje de caras.

→Test de memoria de reconocimiento de caras de Warrington.

En una primera fase el participante debía hacer un juicio de agradabilidad de 25 rostros varones y, seguidamente, en una fase de recuerdo se presentaban 25 pares de rostros, uno mostrado en la primera fase y otro nuevo. Se solicitó al participante que señalase cuál de estos dos últimos había visto antes. No hubo límite de tiempo.

→Test de 60 caras de Ekman.

El participante debía identificar la emoción presentada a través de la información facial en un máximo de 5 seg. Las emociones presentadas podían ser alegría, enfado, tristeza, asco, miedo o sorpresa, mostrándose 10 modelos de cada una de ellas.

→Tarea de reconocimiento de partes superiores o inferiores de expresiones faciales -estímulos pixelados- (ver Figura 1d).

Elaborada en nuestro laboratorio, el participante debía identificar la expresión a través de la información facial visible. Hubo 3 condiciones: visibilidad de la cara completa, pixelado superior y pixelado inferior de la cara. Las emociones presentadas fueron las mismas que en el test de 60 caras de Ekman, añadiendo la expresión neutra. Se presentó cada expresión en las 3 condiciones de visibilidad (21 ensayos).

→Tarea de aprendizaje de caras (ver Figura 1e).

Prueba elaborada en nuestro laboratorio que requirió una serie de 9 sesiones distribuidas de lunes a viernes. Constó de 2 tareas: una con 20 caras sin información semántica asociada y otra con 20 caras diferentes con nombre y oficio asociados. Cada tarea comenzó con una fase de estudio, en la que se presentaron las caras sin y con información semántica, y continuó con una fase de test, en la que se presentó el rostro sin ojos ni cejas y se solicitó al participante que seleccionase, entre 2 alternativas, qué par de ojos correspondía a la cara. Además, en la tarea de caras con información semántica asociada se le ofrecían al participante 2 alternativas de nombres y 2 de oficios y debía seleccionar cuáles correspondían al rostro. El orden de administración de las tareas de caras sin y con información semántica fue contrabalanceado a través de las sesiones. No hubo tiempo límite.

PROCEDIMIENTO

La administración de las tareas se dividió en 2 valoraciones conforme se indica a continuación.

En una primera valoración de aproximadamente 40 minutos de duración, se administraron la tarea Navon clásica, el CFPT, el test de memoria de reconocimiento de caras de Warrington y el test de 60 caras de Ekman. El orden de administración de estas pruebas fue contrabalanceado en cada grupo.

La segunda valoración fue dividida en 2 sesiones: una de 20 minutos en la que se administraron el test de 15 objetos y la tarea Navon abstracto; y otra de 30 minutos en la que se administraron el test Poppelreuter abstracto, el CFMT y la tarea de reconocimiento de partes superiores o inferiores de expresiones faciales (estímulos pixelados). El orden de administración de las sesiones de esta segunda valoración fue contrabalanceado en cada grupo.

Paralelamente se realizó la tarea de aprendizaje de caras, que constó de 9 sesiones de aproximadamente 30 minutos, realizadas en 5 días consecutivos.

Tabla 2
Rendimiento en las tareas de procesamiento visual de nivel intermedio

Tareas	Grupo 1 *vs.* 2	Grupo 2 *vs.* 3	Grupo 1 *vs.* 3	Observaciones
Navon clásica	Glob: G1>G2 Loc 1 2	lob 2 3 Loc 2 3	Glob: G1>G3 Loc: G1>G3	Grupo 1: precedencia global. Grupos 2 y 3: precedencia local. Prueba discriminatoria entre mayores sin y con deterioro cognitivo.
Navon abstracto	Glob: G1>G2 Loc: G1>G2 iv 1 2	G3=N/A	G3=N/A	No se encuentra precedencia con estímulos abstractos.
Poppelreuter abstracto	G1>G2	G2>G3	G1>G3	Prueba sensible a la gravedad del deterioro cognitivo.
15-Objetos	G1>G2	G2>G3	G1>G3	Prueba sensible a la gravedad del deterioro cognitivo.

Nota. G1=grupo 1; G2=grupo 2; G3=grupo 3; Glob=tarea global; Loc=tarea local; Div=tarea dividida; N/A=no aplicable.

DISEÑO

Se realizó un estudio exploratorio intersujetos con tres grupos, para orientar el desarrollo posterior de esta línea de investigación.

RESULTADOS

Los resultados relativos a las tareas de procesamiento intermedio se recogen en la Tabla 2. En la tarea Navon clásica destacó un peor rendimiento en los grupos 2 y 3 *versus* el 1, sobre todo en la tarea global. Analizando los errores, observamos que los grupos 2 y 3 en la tarea global cometieron la mayoría de los errores ante los estímulos incongruentes, una diferencia no encontrada en la tarea local.

La tarea Navon abstracto no fue aplicable en el grupo 3 con deterioro moderado. El grupo 1 rindió mejor que el 2 en las tareas de atención directa, no encontrándose diferencias entre los grupos en la tarea de atención dividida. Además, no se encontró precedencia global o local durante el procesamiento de los estímulos.

El test Poppelreuter abstracto y el test de 15 objetos fueron 2 pruebas que pusieron de relieve diferencias en el rendimiento entre los tres grupos, disminuyendo el número de formas identificadas a medida que se agrava el deterioro cognitivo.

Los resultados de las tareas de procesamiento visual superior se recogen en la Tabla 3. El CFPT en su versión invertida no puso en evidencia diferencias entre los grupos, mientras que los resultados con la versión en posición derecha pusieron de relieve un peor rendimiento del grupo 3 *versus* el 1. Esto mismo ocurrió con los resultados derivados del CFMT.

Con respecto al test de memoria de reconocimiento de caras de Warrington y el test de 60 caras de Ekman, en ambos casos se observaron diferencias en el rendimiento entre los tres grupos, reduciéndose el número de aciertos a medida que se agrava el deterioro cognitivo. En cuanto a la tarea con estímulos pixelados, se observó un peor rendimiento en el grupo 3 *versus* el 1.

La tarea de aprendizaje de caras, que no fue aplicada al grupo 3 por su grado de deterioro, puso de relieve diferencias en el recuerdo de oficios, muy superior en el grupo 1 *versus* el 2.

DISCUSIÓN

Con respecto al nivel de procesamiento visual intermedio, los resultados de la tarea Navon clásica no reflejaron una precedencia clara en el procesamiento de estímulos visuales en las personas mayores sanas, al igual que apuntaban Agnew et al. (2016). Sin embargo, en línea con los resultados de Bruyer y Scailquin (2000), en los mayores con deterioro cognitivo leve y moderado se encontró un mayor número de errores ante los estímulos incongruentes durante la ejecución de la tarea global, lo que puso de relieve una precedencia de tipo local en los grupos 2 y 3. Esta precedencia local no se observó en personas mayores sin deterioro cognitivo durante la realización de la tarea Navon con

Tabla 3
Rendimiento en las tareas de procesamiento visual de nivel superior

Tarea	Grupo 1 *vs.* 2	Grupo 2 *vs.* 3	Grupo 1 *vs.* 3	Observaciones
CFPT	UP 1 2 INV 1 2	UP: G2>G3 INV 2 3	UP: G1>G3 INV 1 3	UP: no concluyente. INV: no sensible al deterioro.
CFMT	1 2	G2>G3	G1>G3	No concluyente.
Warrington	G1>G2	G2>G3	G1>G3	Prueba sensible a la gravedad del deterioro cognitivo.
Aprendizaje de caras	Oficios: G1>G2	G3=N/A	G3=N/A	Interés por el estudio de caras con información semántica, concretamente oficios.
60 caras Ekman	G1>G2	G2>G3	G1>G3	Prueba sensible a la gravedad del deterioro cognitivo.
Pixelados	1 2	2 3	G1>G3	Complementa el test de Ekman.

Nota. G1=grupo 1; G2=grupo 2; G3=grupo 3; UP=versión derecha; INV=versión invertida; N/A=no aplicable.

estímulos abstractos, al igual que Poirel et al. (2008) no observaron la precedencia global en personas jóvenes al emplear este tipo de estímulos. Subrayamos que la afectación del procesamiento visual global podría afectar a la percepción holística de la identidad de las caras y al procesamiento de las expresiones emocionales.

Las observaciones en el test de 15 objetos y el test Poppelreuter abstracto mostraron resultados similares a los de Alegret et al. (2009) y Della Sala et al. (1995), respectivamente. Ambas podrían ser pruebas sensibles al deterioro cognitivo y su gravedad.

En cuanto al nivel de procesamiento visual superior, el CFPT y CFMT, ambos en su versión "up", aportaron resultados diferentes únicamente entre las personas mayores sanas *versus* con deterioro cognitivo moderado. Por otro lado, se encontró que el test de memoria de reconocimiento de caras de Warrington y el test de 60 caras de Ekman podrían ser pruebas sensibles a la presencia de deterioro y su gravedad. Además, coincidiendo con Miller et al. (2012), se encontraron diferencias en la identificación de emociones entre mayores con deterioro y sin deterioro cognitivo, diferencias que deberán ser analizadas más detenidamente junto con la tarea de reconocimiento de emociones con estímulos pixelados.

La tarea de aprendizaje de caras aportó datos interesantes con respecto a las caras con información semántica aprendida, ya que puso en evidencia una facilidad para la asociación de rostros con profesiones, no encontrada en el caso del nombre.

En suma, de acuerdo con Bokde et al. (2008), los problemas de memoria episódica no son la única disfunción discriminante en las personas mayores con deterioro cognitivo, ya que observamos que también presentan un empeoramiento del procesamiento visual intermedio y superior. Destacamos en consecuencia la importancia de evaluar el procesamiento de objetos y rostros para identificar marcadores precoces de las demencias. Para ello, consideramos relevante continuar este estudio incorporando además medidas neurofisiológicas directas de la función cerebral ante caras y estímulos visuales mediante potenciales evocados (Saavedra, Olivares e Iglesias, 2012).

CONCLUSIONES

Este estudio exploratorio ha puesto en evidencia la importancia de evaluar las vías de procesamiento dorsal y ventral y de incorporar pruebas para valorar el procesamiento visual a un nivel intermedio y superior, con el propósito de definir marcadores tempranos de las demencias.

AGRADECIMIENTOS: Estudio subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España (PSI2013-46007-P) y por el Proyecto de Cooperación Interuniversitario UAM-Santander CEAL-AL/2017-16.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agnew HC, Phillips LH y Pilz, KS (2016). Global form and motion processing in healthy ageing. *Acta Psychologica, 166,* 12-20.

Alegret M, Boada-Rovira M, Vinyes-Junqué G, Valero S, Espinosa A, Hernández I, Modinos G, Rosende-Roca M, Mauleón A, Becker JT y Tárragal L (2009). Detection of visuoperceptual deficits in preclinical and mild Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 31*(7), 860-867.

Álvarez R y Masjuan J (2015). Agnosias visuales. *Revista Clínica Española, 216*(2), 85-91.

Alzheimer's Disease International (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia.* https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015.

Bokde AL, López-Bayo P, Born C, Dong W, Meindl T, Leinsinger G, Teipel SJ, Faltraco F, Reiser M, Möller HJ y Hampel H (2008). Functional abnormalities of the visual processing system in subjects with mild cognitive impairment: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 163*, 248-259.

Bowles DC, McKone E, Dawel A, Duchaine B, Palermo R, Schmalzl L, Rivolta D, Wilson CE y Yovel G (2009). Diagnosing prosopagnosia: Effects of ageing, sex, and participant–stimulus ethnic match on the CFMT and CFPT. *Cognitive Neuropsychology, 26*(5), 423-455.

Bruyer R y Scailquin JC (2000). The fate of global precedence with age. *Experimental Aging Research, 26*, 285-314.

Della Sala S, Laiacona M, Spinnler H y Trivelli C (1995). Poppelreuter-Ghent's Overlapping Figures Test: Its sensitivity to age, and its clinical use. *Archives of Clinical Neuropsychology, 10,* 511-534.

Krendl AC y Ambady N (2010). Older adults' decoding of emotions: Role of dynamic versus static cues and age-related cognitive decline. *Psychology and Aging, 25*(4), 788–793.

Meinhardt-Injac B, Persike M, y Meinhardt G (2014). Holistic processing and reliance on global viewing strategies

in older adults' face perception. *Acta Psychologica, 151,* 155-163.

Miller LA, Hsieh S, Lah S, Savage S, Hodges JR y Piguet O (2012). One size doesn't fit all: Face emotion processing impairments in semantic dementia, behavioural-variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease are mediated by distinct cognitive deficits. *Behavioural Neurology, 25,* 53-60.

Navon N (1977). Forest before trees: the precedence of global features in visual perception. Cognitive Psychology, 9, 353-383.

Poirel N, Pineau A y Mellet E (2008). What does the nature of the stimuli tell us about the Global Precedence Effect? *Acta Psychologica, 127,* 1–11.

Saavedra C, Olivares EI e Iglesias J (2012). Cognitive decline effects at an early stage: Evidence from N170 and VPP. *Neuroscience Letters, 518* (2), 149-153.

Slavin MJ, Mattingley JB, Bradshaw JL y Storey E (2002). Local–global processing in Alzheimer's disease: An examination of interference, inhibition and priming. *Neuropsychologia, 40,* 1173-1186.

CORRELACIÓN DE FUNCIONES EJECUTIVAS CON LA LATERALIDAD DE LA AFECTACIÓN DEL CIRCUITO NIGRO-ESTRIATAL EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

CORRELATION BETWEEN EXECUTIVE FUNCTIONS AND THE LATERALITY OF THE NIGRO-STRIATAL PATHWAY AFFECTED IN PARKINSON'S DISEASE

Tania Álvarez-Avellón[1*], Manuel Menéndez-González[2], Renée Ribacoba-Montero[2], Esther Suárez-Sanmartín[2] y Fernando Cuetos-Vega[1]

[1]*Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo*
[2]*Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias*

Resumen

La Enfermedad de Parkinson (EP) es producida por una pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas en el circuito nigroestriado. El núcleo estriado se encuentra interconectado mediante circuitos fronto-subcorticales con la corteza prefrontal dorsolateral, que está implicada en el control de procesos ejecutivos. El objetivo de este trabajo es valorar si alteraciones en las distintas funciones ejecutivas se correlacionan con la lateralidad de las alteraciones nigroestriatales objetivables mediante DaTSCAN. Se seleccionaron 25 pacientes diagnosticados de EP sin demencia y se valoró la representación de alteraciones en los distintos subtests de función ejecutiva en los tres grupos de lateralidad del DaTSCAN. En el grupo pacientes con afectación exclusivamente izquierda en DaTSCAN se encontró un menor número de fallos en las pruebas ejecutivas de base visuoespacial que en el resto de sujetos, mientras que en el grupo con afectación exclusivamente derecha se encontraron más preservadas las pruebas ejecutivas de base verbal.

Palabras claves: Enfermedad de Parkinson, Función ejecutiva, Corteza frontal, Circuitos frontosubcorticales, DATSCAN

Abstract

Parkinson's disease (PD) is caused by a progressive loss of dopaminergic neurons in the nigrostriatal circuit. The striatum is interconnected by fronto-subcortical circuits with dorsolateral prefrontal cortex, which is involved in the control of executive functions. The aim of this job is to assess whether the impairment on different executive functions is associated with the laterality of the affected nigro-striatal pathway according to DaTSCAN. We selected 25 patients diagnosed with PD without dementia and assessed the representation of failures in different subtests of executive function in the three groups of laterality on DaTSCAN. The group of patients with pathologic DaTSCAN on the left only had a lower number of fails in executive tests based on visuospatial tasks while the group of patients with pathologic DaTSCAN on the right only had a lower number of fails in executive tests based on verbal tasks.

Key words: Parkinson's disease, Executive function, Frontal cortex, Frontosubcortical circuits, DATSCAN.

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa producida por un déficit de dopamina secundario a una pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas en la sustancia nigra. Para visualizar la integridad de la vía nigro-estriada se emplea una prueba de medicina nuclear denominada DaTSCAN que utiliza un radiotrazador (DaT) que se une de los recaptadores presinápticos de dopamina (Figura 1). La densidad de DaT disminuye cuando se produce degeneración de las neuronas dopaminérgicas, lo que permite su utilización como marcador para el diagnóstico en la EP. Es conocido que a su vez el estriado (núcleos putamen y caudado), se encuentra interconectado mediante circuitos fronto-subcorticales con la corteza prefrontal dorsolateral, que está implicada en el control de procesos ejecutivos. Estos circuitos unen regiones del córtex frontal con los ganglios de la base y el tálamo, constituyendo conjuntos

*Correspondencia: Tania Álvarez-Avellón.
Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.
C.P: 33003, Oviedo, España.
E-mail: tania.avellon@gmail.com

funcionales relacionados con las funciones motoras, los movimientos oculares y aspectos relacionados con la conducta (Saint-Cyr 2003). Estas envían proyecciones a unas porciones del cuerpo estriado. Estas regiones estriadas envían proyecciones convergentes al globo pálido y a la sustancia negra, que a su vez se proyectan a una región específica del tálamo. Cada región talámica vuelve a proyectarse hacia una de las zonas corticales retroalimentando así el circuito.

Actualmente se reconocen cinco circuitos fronto-subcorticales básicos en los que se interrelaciona información de la corteza frontal con los ganglios basales y el tálamo (Alexander et al., 1986; Cummings 1993). Todos los circuitos comparten estructuras en común, pero se mantienen separados anatómicamente (Torralva et al., 2010). Los nombres de los cinco circuitos frontosubcorticales corresponden a la zona de la corteza donde se origina:

1. Circuito motor: Originado en área motora suplementaria e implicado en tareas motoras;
2. Circuito oculomotor. Relacionado con la organización de los movimientos oculares;
3. Circuito dorsal prefrontal. Implicación de las funciones ejecutivas (organización, planificación, flexibilidad, etc);
4. Circuito orbitofrontal lateral. Implicado en la regulación de la conducta, especialmente la autorregulación de las emociones y la personalidad;
5. Circuito cingulado anterior. Relacionado con la motivación y en la activación de la acción.

El marco de los sistemas frontales-subcorticales proporciona una base para entender las funciones del lóbulo frontal. Primero, lesiones en distintas regiones frontales, pueden causar cambios cognitivos y conductuales. Segundo, las funciones del lóbulo frontal no están bajo una única "jurisdicción" anatómica en la corteza frontal (Torralva et al., 2010). Tercero, el daño de las estructuras subcorticales que integran los distintos circuitos (estriado, pálido y tálamo) producen manifestaciones similares a las de la región frontal de origen, aunque dado el tamaño reducido de estas estructuras, es inusual que una lesión afecte sólo la región correspondiente a un circuito. Por lo tanto, los cuadros mixtos son más frecuentes cuando hay daño subcortical.

En el campo de la neuropsicología ha existido un interés por el estudio de las funciones ejecutivas dentro del "síndrome frontal", pero desde comienzos de la década de los sesenta, paralelamente a los avances en el conocimiento de esa región cortical, el interés se ha intensificado considerablemente. Los pacientes con lesiones localizadas en el lóbulo frontal presentan mayor deterioro ejecutivo, de razonamiento (Sánchez, López y Sayago, 1999). El concepto de función ejecutiva es relativamente reciente dentro del campo de estudio de las funciones cerebrales. Luria fue el primer autor que, sin nombrar el término (el cual se atribuye a Lezak), conceptualizó las funciones ejecutivas, refiriéndose a un grupo de funciones reguladoras del comportamiento humano, señalando que "cada actividad humana comienza con una intención definida, dirigida a una meta y regulada por un programa específico que necesita de un tono cortical constante" (Bausela 2006, Flores 2006, Peña-Casanova 2007). Pero es a Lezak (1989), a quien se debe el concepto de función ejecutiva del cerebro: planificación, programación, regulación, y verificación de la conducta intencional: "las funciones ejecutivas comprenden las capacidades mentales necesarias para formular metas, planificar la manera de lograrla y llevar adelante ese plan de manera eficaz". Son por tanto las capacidades que permiten llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada (Flores 2006, Peña-Casanova 2007).

A su vez, Sholberg y Mateer (1989) consideran que las funciones ejecutivas abarcan una serie de procesos cognitivos entre los que destacan la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección de la conducta, la autorregulación, el autocontrol y el uso de retroalimentación (feedback) (Flores 2006, Peña-Casanova 2007). Las funciones ejecutivas hacen referencia a una constelación de capacidades cognitivas implicadas en la resolución de situaciones novedosas, imprevistas o cambiantes y, de forma consensuada, pueden agruparse en una serie de componentes (Lezak, 1995; Stuss y Levine, 2000): las capacidades necesarias para formular metas, diseño de planes, las facultades implicadas en la planificación de los procesos y las estrategias para lograr los objetivos, las habilidades implicadas en la ejecución de los planes, el reconocimiento del logro/no logro y de la necesidad de alterar la actividad, detenerla y generar nuevos planes de acción, inhibición de respuestas inadecuadas, correcta selección de conductas y su organización en el espacio y en el tiempo, flexibilidad cognitiva en la monitorización de estrategias, supervisión de las conductas en función de estados motivacionales y afectivos, y toma de decisiones (Bausela 2006, Flores 2006, Peña-Casanova 2007). Estas funciones son

primordiales en todos los comportamientos necesarios para mantener la autonomía personal. Así mismo fundamentan la personalidad y el mantenimiento del comportamiento: la conciencia, la empatía y la sensibilidad social (Bausela 2006). Por tanto, se conoce como síndrome disejecutivo a los déficits cognitivos que se manifiestan como dificultad para la resolución de problemas: planificación y definición de objetivos, secuenciación de pasos para lograrlos, puesta del plan en acción, automonitoreo del proceso (autoevaluación), toma de decisiones para modificar los planes (Bausela 2006, Flores 2006, Peña-Casanova 2007).

En el síndrome frontal también se pueden observar alteraciones en otras funciones. Por ejemplo, el lenguaje se altera por déficit en la capacidad de relacionar el conocimiento con la acción (Bausela 2006, Flores 2006, Peña-Casanova 2007). Las capacidades lingüísticas propiamente dichas pueden estar conservadas, pero no se puede mantener la fluidez del lenguaje. La emisión espontánea de palabras se altera hasta el punto de poder llegar a lo que Luria denominó afasia dinámica comprenden, repiten, denominan y leen correctamente, pero pierden la fluencia verbal, hasta el punto de recurrir a las respuestas monosilábicas, sin poder organizar adecuadamente el discurso. Otra dificultad consiste en la imposibilidad de interpretar frases de doble sentido o metáforas y actúan de acuerdo a las instrucciones literales (Alexander 1986). Las funciones visuoespaciales y visuoperceptivas, en las que el córtex asociativo parietal está más implicado, también se resienten tras lesiones frontales. Las capacidades básicas de discriminación espacial no se alteran, pudiendo mantener un buen rendimiento en todas aquellas tareas que implican valoración espacial. Sin embargo, se ven alteradas aquellas tareas que implican memoria de trabajo, como aquellas que requieren rotación espacial de elementos. Al mismo tiempo, el funcionamiento correcto de los lóbulos frontales es imprescindible para solucionar tareas que implican la manipulación del espacio, la planificación, ordenación y secuenciación temporales (Bausela 2006; Gomez Beldarrain 2007).

La mayoría de pacientes con EP en fases iniciales, no demenciados, presentan déficits cognitivos de tipo disejecutivo (Lees and Smith, 1983, Kulisevsky and Pascual-Sedano, 1999). El objetivo de este trabajo es valorar si el rendimiento en las distintas funciones ejecutivas en pacientes con EP se asocia con la lateralidad de las alteraciones funcionales en el sistema nigroestriatal objetivables mediante DaTSCAN.

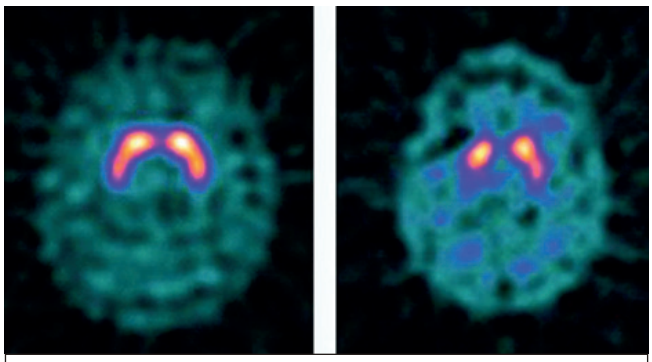


Figura 1. A la izquierda, DaTSCAN de sujeto sano. A la derecha, DaTSCAN de sujeto con afectación de la vía nigroestriatal hemisférica derecha.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se seleccionaron 25 pacientes reclutados consecutivamente a lo largo de 12 meses, diagnosticados de EP sin demencia en el Hospital Universitario Central de Asturias, a los que se les había realizado un DaTSCAN como parte del proceso diagnóstico.

MATERIALES

Se aplicó una batería de tests, que incluían la Torre de Hanoi, test de Stroop, PD-CRS y MOCA.

PROCEDIMIENTO

Todos los pacientes fueron evaluados en fase "on" (tras haber recibido su medicación habitual. Cada test se valoró como normal o alterado en base a las puntuaciones normalizadas.

Posteriormente se categorizaron los distintos tests como de base verbal (aquellos basados en tareas fundamentalmente de contenido verbal, como el test de Stroop, la memoria de trabajo verbal y la fluencia verbal alternante del PD-CRS) o de base visuoespacial (aquellos basados en tareas fundamentalmente de contenido visuoespacial, como la Torre de Hanoi, subtest Trail Making Test del MOCA).

En base a dos grupos de lateralidad del DaTSCAN se generó una tabla de representación con el número de sujetos que presentaba alteraciones en los distintos subtests (Tabla 1) y se analizó la distribución de casos mediante el test X2. El nivel de significación se fijó en 0,05.

DISEÑO

Estudio transversal.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra está constituida por 25 sujetos con las siguientes características:

→ Edad: edad media 64 años, rango 56-74 años.

→ Sexo: 13 mujeres, 12 hombres.

→ Tiempo de evolución de la enfermedad: evolución media 16 meses, rango 6 a 22 meses.

→ Dominancia manual: El 100% de los sujetos era diestro.

CORRELACIÓN DATSCAN CON TEST NEUROPSICOLÓGICOS

En el grupo de pacientes con afectación exclusivamente izquierda en DaTSCAN se encontró un menor número de sujetos con alteración en las pruebas Torre de Hanoi, subtest Trail Making Test del MOCA que en el grupo de pacientes con afectación derecha o bilateral, mientras que en el grupo con afectación exclusivamente derecha se encontraron más preservados el test de Stroop y la fluencia verbal alternante del PD-CRS (Tabla 1). Sin embargo el análisis de distribución de casos no alcanzó resultados significativos para ninguna de las lateralidades: izquierdo: p=0,085; derecho: p=0,108.

DISCUSIÓN

No tenemos conocimiento de estudios previos que hayan planteado el mismo objetivo que en este trabajo, por tanto no es posible comparar nuestros resultados directamente con los de otros grupos. Sí existen algunos trabajos que analizan los hallazgos del DaTSCAN en la EP con la cognición, pero no basados en la lateralidad, sino en el grado de afectación on en los núcleos afectados. Igualmente, trabajos presentados en las últimas ediciones del congreso Movement Disorders, señalan que el grado de afectación del DaTSCAN se correlaciona con los resultados de tests ejecutivos, pero no con los de tests de memoria (Sawada et al., 2016; Sawada et al., 2017). En la misma línea, pero basado en "análisis de textura" del DaTSCAN, Rahmim y colaboradores mostraron que existe correlación entre el grado de afectación y las puntuaciones en la escala MOCA (Rahmim et al., 2016). Particularmente, la disfunción prefrontal se ha relacionado con la densidad de DaT en la cabeza del núcleo caudado y en el putamen (Müller et al., 2000). Estudios realizados con pacientes de reciente diagnóstico, que aún no se encontraban a tratamiento farmacológico, la correlación entre las alteraciones neuropsicológicas y las alteraciones en el DaTSCAN solo resultó detectable en los sujetos que cumplían criterios de deterioro cognitivo leve (Pellecchia et al., 2015). Otro estudio solo encontró correlación cuando los sujetos eran evaluados en "off" (sin haber recibido su medicación habitual desde al menos 12 horas antes), mientras que en "on" la correlación no era detectable (Duchesne et al., 2002).

Nuestros hallazgos son limitados debido a estar basados en una n pequeña y a que los resultados no alcanzan significación estadística, probablemente debido al tamaño muestral, aunque también puede ser debido a que los sujetos fueron evaluados en "on". Además, la asignación de pruebas a una base verbal o visuoespacial es arbitraria ya que algunas de ellas podrían no considerarse puras de una u otra categoría. No obstante, a pesar de estas limitaciones que no permiten conclusiones definitivas, de nuestros resultados cabe intuir que podría existir asociación entre la disfunción cognitiva y la lateralidad de la afectación del sistema nigro-estriatal en la EP, de modo que aquellas funciones ejecutivas de base visuoespacial se encuentran más afectadas en los pacientes con DaTSCAN patológico en el lado derecho y aquellas de base verbal más afectadas en los pacientes con DaTSCAN patológico en el lado izquierdo. Así, el resultado del DaTSCAN, generalmente utilizado únicamente para apoyar el diagnóstico de sospecha de EP (o para ponerlo en cuestión en caso

Tabla 1
Distribución de número de sujetos con alteración en los tests de funciones ejecutivas en base a la lateralidad de afectación en el DaTSCAN. Se consideraron tests ejecutivos de base visuoespacial la Torre de Hanoi y el Trail Making Test. Se consideraron tests ejecutivos de base verbal el test de Stroop y la fluencia verbal alternante.

	izquierda n=8	derecha n=9	bilateral n=8
Verbal	6	3	7
Visuoespacial	2	7	8

de resultar negativo) (Figura 1), cobra una nueva utilidad clínica, ya que podría resultar útil también para predecir un determinado perfil neuropsicológico. Esto tiene especial relevancia en el contexto clínico actual en el que los aspectos no-motores de la enfermedad están cobrando un interés creciente (Qamar et al., 2017). No obstante, cabe recordar que los resultados del DaTSCAN, al igual que los de otras pruebas complementarias, deben ser siempre utilizados como un complemento de apoyo a la exploración neurológica y neuropsicológica y no deberían constituir en ningún caso la base para determinar el estado motor o cognitivo de los pacientes.

CONCLUSIONES

Podría existir asociación entre el tipo de disfunción cognitiva y la lateralidad de la afectación del sistema nigro-estriatal en la Enfermedad de Parkinson, de modo que aquellas funciones ejecutivas de base visuoespacial se encuentran más afectadas en los pacientes con DaTSCAN patológico en el lado derecho y aquellas de base verbal más afectadas en los pacientes con DaTSCAN patológico en el lado izquierdo. Son necesarios estudios más amplios para confirmar estos resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander, G. E., DeLong, M. R., & Strick, P. L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annual review of neuroscience, 9*(1), 357-381.

Bausela Herreras, Esperanza (2006). Disfunción ejecutiva: sintomatología que acompaña a la lesión y/o disfunción del lóbulo frontal. Avances en salud mental relacional. *Órgano oficial de expresión de la fundación OMI*, *5*(1-7).

Cummings J.L. (1993) Frontal-Subcortical Circuits and Human Behavior. Arch. *Neurol, 50*, 873-880.

Duchesne N, Soucy JP, Masson H, Chouinard S, Bedard MA. (2002). Cognitive deficits and striatal dopaminergic denervation in Parkinson's disease: a single photon emission computed tomography study using 123iodine-beta-CIT in patients on and off levodopa. Clin. *Neuropharmacol, 25*, 216–224. doi: 10.1097/00002826-200207000-00005

Flores Lázaro JC. (2006). Neuropsicología de lóbulos frontales. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México, Cap 2, 53-83.

Kulisevsky J, Pascual-Sedano B. (1999). Parkinson disease and cognition. *Neurologia, 14* Suppl 1, 72-81.

Lees AJ, Smith E. (1983). Cognitive deficits in the early stages of Parkinson's disease. *Brain, 106* (Pt 2), 257-70.

Muller U, Wachter T, Barthel H, Reuter M, von Cramon DY. (2000). Striatal [123I]beta-CIT SPECT and prefrontal cognitive functions in Parkinson's disease. *J. Neural. Transm (Vienna), 107*, 303–319. doi: 10.1007/s007020050025

Pellecchia MT, et al. (2015). Cognitive performances and DAT imaging in early Parkinson's disease with mild cognitive impairment: a preliminary study. Acta Neurol. *Scand. 131*, 275–281. doi: 10.1111/ane.12365

Peña Casanova J. (2007) Neurología de la Conducta y Neuropsicología. Editorial Médica Panamericana, Cap 19, 327-345.

Qamar M, Sauerbier A, Politis M, Carr H, Loehrer P, Chaudhuri KR. (2017). Presynaptic dopaminergic terminal imaging and non-motor symptoms assessment of Parkinson's disease: evidence for dopaminergic basis? *NPJ Parkinson's Disease. 3*, 5. doi:10.1038/s41531-016-0006-9

Rahmim A, Salimpour Y, Jain S, et al. (2016) Application of texture analysis to DAT SPECT imaging: Relationship to clinical assessments. *NeuroImage: Clinical. 12*, e1-e9. doi:10.1016/j.nicl.2016.02.012

Saint-Cyr JA. (2003) Frontal-striatal circuit functions: context, sequence, and consequence. *J Int Neuropsychol Soc*, *9,* 103-127.

Sawada H, Orimo S, Inaba A, Takahashi M. (2017) Relationship between cognitive dysfunction and striatal uptake of 123I-FP-CIT in patients with Parkinson's disease [abstract]. *Mov Disord. 32* (suppl 2). http://www.mdsabstracts.org/abstract/relationship-between-cognitive-dysfunction-and-striatal-uptake-of-123i-fp-cit-in-patients-with-parkinsons-disease/ Accessed August 19, 2017.

Sawada H, Sekiguchi T, Takahashi M, Inaba A, Orimo S. (2016) Relationship between cognitive functions and striatal 123I-FP-CIT uptake in Parkinson's disease [abstract]. *Mov Disord. 31* (suppl 2). http://www.mdsabstracts.org/abstract/relationship-between-cognitive-functions-and-striatal-123i-fp-cit-uptake-in-parkinsons-disease/. Accessed August 19, 2017

Torralva T, Manes F. (2009) Funciones Ejecutivas y Trastornos del Lóbulo Frontal. Instituto de Neurología Cognitiva (INECO). Centro de Estudios de la Memoria. Buenos Aires, 1-6.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN PERSONAS CON EPILEPSIA FÁRMACO-RESISTENTE

GENDER DIFFERENCES IN PROBLEM SOLVING IN PEOPLE WITH DRUG-RESISTANT EPILEPSY

Irene Cano-López[1,2] Vicente Villanueva[2] y Esperanza González-Bono[1]

[1]*IDOCAL/Departamento de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universitat de València*

[2]*Unidad Multidisciplinar de Epilepsia. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (ISS La Fe)*

Resumen

Estudios previos han mostrado la existencia de déficits cognitivos en personas con epilepsia fármaco-resistente, aunque existe escasa información acerca de las posibles diferencias de género en el rendimiento cognitivo de estos pacientes. No obstante, estudios previos con personas sanas han mostrado que, en general, las mujeres tienen mejor rendimiento en tareas verbales y en tareas de memoria, mientras que los hombres tienen mejor rendimiento en tareas que requieren habilidades visoespaciales y constructivas. Por ello, el objetivo de este estudio es analizar si existen diferencias en función del género en una tarea que requiere planificación y resolución de problemas, implicando componentes visoespaciales y constructivos, en personas con epilepsia fármaco-resistente. En este estudio participaron 36 pacientes adultos con epilepsia fármaco-resistente (19 mujeres y 17 hombres; edad media = 39.14, *DT* = 11.35). En 20 de los casos, el foco de las crisis epilépticas se encontraba en el hemisferio izquierdo, mientras que en los 16 casos restantes las crisis procedían del hemisferio derecho. Se evaluó el rendimiento de los pacientes en la tarea de la Torre de Londres, y su nivel de ansiedad-estado durante la evaluación. Los hombres tuvieron significativamente mayor número de aciertos y mayor puntuación total en resolución de problemas que las mujeres, independientemente del hemisferio afectado, controlando la ansiedad-estado. Estos resultados están en la línea de los encontrados con personas sanas, y podrían ser de utilidad para diseñar estrategias apropiadas de rehabilitación cognitiva en pacientes con epilepsia fármaco-resistente.

Palabras clave: Género, Resolución de problemas, Epilepsia fármaco-resistente, Habilidades visoespaciales, Habilidades constructivas.

Abstract

Previous studies have shown the existence of cognitive deficits in people with drug-resistant epilepsy, although information about possible gender differences in the cognitive performance of these patients is scarce. However, previous studies with healthy people have shown that, in general, women perform better in verbal tasks and memory tasks, while men perform better in tasks that involve visuospatial and constructive skills. Therefore, the main of this study is to analyze if there are gender differences in a task that requires planning and problem solving, involving visuospatial and constructive skills, in people with drug-resistant epilepsy. The sample of this study included 36 adult patients with drug-resistant epilepsy (19 women and 17 men, mean age = 39.14, *SD* = 11.35). In 20 cases, the focus of the epileptic seizures was the left hemisphere, while in the remaining 16 cases the seizures came from the right hemisphere. We assessed the performance of the patients in the Tower of London, and their anxiety-state level during the assessment. The men had significantly higher number of correct answers and higher total score in problem solving than women, independently of the affected hemisphere, controlling the anxiety-state level. These results are in line with those found with healthy individuals, and could be useful in the design of appropriate strategies for cognitive rehabilitation in patients with drug-resistant epilepsy.

Keywords: Gender, Problem solving, Drug-resistant epilepsy, Visuospatial skills, Constructive skills.

La epilepsia es una enfermedad que afecta a más de 50 millones de personas en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2017) y consiste en fenómenos paroxísticos ocasionados por descargas cerebrales que se producen

*Correspondencia: Irene Cano López.
Facultad de Psicología. Universitat de València.
C.P: 46010, Valencia, España.
E-mail: Irene.Cano@uv.es.

(*) Financiación: MINECO y FEDER [PSI2015-66600-P]; Generalitat Valenciana [PROMETEOII/2015/020] y Programa FPU del MECD [FPU14/00471].

de forma desordenada y excesiva (Organización Mundial de la Salud, 2001). El tratamiento de la ELT incluye, principalmente, fármacos antiepilépticos (FAEs) como el levetiracetam o el ácido valproico, principios activos con acciones sobre el sistema gabaérgico. La administración de FAEs logra controlar adecuadamente las crisis epilépticas en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, aproximadamente el 30% de los pacientes padecen epilepsias fármaco-resistentes, en las que se requieren procedimientos quirúrgicos con demostrada eficacia en la remisión de las crisis (de Tisi et al., 2011; Kwan, Schachter y Brodie, 2011). Tanto las crisis epilépticas recurrentes como los diferentes tratamientos que se han mostrado eficaces en la remisión de las crisis suelen conllevar efectos cognitivos colaterales (Metternich, Buschmann, Wagner, Schulze-Bonhage y Kriston, 2014; Miller et al., 2016). La mayoría de estudios que analizan estos efectos cognitivos se han centrado en los déficits de memoria, por ser la queja más frecuente de estos pacientes (Vingerhoets, 2006). Sin embargo, los pacientes con epilepsia también presentan déficits en funciones ejecutivas que pueden tener repercusiones importantes en su calidad de vida (Oyegbile et al., 2004).

Las funciones ejecutivas se definen como procesos cognitivos de alto nivel que, tradicionalmente, se han asociado con el funcionamiento de los lóbulos frontales en la regulación de procesos de nivel inferior con el objetivo de realizar comportamientos dirigidos a metas (Friedman y Miyake, 2017). Estas funciones incluyen una amplia variedad de habilidades, incluyendo la resolución de problemas, la toma estratégica de decisiones y la planificación (Jurado y Roselli, 2007). En pacientes con epilepsia se han encontrado cuadros variables de déficits cognitivos en estas funciones (Miller et al., 2016; Oyegbile et al., 2004). En estudios previos, esta variabilidad en las manifestaciones cognitivas se ha atribuido, al menos en parte, a la existencia de factores moduladores relacionados con la enfermedad como el hemisferio afectado (Sidhu et al., 2016; Witt et al., 2015), la frecuencia de crisis epilépticas (Vogt et al., 2014), la edad de inicio de la epilepsia y la duración de la enfermedad (Alessio et al., 2004). Sin embargo, son escasos los estudios que analizan las diferencias de género en el rendimiento cognitivo de estos pacientes y éste puede ser un factor relevante a la hora de explicar la variabilidad de los resultados a través de los estudios.

Por ello, el objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias de género en el rendimiento en la prueba Torre de Londres, una tarea que requiere planificación, toma de decisiones y resolución de problemas, implicando componentes visoespaciales y constructivos, en personas con epilepsia fármaco-resistente.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En este estudio participaron 36 pacientes adultos con epilepsia fármaco-resistente (19 mujeres y 17 hombres; edad media = 39.14, *DT* = 11.35). En 20 de los casos, el foco de las crisis epilépticas se encontraba en el hemisferio izquierdo, mientras que en los 16 casos restantes las crisis procedían del hemisferio derecho.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes: 1) haber sido diagnosticado de epilepsia fármaco-resistente mediante una valoración multidisciplinar exhaustiva, 2) ser candidato a cirugía de la epilepsia, 3) y tener una edad mínima de 18 años.

Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Características de la muestra (variables continuas: *M* ± *DT*; variables categóricas: n (%))

CARACTERÍSTICAS	TOTAL
Edad	39,14 ± 11,35
Nivel educativo	
Educación primaria	4 (11,1%)
Educación secundaria	11 (30,6%)
Bachillerato	4 (11,1%)
Formación Profesional Grado Medio	4 (11,1%)
Formación Profesional Grado Superior	5 (13,9%)
Diplomatura	3 (8,3%)
Licenciatura	5 (13,9%)
Estado civil	
Soltero	18 (50,0%)
Casado	16 (44,4%)
Divorciado	2 (5,6%)
Convivencia	
Padres	11 (30,6%)
Solo	2 (5,6%)
Pareja	22 (61,1%)
Compañeros de piso	1 (2,8%)
Dominancia manual	
Derecha	30 (83,3%)
Izquierda	6 (16,7%)

Tabla 1 (Continuación)
Características de la muestra (variables continuas: *M* ± *DT*; variables categóricas: n (%))

Tipo de epilepsia	
Frontal	6 (16,7%)
Temporal	26 (72,2%)
Temporo-insular	1 (2,8%)
Parietal	3 (8,3%)
Hemisferio afectado	
Derecho	16 (44,4%)
Izquierdo	20 (55,6%)
Duración enfermedad	22,92 ± 16,55
Crisis epilépticas al mes	30,75 ± 74,49
Número de FAEs	2,81 ± 1,14

Nota. FAEs: fármacos antiepilépticos.

MATERIALES

Inventario de Lateralidad Manual de Edimburgo (Oldfield, 1971). Este cuestionario evalúa la dominancia manual. Consta de 10 ítems referidos a la mano usada en determinadas actividades motoras. Los participantes debían indicar si su preferencia manual era totalmente izquierda o derecha, preferentemente izquierda o derecha, o mixta (utilización de ambas manos por igual) para cada ítem. Se asignaron 2 puntos en izquierda o derecha en el caso de que la preferencia fuera totalmente izquierda o derecha en la tarea, 1 punto si era preferente izquierda o derecha, y 1 punto en derecha e izquierda si la preferencia era mixta. En base a estas puntuaciones, se calculó el cociente de lateralidad (CL)= (D-I) / (D+I) x 100. Se clasificó a los pacientes en: zurdos (puntuación comprendida entre -100 y -71), diestros (puntuación comprendida entre +71 y +100) y ambidiestros (puntuación entre -70 y + 70) (Dragovic, 2004).

Torre de Londres (Shallice, 1982). Se utilizó el software Psychology Experiment Building Language (PEBL; Mueller, 2012) para administrar una versión computerizada del test. La torre de Londres es una tarea que requiere procesos como planificación, memoria de trabajo, inhibición de posibles distractores y flexibilidad cognitiva. Consta de dos problemas en los que se utiliza una base con tres palos equidistantes de diferente tamaño y tres discos del mismo tamaño y diferente color (rojo, azul y verde). Se solicitó a los participantes que colocaran los discos en la base, con el mínimo número de movimientos posibles, del mismo modo que estaban colocados en una imagen. Se indicó a los participantes que no podían coger varios discos al mismo tiempo, no podían dejar ningún disco fuera de la base y solamente podían mover los discos de uno en uno. Se registró la puntuación total (número de discos correctamente colocados) y el número medio de aciertos (obteniendo una puntuación media que oscilaba entre 0 y 1).

Ansiedad-estado. Para evaluarla se utilizó el cuestionario STAI (Spielberger et al., 1989), compuesto por 20 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 0 (*nada*) y 3 (*mucho*). La traducción en castellano de la escala tuvo un alfa de Cronbach de 0,94 (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

PROCEDIMIENTO

Este estudio se realizó en la Unidad Multidisciplinar de Epilepsia del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. El procedimiento se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

El diagnóstico de epilepsia fármaco-resistente y la lateralización del área epileptogéna fue llevado a cabo por los miembros de la Unidad Multidisciplinar de Epilepsia mediante una valoración exhaustiva que incluyó: historia de crisis epilépticas y semiología; valoración neurológica; monitorización mediante vídeo-EEG; resonancia magnética de 3 Teslas (RMI); tomografía por emisión de positrones (PET) con fluorodesoxiglucosa (FDG); tomografía por emisión de fotón único (SPECT); evaluación psiquiátrica; y valoración neuropsicológica.

El historial médico de los pacientes proporcionó información acerca de sus características a nivel demográfico (edad, sexo, nivel educativo, estado civil y convivencia) y clínico (duración de la enfermedad en años, frecuencia de crisis y número de FAEs).

Como parte de la valoración neuropsicológica, se evaluó el rendimiento de los pacientes en la tarea de la Torre de Londres, y su nivel de ansiedad-estado durante la evaluación. A su vez, se valoró la dominancia manual de los participantes.

DISEÑO

En primer lugar, se comprobó la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente, se analizaron las posibles diferencias en función del género en las variables demográficas, en el nivel de ansiedad-estado y en las variables clínicas asociadas a la epilepsia a través de pruebas t para muestras independientes (en el caso de las variables continuas como la edad, la duración de la enfermedad, la frecuencia de crisis, el número de FAEs, y el nivel de ansiedad-estado) y pruebas χ^2 (en el caso de las variables nominales como el nivel educativo, el estado civil, la convivencia, la dominancia manual, el tipo de epilepsia y el hemisferio afectado).

Para analizar el impacto del género sobre el rendimiento en la tarea Torre de Lodnres, realizamos ANCOVAs univariados con la puntuación total y el número medio de aciertos de la tarea, considerando como factores entre-sujetos el género y el hemisferio afectado, covariando el nivel de ansiedad-estado. Es preciso destacar que esta variable se incluyó como variable covariada dado que observamos una relación significativa entre la ansiedad-estado y el rendimiento en la tarea Torre de Londres. Los valores *p* de estos ANCOVAs se ajustaron utilizando Bonferroni como prueba a posteriori.

Los estadísticos descriptivos de los datos se expresan en medias ± *SEM* y se ha incluido la eta parcial al cuadrado (η^2_p) como estimación del tamaño del efecto. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando SPSS 22.0 y considerando $p < .05$ como un valor significativo.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD EN MUJERES Y EN HOMBRES

No se hallaron diferencias en función del género en características demográficas como la edad, el nivel educativo, el estado civil, la convivencia ni la dominancia manual.

Respecto a las variables relacionadas con la enfermedad, no se hallaron diferencias significativas en función del género en tipo de epilepsia, hemisferio afectado, duración de la enfermedad, frecuencia de crisis ni número de fármacos antiepilépticos.

En cuanto al nivel de ansiedad-estado, tampoco se hallaron diferencias significativas en función del género.

Tabla 2
Características demográficas, características de la enfermedad y nivel de ansiedad-estado en hombres y mujeres (variables continuas: *M* ± *DT*; variables categóricas: n (%))

Características	Mujeres	Hombres	*p*
Edad	38,05 ± 11.34	40,35 ± 11.60	,55
Nivel educativo			,84
Educación primaria	1 (5,3%)	3 (17,6%)	
Educación secundaria	6 (31,6%)	5 (29,4%)	
Bachillerato	3 (15,8%)	1 (5,9%)	
Formación Profesional Grado Medio	2 (10,5%)	2 (11,8%)	
Formación Profesional Grado Superior	3 (15,8%)	2 (11,8%)	
Diplomatura	2 (10,5%)	1 (5,9%)	
Licenciatura	2 (10,5%)	3 (17,6%)	
Estado civil			,15
Soltero	11 (57,9%)	7 (41,2%)	
Casado	6 (31,6%)	10 (58,8%)	
Divorciado	2 (10,5%)	0 (0,0%)	
Convivencia			,22
Padres	7 (36,8%)	4 (23,5 %)	
Solo	2 (10,5%)	0 (0,0 %)	
Pareja	9 (47,4%)	13 (76,5%)	
Compañeros de piso	1 (5,3%)	0 (0,0%)	
Dominancia manual			,66
Derecha	15 (78,9%)	15 (88,2%)	
Izquierda	4 (21,1%)	7 (41,2%)	
Tipo de epilepsia			,56
Frontal	4 (21,1%)	2 (11,8%)	
Temporal	12 (63,2%)	14 (82,4%)	
Temporo-insular	1 (5,3%)	0 (0,0%)	
Parietal	2 (10,5%)	1 (5,9 %)	
Hemisferio afectado			,18
Derecho	6 (31,6%)	10 (58,8%)	
Izquierdo	13 (68,4%)	7 (41,2 %)	
Duración enfermedad	25,79 ± 15,13	19,71 ± 17,91	,28
Crisis epilépticas al mes	24,36 ± 67,52	37,90 ± 83,10	,59
Número de FAEs	2,63 ± 1,21	3,00 ± 1,06	,34
Ansiedad	18,58 ± 2,45	25,00 ± 11,54	,09

Nota. FAEs: fármacos antiepilépticos

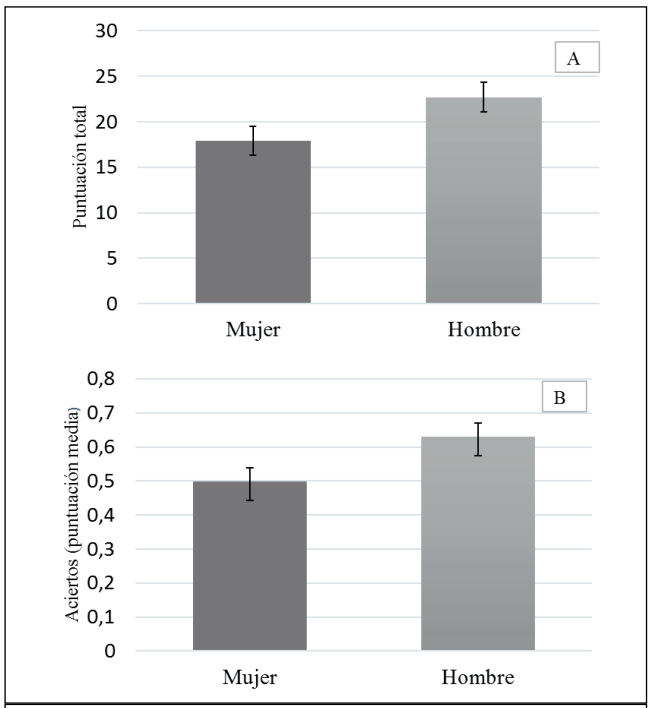


Figura 1. Diferencias de género en el rendimiento en la tarea Torre de Londres: a) puntuación total; b) número medio de aciertos

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA TAREA TORRE DE LONDRES Y PAPEL DEL HEMISFERIO AFECTADO

Los resultados mostraron un efecto significativo del "género" sobre la puntuación total y el número de aciertos en la tarea Torre de Londres ($F(1,35) = 4{,}23$, $p = ,048$, $\eta^2_p = ,12$, y $F(1,35) = 4{,}09$, $p = ,05$, $\eta^2_p = ,12$, respectivamente). En ambos casos, los hombres tuvieron significativamente mayor puntuación que las mujeres, controlando la ansiedad-estado (ver Figura 1).

DISCUSIÓN

Este estudio se ha centrado en determinar si existen diferencias de género en el rendimiento en la Torre de Londres, una tarea que requiere planificación, toma de decisiones y resolución de problemas, en personas con epilepsia fármaco-resistente. Nuestros resultados muestran que los hombres tienen mejor rendimiento en esta tarea respecto a las mujeres, independientemente del hemisferio afectado. Hasta donde sabemos, no existen estudios que hayan analizado los efectos del género en el rendimiento en esta tarea en pacientes con epilepsia fármaco-resistente. No obstante, con personas sanas se han encontrado diferencias de género en diversos dominios cognitivos, hallándose que las mujeres tienen mejor rendimiento en tareas verbales y de memoria (Kramer, Delis, Kaplan, O'Donnell, y Prifitera, 1997), mientras que los hombres tienen mejor rendimiento en tareas que requieren habilidades visoespaciales y constructivas (Boghi et al., 2006; Geary, Saults, Liu, y Hoard, 2000; Saucier et al., 2002). Dado que la tarea Torre de Londres implica componentes visoespaciales y constructivos, nuestros resultados están en la línea de los encontrados en personas sanas. Las diferencias de género en el rendimiento en diferentes dominios cognitivos podrían atribuirse, al menos parcialmente, a la existencia de diferencias en los sustratos neuroanatómicos subyacentes (Bachevalier y Hagger, 1991; McGlone, 1978; Kimura, 1987; Kulynych, Vladar, Jones, y Weinberger, 1993).

Los resultados de este estudio sugieren que existen diferencias en las estrategias cognitivas utilizadas en función del género en pacientes con epilepsia fármaco-resistente. Estos resultados podrían ser de utilidad para diseñar programas de rehabilitación cognitiva específicos en función del género con estos pacientes.

CONCLUSIONES

Este estudio se ha centrado en analizar las diferencias de género en el rendimiento en la prueba Torre de Londres, una tarea que requiere planificación, toma de decisiones y resolución de problemas, en 36 pacientes adultos con epilepsia fármaco-resistente. Nuestros resultados muestran que los hombres tienen mejor rendimiento que las mujeres en esta tarea. Dado que esta prueba implica componentes visoespaciales y constructivos, nuestros resultados están en la línea de los encontrados con personas sanas, y podrían ser de utilidad para diseñar estrategias apropiadas de rehabilitación cognitiva en pacientes con epilepsia fármaco-resistente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alessio, A., Damasceno, B. P., Camargo, C.H.P., Kobayashi, E., Guerreiro, C.A.M., y Cendes, F. (2004). Differences in memory performance and other clinical characteristics in patients with mesial temporal lobe epilepsy with and without hippocampal atrophy. *Epilepsy y Behavior, 5*, 22-27. doi:10.1016/j.yebeh.2003.10.010

Bachevalier, J., y Hagger, C. (1991). Sex differences in the development of learning abilities in primates. *Psychoneuroendocrinology, 16*, 177–188.

Boghi, A., Rasetti, R., Avidano, F., Manzone, C., Orsi, L., D'agata, F., ... Bradac, G.B. (2006). The effect of gender on planning: an fMRI study using the Tower of London task. *Neuroimage, 33*, 999-1010. doi: 10.1016/j.neuroimage.2006.07.022

de Tisi, J., Bell, G. S., Peacock, J. L., McEvoy, A. W., Harkness, W. F., Sander, J. W., y Duncan, J. S. (2011). The long-term outcome of adult epilepsy surgery, patterns of seizure remission, and relapse: a cohort study. *The Lancet, 378*, 1388-1395. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60890-8

Dragovic, M. (2004). Categorization and validation of handedness using latent class analysis. *Acta Neuropsychiatrica, 16*, 212-218. doi: 10.1111/j.0924-2708.2004.00087.x

Friedman, N.P., y Miyake, A. (2017). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex, 86*, 186-204. doi: 10.1016/j.cortex.2016.04.023

Geary, D.C., Saults, S.J., Liu, F., y Hoard, M.K. (2000). Sex differences in spatial cognition, computational fluency, and arithmetical reasoning. *Journal of Experimental Child Psychology, 77*, 337–353. doi: 10.1006/jecp.2000.2594

Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema, 23*, 510-515.

Jurado, M. B., y Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychology Review, 17*, 213-233. doi:10.1007/s11065-007-9040-z

Kimura, D. (1987). Are mens and womens brains really different? *Canadian Psychology, 28*, 133–147.

Kramer, J.H., Delis, D.C., Kaplan, E., O'Donnell, L., y Prifitera, A. (1997). Developmental sex differences in verbal learning. *Neuropsychology, 11*, 577–584.

Kulynych, J.J., Vladar, K., Jones, D.W., y Weinberger, D.R. (1993). Three-dimensional surface rendering in MRI morphometry: a study of the planum temporale. *Journal of Computer Assisted Tomography, 17*, 529-535.

Kwan, P., Schachter, S.C., y Brodie, M.J. (2011). Drug-resistant epilepsy. The New England Journal of Medicine, 365, 919-926. doi: 10.1056/NEJMra1004418

McGlone, J. (1978). Sex differences in functional brain asymmetry. *Cortex, 14*, 122-128.

Metternich, B., Buschmann, F., Wagner, K., Schulze-Bonhage, A., y Kriston, L. (2014). Verbal fluency in focal epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review, 24*, 200-218. doi: 10.1007/s11065-014-9255-8

Miller, L. A., Galioto, R., Tremont, G., Davis, J., Bryant, K., Roth, J., ... y Blum, A. S. (2016). Cognitive impairment in older adults with epilepsy: Characterization and risk factor analysis. *Epilepsy y Behavior, 56*, 113-117. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.01.011

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., y 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

Mueller, S.T. (2012). The Psychology Experiment Building Language, Version 0.13. Recuperado de: http://pebl.sourceforge.net

Oldfield, R.C. (1971). The assessment and analysis of handedness: the Edinburgh inventory. *Neuropsychologia, 9*, 97-113.

Organización Mundial de la Salud (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization Press.

Organización Mundial de la Salud (2017). Hoja de hechos. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/

Oyegbile, T. O., Dow, C., Jones, J., Bell, B., Rutecki, P., Sheth, R., ... y Hermann, B. P. (2004). The nature and course of neuropsychological morbidity in chronic temporal lobe epilepsy. *Neurology, 62*, 1736-1742. doi: 10.1212/01.WNL.0000125186.04867.34

Saucier, D.M., Green, S.M., Leason, J., MacFadden, A., Bell, S., y Elias, L.J. (2002). Are sex differences in navigation caused by sexually dimorphic strategies or by differences in the ability to use the strategies? *Behavioral Neuroscience, 116*, 403–410. doi: 10.1037//0735-7044.116.3.403

Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 298*, 199-209.

Sidhu, M. K., Stretton, J., Winston, G. P., McEvoy, A. W., Symms, M., Thompson, P. J., ... y Duncan, J. S. (2016). Memory network plasticity after temporal lobe resection: a longitudinal functional imaging study. *Brain, 139*, 415-430. doi: 10.1093/brain/awv365

Spielberger, C.D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Vingerhoets, G. (2006). Cognitive effects of seizures. *Seizure, 15*, 221-226. doi:10.1016/j.seizure.2006.02.012

Vogt, V. L., Witt, J. A., Malter, M. P., Schoene-Bake, J. C., Lehe, M. V., Elger, C. E., y Helmstaedter, C. (2014). Neuropsychological outcome after epilepsy surgery in patients with bilateral Ammon's horn sclerosis. *Journal of Neurosurgery, 121*, 1247-1256. doi: 10.3171/2014.7.JNS132037

Witt, J. A., Coras, R., Schramm, J., Becker, A. J., Elger, C. E., Blümcke, I., y Helmstaedter, C. (2015). Relevance of hippocampal integrity for memory outcome after surgical treatment of mesial temporal lobe epilepsy. *Journal of Neurology, 262*, 2214-2224. doi: 10.1007/s00415-015-7831-3

ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD DE GÉNERO Y DIVERSIDAD

EVOLUCIÓN DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO DE IDENTIDAD DE GÉNERO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (UTIGPA). REESTRUCTURAR Y ADAPTARSE A LOS CAMBIOS

EVOLUTION OF GENDER IDENTITY TREATMENT UNIT OF THE PRINCIPALITY OF ASTURIAS (UTIGPA). RESTRUCTURE AND ADAPT TO CHANGES

María Fernández-Rodríguez[1], Patricia Guerra-Mora[2], Noelia Martínez-Menéndez[2] y Elena García-Vega[3]

[1]Psicóloga clínica en Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) y Centro de Salud Mental I "La Magdalena" Área sanitaria III. Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Asturias. Profesora asociada de la facultad de psicología Universidad de Oviedo. [2]Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Asturias. [3]Profesora en facultad de psicología de la Universidad de Oviedo.

Resumen

La UTIGPA, como institución, es un organismo vivo, tiene una fecha de nacimiento, una historia y distintas fases en su desarrollo. Además, no es un ente aislado, forma parte de un sistema más amplio, está inmerso en un contexto sociocultural determinado y en constante cambio. Recientemente la Nacional Geographic ha publicado un monográfico sobre "la revolución del género" en la última década. La UTIGPA ha vivido en primera persona durante el mismo periodo los rápidos y vertiginosos cambios. La UTIGPA, como institución, ha ido evolucionando a lo largo de los años. Cabe señalar varios hitos que han determinado y posicionado el trabajo asistencial llevado a cabo en la unidad. Posiblemente el más polémico haya sido el relacionado con el diagnóstico. Las reivindicaciones sociales para despatologizar y en consecuencia eliminar la transexualidad de las clasificaciones diagnósticas tradicionales (DSM y CIE) ha ido dando sus frutos.

Palabras clave. Trasgénero, Identidad, Recursos, Evolución.

Abstract

The UTIGPA, as an institution, is a living organism, it has a date of birth, a history and several phases in its development. Moreover, it is not an isolated entity, it is part of a larger system, it is immersed in a determined sociocultural context and in constant change. Recently the National Geographic has published a monograph on "the gender revolution" in the last decade. The UTIGPA has lived rapid and vertiginous changes during the same period in first person. The UTIGPA, as an institution, has been evolving over the years. It should be noted several milestones that have determined and positioned the care work carried out in the unit. Possibly the most controversial has been identified with the diagnosis. Social claims to depathologize and effectively eliminate transsexuality from traditional diagnostic classifications (DSM and ICD) have been given fruit.

Key words. Transgender, Identity, Resources, Evolution.

La Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) comienza su actividad asistencial en marzo de 2007 (Fernández, 2009). Está ubicada en el Centro de Salud El Quirinal y depende funcionalmente del Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Es centro de referencia para todas las personas de la comunidad autónoma y la actividad asistencial de la unidad se desarrolla un día a la semana, concretamente los martes.

Desde el principio, los profesionales de la unidad se constituyen como equipo interprofesional. Está compuesto por dos psicólogas clínicas, un especialista en endocrinología y una enfermera. Aunque son los psicólogos internos residentes los que principalmente se forman en esta unidad, también realizan rotaciones voluntarias algunos otros profesionales (residentes

Correspondencia: María Fernández Rodríguez
Centro de Salud Mental I "La Magdalena"
Valdés Salas, 4,
33400 Avilés, Asturias. España
Email: maria.fernandezr@sespa.es

de psiquiatría y enfermería, alumnado de máster de psicología general sanitaria).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes son los usuarios de la unidad. La selección de la muestra por tanto es sistemática. Se registran los usuarios atendidos desde la apertura de la unidad, enfatizando aquellos atendidos en los últimos cinco años.

MATERIALES

Para realizar este trabajo se utilizó la revisión de historias clínicas así como la consulta de bibliografía especializada en el tema.

PROCEDIMIENTO

Se realiza un análisis acerca de la actividad asistencial de la UTIGPA en los últimos años y se analizan, de forma retrospectiva, cuales han sido las principales influencias de la evolución de la unidad desde su apertura hasta la actualidad. Para ello se realiza una reflexión.

DISEÑO

Se trata de un trabajo cualitativo, no experimental, de carácter retrospectivo.

RESULTADOS

La UTIGPA desde su apertura en marzo de 2007 hasta diciembre de 2016 ha atendido en consulta a 166 personas por presentar quejas de Disforia de Género (DG). La actividad asistencial en los últimos cinco años se muestra en la Tabla 1.

Los usuarios en contacto con la unidad en los últimos cinco años se reflejan en la Tabla 2. Un alto porcentaje de usuarios son atendidos simultáneamente por ambas especialidades.

Tabla 1
Actividad asistencial en la UTIGPA 2012-2016

Año	Primeras consultas	Segundas o sucesivas consultas
2012	14	215
2013	14	223
2014	16	291
2015	27	289
2016	31	307
Total	102	1310
Total consultas	1412	

La UTIGPA como institución es un organismo vivo, tiene una fecha de nacimiento, una historia y distintas fases en su desarrollo. Además, no es un ente aislado, forma parte de un sistema más amplio, en un contexto sociocultural determinado y en constante cambio.

Recientemente la sociedad Nacional Geographic (2017) ha publicado un monográfico sobre la revolución del género en la última década. La UTIGPA ha vivido en primera persona, durante este mismo periodo, los rápidos y vertiginosos cambios que solo pueden ser explicados y comprendidos desde una óptica circular. El mecanismo que regula las organizaciones sociales se basa en la transmisión interactiva de la información.

Cabe señalar varios hitos que han determinado y posicionado el trabajo asistencial llevado a cabo en la unidad a lo largo de este periodo:

1. Despatologización y evolución de la transexualidad en las clasificaciones diagnósticas tradicionales.

Posiblemente el punto de inflexión más polémico ha sido el relacionado con el diagnóstico. Las reivindicaciones sociales para despatologizar y eliminar la transexualidad de las clasificaciones diagnósticas tradicionales han ido dando sus frutos.

Cuando comenzamos la actividad asistencial en el 2007, todavía estaban en vigor las muy cuestionadas categorías diagnósticas, transexualismo (CIE 10, OMS, 1992) o trastorno de la identidad de género (DSM-IV-TR, APA, 1994). El diagnóstico estaba fundamentado en las alteraciones del modelo dicotómico tradicional, donde solo se podía ser hombre o mujer con sus correlatos de género asociados (hombre masculino y mujer femenina). Desde estos presupuestos, tanto las intervenciones de los profesionales como las demandas de los usuarios, iban orientadas a perpetuar el dimorfismo sexual y de género a través de los tratamientos hormonales y quirúrgicos. La transexualidad era considerada una enfermedad mental pero no se trataba como tal.

Los movimientos de despatologización (Suess, 2009; WPATH Board of Directors, 2010; Campaña Internacional

Tabla 2
Consultantes con endocrinología y psicología 2012-2016

Usuarios en contacto con la UTIGPA 2012-2016	
Consultantes con psicología clínica	143
Consultantes con endocrinología	108

Stop Trans Pathologization, 2013) y las críticas a un modelo binario de la sociedad se visualizan en el intento de despatologización por parte del DSM-5 (APA, 2013). Elimina el término *trastorno* de identidad de género y es sustituido por el de DG. Se diagnostica el malestar producido por la incongruencia entre el género sentido o expresado y el asignado al nacer. Este cambio terminológico abre la posibilidad de que el diagnóstico desaparezca cuando tras la transición, las personas ya no sufran la DG. Esta modificación terminológica del DSM-5 supone un gran avance, sin embargo, la DG continúa incluida en dicha clasificación diagnóstica.

La CIE 10 actualmente en vigor mantiene el término de transexualismo. En 2018 se prevé la publicación de la nueva edición de la CIE, donde la transexualidad ya no formará parte de los capítulos de los trastornos mentales, sino que pasará al apartado de "Condiciones relativas a la salud sexual" bajo la denominación de "incongruencia de género" (OMS, s.f), terminología ya intentada y descartada por la APA antes de concluir DG. En la CIE 10, dentro del apartado "*Otros procesos de la CIE 10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento*" y en el capítulo XXI "*Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*" ya consta, un epígrafe titulado "*Consejo relacionado, con actitud, conducta u orientación sexual*" (Z70), donde podrían incluirse algunas demandas de las personas homosexuales, como por ejemplo "*Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente*". La OMS parece estar realizando el mismo recorrido que el llevado a cabo cuando la homosexualidad fue retirada del manual de los trastornos mentales.

En este punto dirían los detractores que si no es una enfermedad, como se justificaría la atención sanitaria. Es decir, ¿debería el Sistema Nacional de Salud dar cobertura a estas personas? Esta pregunta se contesta haciendo un paralelismo con la obesidad y la cirugía bariátrica. La obesidad no es clasificada como trastorno psiquiátrico ni en el DSM ni en la CIE. Sin embargo, los psicólogos clínicos atienden esta demanda tanto para realizar la evaluación previa a la cirugía bariátrica como para el seguimiento posquirúrgico.

2. Cambios introducidos en los estándares asistenciales de la 7ª y última versión de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (Word Profesional Association for Transgender, WPATH, 2011).

Las normas de cuidado para las personas con DG que tienen más aceptación entre los distintos equipos de tratamiento están basadas en los estándares de cuidados propuesto por la "Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin" (HBIGDA), denominada desde 2007 "Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero" (WPATH).

Cuando comienza la actividad asistencial en la UTIGPA estaba en vigor la sexta versión de los Estándares Asistenciales (EA) (2001), una época de transición donde aún estábamos muy influenciados por los planteamientos de la quinta versión de los EA (1998).

La 7ª versión (2011), en un intento de despatologizar y adelantándose al cambio terminológico del DSM-5, introduce el concepto de DG para sustituir el diagnóstico de transexualismo o trastorno de identidad de género de sus versiones predecesoras. Este posicionamiento despatologizador de la WPATH quedó expresado en un manifiesto en 2010 que señalaba que "la expresión de las características de género, incluyendo las identidades, que no estén asociadas estereotípicamente con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno común y multicultural humano que no debe ser juzgado como implícitamente patológico o negativo".

Los EA hasta la séptima versión, partiendo de un modelo dicotómico de la sociedad establecían un modo de intervención procesual: la triada terapéutica (psicoterapia y/o experiencia de la vida real, tratamiento hormonal y quirúrgico). La séptima versión no solo no hace mención a esta triada, si no que amplía el colectivo de atención, además de las personas transexuales, a personas transgénero, con disconformidad de género y con trastornos del desarrollo sexual, estableciendo que el tratamiento hormonal y quirúrgico no son la única opción para las personas con DG. Elimina los criterios de elegibilidad y de disposición de obligado cumplimiento para la terapia hormonal y quirúrgica. La psicoterapia y la experiencia de la vida real no son obligatorias para comenzar el tratamiento hormonal. La experiencia de la vida real no es tampoco necesaria para algunas cirugías como la histerectomía, ovariectomia u orquiectomía. También elimina la obligatoriedad de terapia hormonal previa a la cirugía de pecho e incluso posibilita el abstenerse del tratamiento hormonal previo a la cirugía genital si la persona no lo desea.

Nacer macho o hembra de la especie humana no implica necesariamente sentirse hombre o mujer.

Perpetuar el dimorfismo sexual y de género no es la única opción. La séptima y última versión de la WPATH supera este binarismo, rompe con la triada terapéutica fomentando la normalización, la socialización y la visibilidad de las distintas manifestaciones o expresiones del género (Fernández, Guerra y García-Vega, 2014).

Posiblemente el tema más polémico y controvertido de la WPATH ha sido el relativo al tratamiento hormonal de los menores (Fernández, Guerra, Díaz, García-Vega y Álvarez-Diz, 2015).

La 6º versión de los EA (WPATH, 2001) ya contemplaba que los adolescentes podían ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de las mismas, recomendando que se haya llegado hasta el estadio II de Tanner y también pueden ser elegibles para iniciar tratamiento hormonal cruzado a los 16 años. Es a partir de la 7ª versión de los EA y de los resultados prometedores publicados por distintas unidades especializadas cuando la UTIGPA comienza a tener en cuenta las demandas de los menores de edad. En nuestra unidad, al igual que en otras unidades de ámbito nacional e internacional ha habido un aumento importante y progresivo de menores que solicitan consulta (Fernández, Guerra y Martín, 2016). En una investigación realizada con datos obtenidos hasta el 2015, se obtuvo que el 14,6% de los demandantes eran menores de edad, de los cuales el 25% realizó una demanda exclusiva de intervenciones psicológicas y el 75% de tratamientos médicos (Fernández, Guerra, Martín y Grupo GIDSEEN, 2017).

3. Marco legislativo de las leyes integrales de la transexualidad en las distintas comunidades autónomas españolas.

No disponemos de una ley integral de la transexualidad de ámbito nacional, pero sí de distintas leyes elaboradas por CCAA.

La primera ley integral ha sido la de Navarra "Ley foral 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales". Defiende la creación de unidades de identidad de género específicas, compuestas por equipos interdisciplinares. Plantea la creación de una guía clínica que tenga en cuenta los EA internacionales. Establece la importancia del diagnóstico. Hace alusión al derecho a "*ser atendidas por profesionales con experiencia*" y contempla incluir en los programas formativos universitarios "*formación específica de calidad en materia de transexualidad*". Se prohíbe expresamente el uso terapias aversivas. La ley foral también desarrolla ampliamente la atención de menores "*Las personas transexuales menores de edad tienen pleno derecho a recibir el oportuno diagnóstico y tratamiento médico relativo a su transexualidad, especialmente la terapia hormonal*". Desarrolla el tratamiento de forma procesual, destacando la importancia para avanzar en el proceso el papel del profesional de psicología clínica. En general, esta ley desarrolla la atención a la transexualidad en consonancia con los EA (5º y 6ª versión) donde se habla del diagnóstico como punto de partida para ir avanzando en el proceso.

En el País Vasco está vigente la "Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales". Mantiene en esencia los planteamientos de la Ley Foral. Refleja la importancia de las unidades especializadas y de los equipos interprofesionales .También "*se emplaza a la realización de una guía clínica para la atención de las personas transexuales*" que "*deberá contener los criterios objetivos y estándares asistenciales internacionales*" y por último señala la necesidad de "*cualificación necesaria del personal profesional*". Con respecto a los menores la "*guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad*" es muy clara sobre la importancia del profesional de salud mental "*se recomienda realizar una evaluación psicológica complementada con despistaje psicopatológico, para ampliar el conocimiento de la persona y valorar posibles áreas de intervención y ayuda*"; "*Las personas transexuales menores de edad tienen pleno derecho a recibir el oportuno diagnóstico y tratamiento médico relativo a su transexualidad, especialmente la terapia hormonal.*"

Posteriormente, surge la "Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales" de Canarias. En la línea de las dos leyes anteriores plantea la creación de dos unidades de referencia compuestas por equipos interdisciplinares. Plantea la elaboración de una guía clínica basada en los EA y hace hincapié en la formación de los profesionales. Con respecto a los menores plantea el derecho a recibir diagnóstico y tratamiento, especialmente la terapia hormonal.

En el año 2014 se presenta la "Ley catalana, 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos

de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia". Esta ley sigue los principios básicos de las leyes elaboradas hasta este momento. Mantiene la conveniencia de un adecuado diagnóstico interdisciplinar para un abordaje terapéutico que no perjudique a la persona. Esta comunidad autónoma cuenta, además de la unidad de identidad de género, con un centro de reproducción asistida que da atención y tratamiento a las personas trans. La unidad continúa realizando su actividad asistencial desde los principios básicos desarrollados en la ley, pero se observa una fuerte tendencia social hacia la despatologización y a la autodeterminación del género.

En el mismo año se propone la "Ley 2/2014, del 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía". Esta ley introduce cambios sustanciales respecto a sus predecesoras. Modifica totalmente el modelo de intervención que se venia realizando en la unidad del Hospital Carlos Haya de Málaga. La ley establece "*descentralizar la atención a las personas, disminuyendo los desplazamientos e intensificando la humanización de la asistencia*". Desaparece la unidad como tal y el equipo interdisciplinar. Las funciones que realizaban las psicólogas clínicas de la unidad pasan a ser desempeñadas por los profesionales de salud mental de los centros de salud comunitarios. La puerta de entrada para la atención a las personas trans es el médico de atención primaria o el pediatra, posteriormente serían derivados a los centros de salud mental comunitarios que a su vez derivarían al servicio de endocrinología. En todo caso se tendría en cuenta que "*ninguna persona será obligada a someterse a tratamiento, procedimiento médico o examen psicológico que coarte su libertad de autodeterminación de género*". Con respecto a los menores la ley establece "*el derecho a recibir la atención sanitaria necesaria para garantizar el desarrollo equilibrado y saludable de su identidad de género, con especial atención en la etapa de la pubertad, de conformidad con las recomendaciones médicas internacionales en materia de transexualidad*".

Más tarde surge la "Ley de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid". Esta ley mantiene muchas similitudes con respecto a la ley de Andalucía, como la descentralización de la asistencia y la despatologización. Tras la publicación de la ley, la unidad especializada de identidad de género continúa con su labor asistencial aunque no es obligada su utilización. También se le asignan a la unidad otras funciones, "*se conforma la unidad como centro de investigación, formación, supervisión y apoyo a los facultativos de proximidad, y como centro de tratamiento con derivación voluntaria del paciente*". "*Asesoramiento y seguimiento a los profesionales que presten asistencia a las personas trans en la comunidad que opten por atención de proximidad*". Contempla también la opcionalidad de la asistencia psicológica. En ningún caso será requisito acreditar la identidad de género manifestada mediante informe psicológico o médico "*proporcionara el acompañamiento psicológico adecuado si el usuario y/o familiares y profesionales lo vieran necesario*" En cuanto a la asistencia de los menores establece el derecho a recibir tratamiento hormonal al inicio de la pubertad y tratamiento hormonal cruzado.

La "Ley de Igualdad Social de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales, Transgénero e Intersexuales y de Políticas Públicas contra la discriminación por Orientación Sexual e Identidad de Género en la Comunidad Autónoma de Extremadura" (19 de marzo de 2015) mantiene los principios de las leyes de Andalucía y Madrid. Los usuarios no tienen la obligación de someterse a tratamiento, procedimiento médico o examen psicológico que coarte la libertad o la autodeterminación de género. La función previa de diagnóstico o evaluación es opcional y su negación no implica que no pueda continuar con el proceso. Establece el derecho al tratamiento hormonal en los menores.

Por último, la "Ley 8/2017, de 7 de abril, de la Generalitat, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana", mantiene la unidad de identidad de género de referencia, pero tampoco es de obligado cumplimiento utilizarla. Las unidades "*estarán constituidas por equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios conocedores de la realidad de las personas trans y con experiencia suficiente y demostrada en la materia*". Se elimina la palabra diagnóstico, se mantiene la evaluación y funciones por parte del psicólogo clínico. Las personas trans tienen el derecho "*al reconocimiento de su identidad de género libremente manifestada, sin la necesidad de prueba psicológica o médica*"; a"*recibir información y valoración del proceso de atención*

individualizado que facilite la toma de decisiones informadas respecto a todos los tratamientos que les afecten" y al *"apoyo psicológico durante las fases de hormonación y cirugías"*. Con respecto a los menores la ley no hace referencia a edades si no de estadios puberales y su planteamiento es similar a las leyes anteriormente citadas. Por último, esta ley vuelve a destacar la importancia de una formación especializada y actualizada de los profesionales sanitarios.

DISCUSIÓN

Conectando con los diagnósticos psiquiátricos tradicionales y los movimientos reivindicativos a favor de la despatologización de la transexualidad, los psicólogos clínicos estábamos siendo cuestionados al colocarnos en una posición de evaluadores que determinaba y decidía quien era apto y quien no para realizar la transición a través de los tratamientos médicos. El nuevo enfoque de la actual versión de los EA, junto con el cambio sustancial que supone la nueva terminología de DG nos fue permitiendo sustituir la función diagnóstica como punto de partida, por la de asesoramiento, acompañamiento y apoyo en todo el proceso de atención individualizado y de este modo, facilitar la toma de decisiones informadas.

La desaparición de la transexualidad de los manuales de enfermedades mentales, supone una gran liberación para las personas trans. Desde un modelo médico tradicional (evaluación, diagnóstico y tratamiento), tenían que ir superando una carrera de obstáculos hasta conseguir verse según se sentían. La despatologización favorece una mayor visibilización y normalización de las personas con distintas manifestaciones del género. La autodeterminación del género es un derecho fundamental.

La descentralización de la asistencia supondría la necesidad de introducir una formación especifica en los programas formativos universitarios y de las distintas especialidades implicadas en la atención de las personas trans. Además, debe proporcionarse una formación continuada que actualice los conocimientos.

CONCLUSIONES

La realidad trans con la que nos encontramos en el siglo XXI se contextualiza en este marco legislativo español, junto con el enfoque no binario y despatologizador de la 7ª versión de los EA y la eliminación de la transexualidad de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales. Estas directrices o líneas de actuación han ido evolucionando al unísono a lo largo de la última década. Ahora son los profesionales los que deben cambiar su epistemología, superando sus resistencias al cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.Revisada)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association-APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*. Arlington: American psychiatric Publishing.

Campaña Internacional Stop Trans Pathologization STP. (2013). *Reflexiones de STP sobre el proceso de revisión de la CIE y la publicación del DSM-5*. Disponible en: http://www.stp2012.info/Comunicado_STP_agosto2013.pdf

Fernández, M. (2009). Transexualidad y Familia. *Mosaico, 41*, 37-45.

Fernández, M. Guerra, P. Díaz, M. García-Vega, E. y Álvarez-Diz, JA. (2015). Nuevas perspectivas en el tratamiento hormonal de la disforia de género en la adolescencia. *Actas Españolas de Psiquiatría, 43*(1), 24-31.

Fernández, M. Guerra, P. y García-Vega E. (2014). La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 234*(122), 317-335.

Fernández, M. Guerra, P. y Martín, E. Algunos datos epidemiológicos de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 62*(1), 33-41.

Fernández, M. Guerra, P. Martín, E. y Grupo GIDSEEN. (2017). Características de los adolescentes con disforia de género que acuden a la unidad de tratamiento de la identidad de género. *Revista Española de Salud Pública. 91;* e1-e9.

Nacional Geographic Society (2017). Género La Revolución. *Revista oficial de la National Geographic society, 40*(1), Disponible en: https://www.ehu.eus/documents/2007376/5040237/NationalGeographic_Genero-la-Revolucion-Enero2017.pdf

Organización Mundial de la Salud-OMS (s.f). *The*

11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) is due by 2018! http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/

Organización Mundial de la Salud-OMS (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª ed. CIE-10*. Ginebra:WHO.

Suess, A. (2009). *La despatologización trans desde una perspectiva de derechos humanos*. Ponencia presentada en Jornadas Feministas Estatales. Granada: Jornadas Feministas Estatales. Disponible en www.feministas.org/jornadas.html.

The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGD (1998). *The standards of care for gender identity disorders. 5ª version*. Mineapolis: HBIGDA.

The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGD (2001).*The standards of care for gender identity disorders. 6ª version*. Mineapolis: HBIGD.

The World Professional Association for Transgender Health-WPATH (2011).*Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7ª version*. Disponible en http://www.wpath.org/publications_standards.cfm

WPATH Board of Directors (2010). *De-psychopathologisation statement released.* (Citado en enero de 2012). Disponible en: http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

APOYO SOCIAL Y TRANSEXUALIDAD

SOCIAL SUPPORT AND TRANSSEXUALITY

Patricia Guerra-Mora[1], María Fernández-Rodríguez[2], Elena García-Vega[3] y Noelia Martínez-Menéndez[1]

[1] Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Asturias. [2] Psicóloga clínica en Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) y Centro de Salud Mental I "La Magdalena" Área sanitaria III. Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Asturias. Profesora asociada de la facultad de psicología Universidad de Oviedo. [3] Profesora en facultad de psicología de la Universidad de Oviedo

Resumen

El apoyo social se puede entender como el conjunto de recursos o transacciones de ayuda que son proporcionados en distintas situaciones y desde diferentes esferas. Se diferencian tres perspectivas: estructural, funcional y contextual. El análisis de la perspectiva funcional distingue varias vertientes: emocional, material e informacional. Dados los efectos, tanto negativos como positivos, del apoyo social sobre la salud, esta ponencia tiene como objetivo analizar y reflexionar sobre los elementos que las personas trans relatan como importantes en la percepción de apoyo social.El respeto, hablar sobre la identidad, la ausencia de juicios de valor o la expresión de afecto son factores importantes en la valoración de apoyo. Entre los elementos que actúan negativamente en la percepción de apoyo son la falta de sensibilización social, las dificultades en el proceso de atención o para acceder al cambio registral. Existen diferencias según el tipo de apoyo en función de la fuente.

Palabras clave: Apoyo social, Transgénero, Identidad, Recursos.

Abstract

Social support can be understood as the set of resources or transactions of help that are provided in different situations and from different spheres. There are three perspectives concerning social support: structural, functional and contextual. The analysis of the functional perspective distinguishes several aspects: emotional, material and informational.Given the negative and positive effects of social support on health, this paper aims to analyze and reflect about the elements that trans people report as important in the perception of social support. Respect, talk about identity, lack of value judgments or expression of affection are important factors in the assessment of support. Some of the elements that act negatively in the perception of support are the lack of social awareness, the difficulties in the process of attention or to access the registry change. There are differences on the type of support depending on the source.

Key words: Social support, Transgender, Identity, Resources.

El apoyo social se puede entender como el conjunto de recursos o transacciones de ayuda que son proporcionados en distintas situaciones (cotidianas, de crisis,…) y desde diferentes esferas (comunidad, redes sociales, entorno más cercano) (Barrón, 1996; Gracia, Herrero y Musitu, 2002; Guerra, 2016).

Correspondencia: Patricia Guerra Mora
Centro de Salud Mental I "La Magdalena".
Valdés Salas, 4
33400 Avilés, Asturias.
Email: patryguerra@hotmail.com

Dentro del apoyo social, tiene especial importancia el apoyo social percibido (Gracia et al., 2002). Evaluar la percepción que las personas tienen permite conocer qué es lo que piensan sobre sus círculos de apoyo.

El apoyo social se puede evaluar desde diferentes perspectivas: estructural, contextual y funcional. Desde la primera de ellas se tiene en cuenta el tamaño de la red, la reciprocidad, etc. La perspectiva contextual tiene en cuenta el momento y el lugar en el que se

provee la ayuda. Con respecto al apoyo funcional, se distinguen tres vertientes: soporte psicológico y apoyo en forma de afecto, cariño y empatía (emocional); apoyo en tareas y responsabilidades (material o tangible); y proporcionando ayuda, información y orientación (apoyo informacional) (Domínguez et al. 2011; Guerra, 2016). Algunos autores añaden además el apoyo evaluativo, que se relaciona con aquella información que se transmite a las personas y que es relevante para la autoevaluación (Martín y Pérez, 1995).

El apoyo social se ha establecido como un factor amortiguador del estrés así como un moderador muy importante en distintas enfermedades. Asimismo, trabajar el apoyo social es un objetivo que se plantea en algunas psicoterapias.

En la misma línea, en la séptima versión de los estándares asistenciales de la Asociación Mundial de Profesionales para la salud transgénero- WPATH (2011) se propone, dentro del trabajo relativo al apoyo psicológico, aumentar el apoyo social y entre los pares. Para ayudar a aliviar la disforia de género también se alude al apoyo de recursos y grupos comunitarios o recursos de apoyo a familias, entre otras opciones.

El objetivo del presente trabajo es analizar y reflexionar sobre los elementos que las personas trans relatan como importantes en la percepción de apoyo social. Reflejar las necesidades y problemáticas existentes constituye el primer paso para poder dar respuesta a las mismas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La selección de los participantes se realizó de forma intencional, reclutándose a través de colectivos o del conocimiento directo. Se tuvieron en cuenta aquellos trabajos que revelasen las necesidades de los participantes en primera persona.

MATERIALES

El instrumento utilizado para recabar información acerca del apoyo social varía en función del trabajo. Algunos utilizaron entrevistas o cuestionarios estructurados o semiestructurados o bien, entrevistas con preguntas abiertas. En algún trabajo también se emplearon los grupos de discusión.

PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo una revisión no sistemática utilizando como términos de búsqueda "apoyo social" y "trans" o "transexualismo" en diferentes buscadores (Google académico, Dialnet). Se limitó a los artículos publicados en los últimos diez años, independientemente de la población (adulta o pediátrica) y del idioma.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, se seleccionaron aquellos trabajos que estuviesen relacionados con el objetivo del trabajo y ofreciesen conclusiones acerca de los mismos.

DISEÑO

Se trata de un estudio de revisión teórica cualitativo, no experimental.

RESULTADOS

Se hallaron diferentes trabajos que ponen de manifiesto la importancia del apoyo social en la salud. Varios de los trabajos hallados provienen de estudios de la especialidad de trabajo social.

Guerra (2016) realiza entrevistas a personas trans para conocer la percepción de apoyo social que tienen. En relación con el apoyo emocional, alude a que la mayoría de las personas que ha entrevistado han sufrido inseguridad y miedo a la reacción de los demás (familia, amistades, sociedad). También plantea que en muchos casos las personas entrevistadas no conocían lo que les estaba ocurriendo, lo que relacionan con la escasa información que se ofrece de estos temas. Cuando las personas pudieron contarlo y se sintieron comprendidas, refieren sentimientos de alivio y bienestar. Casabón y Casas (2014) aluden a cómo cada persona experimenta de una forma única y diferente lo que le pasa. Se trata de una falta de concreción o de un concepto inventado, que puede conducir a que una persona no se vea reflejada en el concepto de transexualidad y a que la sociedad tenga una visión distorsionada. El rechazo familiar o del entorno cercano puede complicar la situación vital que están atravesando (Casabón y Casas, 2014).

Las personas pueden llegar a autolesionarse y a tener ideas suicidas o comportamientos de riesgo en relación con la falta de apoyos y la incomprensión

(Guerra, 2016; Herrero y Díaz, 2009).

Las personas refieren recibir apoyo de distintas esferas, como la familia, pareja, amistades, colectivos LGTBI, … Aquellas personas que no reciben apoyo lo relacionan sobre todo con la discriminación (no estar operado, problemas para encontrar o mantener pareja, transexualidad como aspecto no normalizado, conflictos) (Guerra, 2016). En la investigación de Domínguez, García y Hombrados (2012), la frecuencia de apoyo emocional por parte de las amistades es superior de forma significativa, al de la familia. Además, refieren que el apoyo por parte de amistades es mejor valorado.

En el caso de los menores, Olson, Durwood, DeMeules y McLaughlin (2016) abordan la salud mental de niños transgéneros cuya identidad es afirmada y apoyada por sus familias. Encuentran que los niños de aquellas familias que apoyan su identidad, experimentan niveles bajos de ansiedad y depresión. Los investigadores aluden a cómo estos síntomas pueden aumentar durante la adolescencia, por lo que tanto los clínicos como la familia, deben de atender a estos factores. De la misma forma, en otros trabajos se plantea como la aceptación familiar en adolescentes LGTB se asocia en la etapa joven adulta con la salud física y psicológica positiva. Por tanto, las intervenciones destinadas a facilitar la aceptación familiar son necesarias y reducen problemas de salud (Ryan, Russell, Huebner, Diaz y Sanchez, 2010).

Con respecto al apoyo informacional, varias personas refieren que recibieron el principal apoyo por parte de profesionales especializados en diversidad sexual. Asimismo, todas las personas entrevistadas asistieron en diferentes momentos a recursos especializados. De forma desfavorable, las personas informan que en algunos servicios la atención ha sido inadecuada (Guerra, 2016).

También en el ámbito educativo las personas refieren falta de atención y respeto (como no llamarles con el nombre elegido, bullying, aislamiento, no protección de la intimidad,…) (Guerra, 2016). Estos hechos están relacionados en algunos casos con el abandono escolar.

Con respecto al sistema sanitario, también se producen acontecimientos indeseables. Las personas refieren que no son llamadas por el nombre con el que se identifican y que la atención se caracteriza en ocasiones por faltas de respeto y poco tacto, lo que da lugar a sentimientos de infravaloración (Guerra, 2016). Casabón y Casas (2014) ponen de manifiesto el malestar derivado de tener que consentir un diagnóstico así como de los tratamientos hormonales, que pueden ser mal tolerados físicamente.

En el ámbito legal, aunque existe legislación al respecto (Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas), las personas refieren que ésta no se cumple correctamente en algunas ocasiones, o bien, su cumplimiento es muy lento (Casabón y Casas, 2014). En la administración pública también encuentran dificultades, pues se prima lo que figura en el documento nacional de identidad, dejando de lado el deseo de las personas (Guerra, 2016).

Algunas personas refieren que la tardía comprensión de las familias pudo favorecer un acceso más lento a los recursos. También el hecho de no tratarlas como desean (Guerra, 2016).

El apoyo instrumental o tangible también presenta carencias para las personas trans. De acuerdo con Guerra (2016), las personas trans aluden a cómo, aunque el tratamiento hormonal está cubierto por la seguridad social, las listas de espera para el tratamiento quirúrgico son muy largas.

En algunas comunidades, los recursos pueden no ser suficientes o específicos. En el trabajo de Casabón y Casas (2014), las personas entrevistadas refieren que no existen suficientes recursos específicos, sino que los servicios y profesionales son limitados. Asimismo, algunos usuarios están en desacuerdo con el proceso de atención que reciben y/o con la organización y los tiempos. Refieren que en muchas ocasiones sus demandas no son atendidas. La formación de los profesionales es otro tema al que aluden los demandantes, pues cada persona siente y vive una experiencia diferente. En algunos casos, también se establece como dificultad la invisibilidad y descoordinación de los recursos de atención (Herrero y Díaz, 2009).

El empleo es otro de los factores que consideran deficitario, pues o carecen de él o el salario es bajo. Consideran que su condición trans puede cerrar posibilidades laborales (por ejemplo, por el lento cambio en la documentación) (Guerra, 2016). Casabón y Casas (2014) ponen de relieve esta problemática señalando cómo es motivo de rechazo y de no contratación el hecho de que la apariencia física de la persona con coincida con su identificación.

Con respecto a la ayuda económica, según la investigación de Domínguez et al., (2012) la familia es la que proporciona este tipo de apoyo con mayor frecuencia.

DISCUSIÓN

Los trabajos revisados acerca del apoyo social que sienten las personas trans plantean problemáticas y líneas de trabajo similares. Las personas trans reflejan que el apoyo social que reciben es en ocasiones insuficiente o inadecuado, tanto a nivel emocional como material o informacional.

En relación con el apoyo emocional, mientras que algunas personas disponen de otras que les pueden aportar apoyo emocional y afectivo (pareja, amistades o colectivos LGBTI), otras han tenido y tienen diversos problemas a la hora del apoyo afectivo. A este respecto refieren distintos motivos, entre ellos, la discriminación (Casabón y Casas, 2014; Guerra, 2016). Olson et al., (2016) ponen interés en la atención a los menores, sobre todo en la adolescencia, dado que pueden aparecer síntomas de ansiedad y depresión si su identidad no es validada. Domínguez et al. (2012) establecen diferencias entre la fuente y el tipo de apoyo.

Favorecer un adecuado apoyo social a este nivel emocional o afectivo es fundamental. La intervención destinada a acompañar y apoyar el proceso de construcción de una identidad puede ser requerida por algunas personas. En algunos casos, puede ser necesario el trabajo con las familias o con grupos sociales, dados los efectos perjudiciales que la incomprensión y el desconocimiento tiene en la salud de las personas que lo sufren. Como aluden algunas personas entrevistadas, es necesario que los profesionales estén formados en diversidad sexual y en las distintas manifestaciones del género.

A nivel material o tangible, se han puesto de manifiesto varias problemáticas (Casabón y Casas, 2014; Guerra, 2016). Se necesitan recursos que den respuestas óptimas en favor de la calidad de vida de los usuarios. Es necesario que los profesionales estén informados de los recursos cercanos así como de los requisitos de acceso. Es necesario que el acceso a un empleo digno no pueda ser truncado por este tipo de actitudes discriminatorias.

A nivel informacional, es necesaria la formación adecuada para poder ofrecer consejos y acompañamiento adecuado en la toma de decisiones. Es necesario asimismo paliar la desinformación y las actitudes inadecuadas que siguen dando en diferentes ámbitos, como el educativo o el sanitario (Casabón y Casas, 2014; Guerra, 2016). Asimismo, las dificultades para acceder al cambio registral o los problemas derivados de la documentación, ejercen gran influencia en la vida cotidiana, dando lugar a situaciones incómodas, discriminatorias y malestar. Favorablemente, se está comenzando a legislar en materia de diversidad de género y se incorporan directrices en diferentes esferas.

CONCLUSIONES

A pesar del gran avance social en materia de diversidad sexual y de género, la falta de apoyo social en sus distintas vertientes es puesta de relieve todavía en la actualidad. Siguen existiendo distintas formas de rechazo y discriminación en la sociedad actual. De la misma forma, la escasez tanto de información como de formación (en la sociedad e incluso en los propios profesionales sanitarios) es un hecho que se debe de paliar. La falta de recursos es una de las necesidades planteada.

Estas limitaciones en el apoyo social pueden dar lugar a efectos muy nocivos sobre la salud de las personas, que pueden derivar en graves consecuencias en algunos casos. Avanzar en la atención de la diversidad sexual y de género en los distintos contextos es una asignatura pendiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y Aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Casabón, E. y Casas, C. (2014). *Realidad social y recursos de apoyo para las personas transexuales Estudio exploratorio en la ciudad de Zaragoza.* Universidad de Zaragoza: Facultad de ciencias sociales y del trabajo.

Domínguez, JM., García, P y Hombrados, MI. (2012). *Transexualidad en España. Análisis de la realidad social y factores psicosociales asociados.*

Guerra, A. (2016). *Apoyo social percibido por parte de las personas transexuales.* Universidad de La Laguna.

Herrero, I. y Díaz, C. (2009). La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria-Gasteiz: Defensoría

del pueblo de Euskadi (Ararteko) Disponible en: http://www.transexualia.org/DOCUMENTACION/situacioneuskadits2009.pdf

Gracia, E, Herrero, J, y Musitu, G. (2002). *Evaluación de Recursos y Estresores Psicosociales en la Comunidad*. Madrid: Síntesis.

Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Boletín Oficial del Estado de 16 de marzo de 2007.

Olson, KR, Durwood, L, DeMeules M, y McLaughlin K. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, 137(3).

Ryan, C, Russell, S, Huebner, D, Diaz, R. y Sanchez, J. (2010). Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*(4) 205–213.

The World Professional Association for Transgender Health-WPATH. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7ª version*. 2011. Disponible en http://www.wpath.org/publications_standards.cfm

PSICOBIOLOGÍA

LA AFECTIVIDAD NEGATIVA COMO UN DISRUPTOR DE LA RESPUESTA DE ESTRÉS EN ESTADOS ADAPTATIVOS Y DESADAPTATIVOS DE SALUD: IMPLICACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

NEGATIVE AFFECT AS A DISRUPTOR OF THE STRESS RESPONSE IN ADAPTIVE AND MALADAPTIVE HEALTH STATES: CLINICAL IMPLICATIONS IN PATIENTS OF DRUG-RESISTANT EPILEPSY

Esperanza González-Bono[1*], Irene Cano-López[1], Kevin Hampel[1,2], Vicente Villanueva[2] y Alicia Salvador[1]

[1]*IDOCAL/Psicobiología.Universidad de Valencia.*

[2]*Unidad Multidisciplinar de Epilepsia Refractaria. Instituto Investigación Sanitaria Hospital La Fe (IIS La Fe). Valencia.*

Resumen

En estudios previos con personas sanas se ha evidenciado que la ansiedad rasgo favorecía una hiperactivación del sistema nervioso autónomo frente a situaciones de estrés agudo que llegaba, en ocasiones, a interferir en la recuperación tras el estresor. Este mecanismo se ha propuesto como un desajuste en la respuesta adaptativa de estrés y ha hecho pensar en la ansiedad rasgo como una variable de personalidad que podía contribuir, al menos en parte, a explicar las diferencias individuales en el afrontamiento de las situaciones estresantes. Sin embargo, es complejo dilucidar el papel de la ansiedad rasgo en periodos prolongados de estrés, tal y como suelen presentarse con mayor frecuencia en el ámbito clínico. En una muestra, presumiblemente expuesta a un estado prolongado de estrés, de cuidadores no formales de personas diagnosticadas de esquizofrenia, la afectividad negativa favoreció una peor salud, y mayores disminuciones de cortisol y de respuesta de IgA ante estímulos estresantes. Otro modelo de estrés crónico en seres humanos lo constituye la incontrolabilidad y repetibilidad de las crisis en personas con epilepsia. Estos pacientes, además, presentan una alta comorbilidad con estados de ansiedad y depresión. Por ello, el objetivo de este estudio consiste en determinar si el efecto de la ansiedad observado en personas sanas y cuidadores no formales es extrapolable a las personas con epilepsia y qué factores asociados a la patología pueden tener un efecto ansiógeno. La muestra del estudio está compuesta por 53 personas diagnosticadas de epilepsia refractaria, 27 con afectación del hemisferio izquierdo y 25 con afectación del derecho. A todos ellos se les evaluó en una única sesión diferentes dominios cognitivos, además de la ansiedad rasgo y la depresión. Asimismo, se registraron síntomas percibidos de salud general no asociados con la patología y la calidad de vida percibida. Antes, durante y después de una tarea cognitiva atencional se registraron la frecuencia y la variabilidad cardiacas. Asimismo, durante toda la sesión de evaluación se midieron los niveles de glucosa. Los pacientes con altas puntuaciones en afecto negativo (AN) mostraron peor rendimiento en memoria y aprendizaje que los pacientes con menor AN. Asimismo, informan de peor calidad de vida y mayor número de síntomas somáticos percibidos. Los pacientes con ansiedad rasgo alta presentaron mayores niveles de glucosa durante el desarrollo de las tareas. En el caso de la reactividad cardíaca, los resultados están modulados por el hemisferio afectado ya que, en pacientes con ansiedad rasgo alta, la frecuencia cardíaca es superior en los pacientes con el foco en el hemisferio derecho que en el izquierdo. Los años paciendo la enfermedad inciden en estos efectos. Los resultados sugieren que la afectividad negativa incide sobre la ejecución cognitiva, la calidad de vida y la activación simpática frente a estímulos de tipo cognitivo. Estos resultados enfatizan la importancia del AN y de su intervención en el abordaje terapéutico integral de estos pacientes.

Palabras claves: Estrés crónico, Afecto negativo, Epilepsia, Ansiedad, Depresión.

Abstract

High trait anxiety has been associated with stress-induced hyperactivity of the autonomic nervous system and a deficit in the recovery after stressful episodes in previous studies with healthy individuals. These results have been proposed as unbalance in the adaptive response to stress and lead to think in the trait anxiety as a personality variable which could contribute, at least

*Correspondencia: Esperanza González-Bono.
Facultad de Psicología. Universitat de València.
Avda. Blasco Ibáñez, 21. C.P: 46010. Valencia, España.
E-mail: Esperanza.Gonzalez@uv.es

(*) Financiación: MINECO y FEDER [PSI2015-66600-P]; Generalitat Valenciana [PROMETEOII/2015/020] y Programa FPU del MECD [FPU14/00471].

in part, to explain individual differences in the coping with stress. However, the role of trait anxiety in long lasting or repeated stress, as it is present in diverse clinical conditions, remains unclear. In a chronically stressed sample of caregivers, parents of persons with schizophrenia, negative affect was associated with a worsening in health and buffered responses of cortisol and IgA to repeated stress. Another population potentially stressed population can be the patients with epilepsy, due to the uncontrollable and repeated seizures. Additionally, these patients show a high comorbidity with anxiety and depression. For this, this study is aimed in determining the role of negative affect on health, quality of life and cognitive performance in the same sample of persons with epilepsy. The sample is composed of 53 persons with a diagnosis of drug-resistant epilepsy, 27 with the affected left hemisphere and 25 with the affected right hemisphere. Cognitive domains of verbal performance, perceived health, quality of life, anxiety and depression were evaluated in a single session. Heart rate and glucose levels were also assessed before, during and after the evaluation period. Patients with high NA show lower scores in cognitive performance and learning, worse quality of life and more somatic symptoms than the others. Glucose and heart rate also show significant differences, although in this last case, the differences are modulated by the affected hemisphere. Results suggest that, in subclinical conditions of anxiety and depression, the negative affect can modulate the cognitive performance, the quality of life and the perceived health. These results emphasize the need to cope with these psychological aspects in the population of persons with epilepsy from a preventive and integrative view.

Key words: Chronic stress, Negative affect, Epilepsy, Anxiety, Depression.

El AN es considerado como una tendencia a experimentar emociones negativas (Denollet y Pedersen, 2009), cursando con disforia, ansiedad, irritabilidad, amenazas percibidas, frustración y una alta predisposición a presentar un amplio espectro de patologías (Steptoe, Wardle, y Marmot, 2005). La ansiedad rasgo y la depresión son las dimensiones más frecuentemente incluidas en el AN, aunque los mecanismos subyacentes al nexo entre la afectividad negativa y la salud están lejos de ser resueltos.

En personas sanas, el AN se ha asociado a niveles y respuestas desajustadas de cortisol (Quirin, Kazén, Rohrmann, y Kuhl, 2009), inmunitarias (Marsland, Cohen, Rabin, y Manuck, 2001) y del sistema nervioso autónomo (Carrillo et al., 2001), entre otras manifestaciones. Estos perfiles de respuesta coinciden con estados desadaptativos de estrés crónico en los que, además, es común observar aumentos en la ansiedad y la depresión. Estos resultados se han interpretado como un desajuste en la respuesta adaptativa de estrés y ha hecho pensar que la afectividad negativa podría contribuir, al menos en parte, a explicar las diferencias individuales en el afrontamiento de las situaciones estresantes. Sin embargo, es complejo dilucidar el papel del AN en periodos prolongados o crónicos de estrés, tal y como suele presentarse frecuentemente en el ámbito clínico.

En poblaciones presumiblemente sometidas a estados de estrés prolongados, como los cuidadores no formales de personas con una patología de larga duración, encontramos que los cuidadores que presentaban mayor afectividad negativa mostraban peor salud y respuestas amortiguadas de cortisol e IgA frente a estresores repetidos, en comparación con los cuidadores con menor AN y los controles (De Andrés-García, Cano-López, Moya-Albiol, y González-Bono, 2016).

Otro modelo potencial de estrés crónico en seres humanos lo constituye la población de personas con epilepsia, especialmente la fármaco-resistente, dada la repetibilidad e impredictibilidad de las crisis y sus consecuencias en el ámbito familiar, laboral y afectivo del individuo. Además, existe una co-morbilidad significativa entre epilepsia y depresión (Forsgren y Nyström, 1990) que no es explicable únicamente por la sobrecarga del trastorno epiléptico. Otros factores pueden contribuir a esta co-morbilidad, ya que no se han encontrado correlaciones significativas entre la incidencia de la depresión y la severidad de la epilepsia (Attarian, Vahle, Carter, Hykes, y Gilliam, 2003).

Por todo ello, el objetivo de este estudio consiste en determinar el efecto de la afectividad negativa sobre el rendimiento cognitivo, la calidad de vida y la salud en personas con epilepsia fármaco-resistente.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra del estudio está compuesta por 53 personas diagnosticadas de epilepsia refractaria (24 hombres y 29 mujeres), con una edad media de 38.02 años (*SEM* = 1.57), de los cuales 27 mostraban afectación del hemisferio izquierdo y 25 del derecho. Estos pacientes corresponden a la muestra preliminar de un proyecto más amplio.

Se realizó un análisis de clúster basado en las puntuaciones directas de los pacientes en ansiedad-rasgo y depresión para establecer su nivel de AN. De acuerdo con ello, se dividió a los pacientes en dos grupos: alto AN (27 pacientes, 10 con afectación en hemisferio izquierdo y 16 en el derecho) y bajo AN (26 pacientes, 17 con afectación en hemisferio izquierdo y 9 en el derecho).

MATERIALES

La memoria verbal ha sido evaluada mediante el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC; Benedet y Alejandre, 1998). Incluye tres listas de palabras: la de aprendizaje, de interferencia y de reconocimiento, a partir de las cuales se deducen las puntuaciones de "recuerdo verbal inmediato", "recuerdo verbal a corto plazo", "recuerdo verbal a corto plazo con claves", "recuerdo verbal a largo plazo", "recuerdo verbal a largo plazo con claves" y reconocimiento verbal a largo plazo".

La memoria auditiva y la memoria de trabajo se evaluaron mediante Wechsler Memory Scale (WMS-III; Wechsler, 1997). La memoria auditiva mediante los subtests Textos I, Textos II, Parejas de palabras I y Parejas de Palabras II, a partir de cuyas puntuaciones se calcularon los índices de "aprendizaje de intento único", "pendiente de aprendizaje", "retención", "recuperación", "memoria auditiva inmediata", "memoria auditiva demorada" y "reconocimiento auditivo demorado". La memoria de trabajo se evaluó mediante el subtest Letras y números de esta escala.

Repetición verbal. Subtest de repetición verbal del Test Barcelona Revisado (BCN-R; Peña-Casanova, 2005). Consiste en repetir 8 sílabas, 8 pares de sílabas, 8 logotomos, 8 pares mínimos, 10 palabras y 9 frases, computándose el número de aciertos de cada tipo.

Ansiedad rasgo. Inventario de Ansiedad Rasgo (STAI-R; Spielberger, 1989) compuesto por 20 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La adaptación en castellano tiene un *alfa* de Cronbach de .94.

Depresión. Cuestionario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996), compuesto por 21 ítems con 4 opciones de respuesta, oscilando la puntuación total entre 0 y 63 puntos y con un *alfa* de .89.

Calidad de Vida en Epilepsia. Versión del Quality of Life in Epilepsy Questionnaire (QOLIE-31; Cramer et al., 1998) compuesto por 31 ítems distribuidos en siete subescalas: preocupación por las crisis, calidad de vida general, bienestar emocional, energía/fatiga, funcionamiento cognitivo percibido, efectos percibidos de la medicación y funcionamiento social, además de una puntuación global. Las puntuaciones de cada subescala oscilan entre 0 y 100, de manera que las puntuaciones más altas reflejan mayor calidad de vida. Su adaptación al castellano cuenta con un *alfa* de Cronbach de .92.

Síntomas. Escala de Síntomas Somáticos–Revisada (ESS-R., Sandín y Chorot, 1995), compuesta por 96 ítems valorados mediante una escala Likert de 4 puntos y organizados en 9 subescalas (Inmunológico General, Cardiovascular, Respiratorio, Gastrointestinal, Neurosensorial, Músculo-Esquelético, Piel-Alergia, Genito-Urinario y Reproductor Femenino). Los coeficientes de fiabilidad oscilan entre .79 y .84.

Glucosa. Los niveles de glucosa en sangre (mmHg) se analizaron mediante tiras reactivas para sangre capilar obtenida mediante punción en el dedo índice con un glucómetro Onetouch Verio IQ (Lifescan, Milpitas, USA). La variabilidad de la prueba es inferior al 2.86%.

Frecuencia cardíaca. Se registró mediante un pulsómetro Polar v800 compuesto por un sensor ubicado alrededor del pecho y un reloj receptor de la señal mediante Bluetooth. La señal recogida se ha filtrado y procesado mediante el software HRV Kubios 2.2 Analysis, calculando las medias de los cinco minutos centrales para cada periodo: línea base; tarea, durante el periodo de evaluación neuropsicológica; y post-tarea.

PROCEDIMIENTO

Este estudio se realizó en la Unidad Multidisciplinar de Epilepsia del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. El procedimiento se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el

Comité Ético del Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

El diagnóstico de ELT y la lateralización del área epileptogéna fue llevado a cabo por los miembros de la Unidad Multidisciplinar de Epilepsia mediante una valoración exhaustiva que incluyó la valoración neuropsicológica.

A todos ellos se les evaluó la ansiedad rasgo, la depresión y diferentes dominios cognitivos que incluyen memoria verbal, memoria de trabajo y repetición verbal. También se registraron síntomas percibidos de salud general no asociados con la patología y la calidad de vida percibida. Transcurrido el periodo de habituación, se registró la frecuencia cardiaca de manera continua y se tomaron 4 muestras de sangre capilar distribuidas regularmente a lo largo de la sesión para las determinaciones de glucosa.

DISEÑO

La muestra fue distribuida en dos grupos (alto AN y bajo AN) mediante un análisis de clúster en el que se incluyeron las puntuaciones directas de ansiedad-rasgo y depresión.

Tras comprobar la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se examinaron las diferencias entre grupos en variables clínicas asociadas a la variables dependientes se examinó mediante ANCOVAs univariados considerando el AN como factor entre-sujetos, covariando la duración de la enfermedad, utilizando Bonferroni como prueba a posteriori.

Los estadísticos descriptivos se expresan en medias ± *SEM* y se realizaron utilizando SPSS 22.0, considerando $p < .05$ como significativo.

RESULTADOS

Como era de esperar, el grupo de alto AN mostró puntuaciones en ansiedad rasgo y depresión significativamente mayores que el grupo con bajo AN ($t(50) = 12.34$, $p < .0001$ y $t(50) = 5.95$, $p < .0001$, respectivamente).

No hubo diferencias significativas en la edad de inicio de la epilepsia o la frecuencia de las crisis, pero sí en la duración de la epilepsia ($t(50) = 2.32$, $p = .02$), con el grupo alto en AN padeciendo más años epilepsia que el grupo bajo en AN, por lo que esta variable fue covariada en posteriores análisis.

EFECTOS DEL AN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SINTOMATOLOGÍA PERCIBIDA

Existe un efecto significativo del AN sobre la calidad de vida general, el bienestar emocional, la energía-fatiga, el funcionamiento cognitivo, la de función social y la puntuación global en calidad de vida ($F(1,50) = 11.87$, $p < .001$; $F(1,50) = 36.07$, $p < .0001$; $F(1,50) = 27.47$, $p < .0001$; $F(1,50) = 12.02$, $p < .001$; $F(1,50) = 8.16$, $p = .006$, y $F(1,50) = 30.69$, $p < .0001$, respectivamente). En todos los casos, los pacientes con alto AN mostraron peor calidad de vida que los bajos en AN (Figura 1).

En cuanto a los síntomas percibidos, los pacientes con alto AN refirieron más síntomas que los que tienen un bajo AN en todas las escalas, aunque sólo se alcanzó la significación estadística en las escalas de los sistemas respiratorio y músculo-esquelético ($F(1,50) = 7.06$, $p < .01$, y $F(1,50) = 6.75$, $p < .01$, respectivamente).

EFECTOS DEL AN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

Los pacientes con altas puntuaciones en AN mostraron peor rendimiento en memoria y aprendizaje que los pacientes con menor AN. En concreto, encontramos un efecto significativo del AN sobre el recuerdo inmediato, el recuerdo verbal a corto plazo, con claves y a largo plazo, el reconocimiento verbal a largo plazo, la memoria auditiva inmediata y a largo plazo, el reconocimiento auditivo demorado, el aprendizaje de intento único, la retención verbal y la memoria de trabajo ($F(1,50) = 5.81$, $p = .02$; $F(1,50) = 4.44$, $p = .04$; $F(1,50) = 4.32$, $p = .04$; $F(1,50) = 6.48$, $p < .01$; $F(1,50) = 10.33$, $p = .002$; $F(1,50) = 7.82$, $p = .007$; $F(1,50) = 5.15$, $p = .03$; $F(1,50) = 4.15$, $p = .05$; $F(1,50) = 5.65$, $p = .02$; $F(1,50) = 5.42$, $p = .02$ y $F(1,50) = 6.13$, $p = .02$, respectivamente).

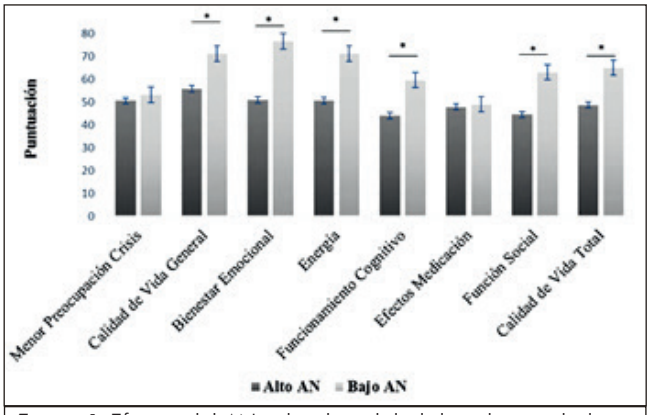


Figura 1. Efectos del AN sobre la calidad de vida percibida.

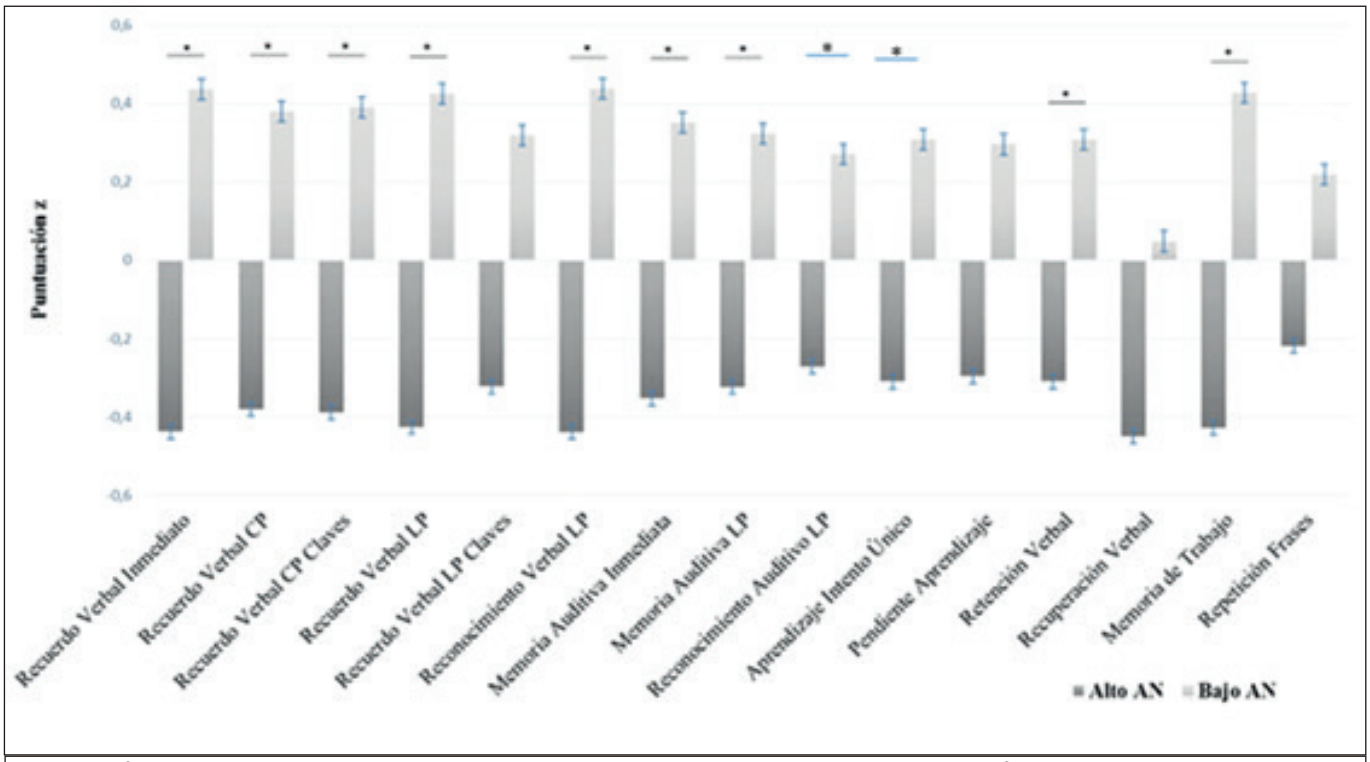


Figura 2. Efectos del AN sobre la memoria verbal, la memoria de trabajo y la repetición verbal de frases (puntuaciones *z*)

EFECTO DEL AN SOBRE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y LOS NIVELES DE GLUCOSA

En el caso de la frecuencia cardíaca, no se han encontrado efectos significativos del AN, aunque estos resultados podrían estar modulados por el hemisferio afectado ya que, en pacientes con AN alto, la frecuencia cardíaca es superior en los pacientes con el foco en el hemisferio derecho que en el izquierdo ($F(1,15) = 4.81$, $p = .04$).

Los pacientes con ansiedad rasgo alta presentaron mayores niveles de glucosa (Figura 3) durante el desarrollo de las tareas ($F(1.5,73.2) = 6.50$, $p = .006$), especialmente en los primeros momentos de la evaluación ($p = .03$).

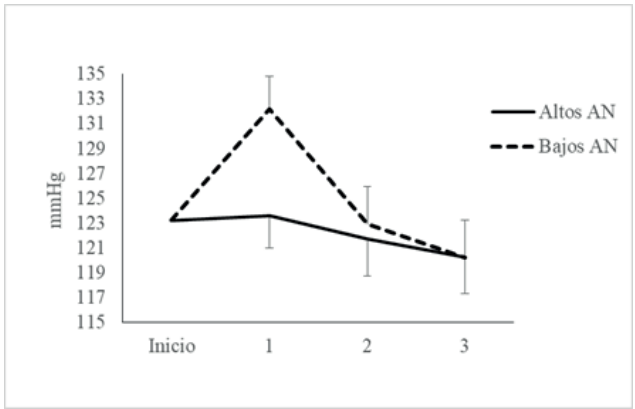


Figura 3. Niveles de glucosa en los grupos con alto y bajo AN.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que el AN subclínico tiene un impacto significativo sobre percepción de la calidad de vida percibida, sobre la salud percibida y el rendimiento en memoria verbal episódica y en memoria de trabajo en pacientes con epilepsia refractaria, incluso después de controlar la duración de la enfermedad.

El grupo de pacientes con alto AN había padecido la enfermedad durante más tiempo que los pacientes con bajo AN, lo que supone un resultado interesante en sí mismo, ya que sugiere que mayor tiempo de exposición a la patología podría empeorar el estado afectivo del individuo y enfatiza la necesidad de una intervención psicológica temprana. De hecho, previamente se ha sugerido que el AN y el estrés crónico podrían facilitarse recíprocamente en un bucle de cognición negativa, de manera que el AN podría ser un factor de riesgo en la interacción entre el estrés crónico y la salud (De Andrés-García et al., 2016).

Respecto a los efectos del AN sobre la calidad de vida percibida, los resultados sugieren que la calidad de vida no es un concepto unitario y que sus diferentes componentes pueden estar diferencialmente influidos

por el AN. De hecho, los pacientes con bajo AN presentan puntuaciones superiores en calidad de vida percibida total respecto a aquellos con alto AN, en la línea de los resultados encontrados por Johnson, Jones, Seidenberg, y Hermann (2004).

La asociación entre el AN y la calidad de vida se hace todavía más compleja si tenemos en cuenta que el AN tiene efectos significativos sobre la ejecución cognitiva de los pacientes con ELT. De hecho, en nuestra muestra el AN tiene un impacto significativo sobre la memoria verbal episódica y la memoria de trabajo. En esta línea, estudios previos han propuesto que los síntomas psiquiátricos, además de tener impacto directo sobre la calidad de vida percibida de los pacientes con epilepsia, afectan a su funcionamiento cognitivo percibido (Kanner, Barry, Gilliam, Hermann, y Meador, 2010), por lo que también es esperable que afecten a su funcionamiento cognitivo evaluado con pruebas objetivas.

Las dimensiones de memoria verbal que se han mostrado sensibles al AN han sido el recuerdo verbal inmediato, a corto plazo, a corto plazo con claves semánticas y a largo plazo, el reconocimiento verbal a largo plazo, la memoria auditiva inmediata y demorada, y la retención verbal, de manera que los pacientes con bajo AN han presentado mejor rendimiento en estas dimensiones que aquellos con alto AN. Estos resultados están en la línea de los encontrados por Paradiso, Hermann, Blumer, Davies, y Robinson (2001) que hallaron una tendencia hacia un peor rendimiento en memoria verbal en pacientes con alta depresión, comparados con pacientes con bajo nivel de depresión. Los pacientes con bajo AN también mostraron un mejor rendimiento en memoria de trabajo respecto al grupo con alto AN.

Por último, se han encontrado diferencias en los niveles de glucosa, lo que sugiere una activación y movilización de recursos diferencial en función del AN. Sin embargo, en lo que atañe a la frecuencia cardiaca, los resultados parecen modulados por el hemisferio afectado. Es posible que un mayor tamaño de la muestra que la del presente estudio permita examinar la interacción entre ambos factores. Cabe destacar que en este estudio no se ha considerado la ansiedad clínica de los pacientes, sino sus niveles de ansiedad-rasgo. No obstante, puntuaciones altas en ansiedad-rasgo podrían asociarse a mayor susceptibilidad a experimentar trastornos de ansiedad. Por último, es preciso tener en cuenta que la calidad de vida está basada en la percepción del paciente, y por lo tanto es dependiente de su procesamiento, que puede o no coincidir con su funcionalidad y su autonomía en la vida cotidiana, pero que aporta la satisfacción del paciente con su propio desempeño diario.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio podrían tener implicaciones clínicas en el tratamiento de los pacientes con epilepsia fármaco-resistente. En la mayoría de los estudios que incluyen muestras de personas con epilepsia que presentan comorbilidad de ansiedad o depresión, estas dimensiones se encontraban en rangos clínicos. El presente estudio expone el impacto de estas dimensiones en estadios en los que no son consideradas como síntomas, por lo que hace especial hincapié en la necesidad de abordarlas en la intervención con estos pacientes desde una perspectiva preventiva, superando los problemas encontrados en el reconocimiento y tratamiento de estos síntomas (Kanner et al., 2010).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Attarian, H., Vahle, V., Carter, J., Hykes, E., y Gilliam, F. (2003). Relationship between depression and intractability of seizures. *Epilepsy & Behavior, 4,* 298-301.

Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Benedet, M.J., y Alejandre, M.A. (1998). *Manual del test de aprendizaje verbal España-Complutense (TAVEC)*. Madrid: TEA Ediciones.

Carrillo, E., Moya-Albiol, L., González-Bono, E., Salvador, A., Ricarte, J., y Gómez-Amor, J. (2001). Gender differences in cardiovascular and electrodermal responses to public speaking task: the role of anxiety and mood states. *International Journal of Psychophysiology, 42*, 253-264. 7.

Cramer, J.A., Perrine, K., Devinsky, O., Bryant-Comstock, L., Meador, K., y Hermann, B. (1998). Development and cross-cultural translations of a 31 item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia, 39*, 81-88.

De Andrés-García, S., Cano-López, I., Moya-Albiol, L., y González-Bono, E. (2016). Negative affect, perceived health, and endocrine and immunological levels in caregivers of offspring with schizophrenia. *Psicothema, 28* (4), 377-382.

Denollet, J., y Pedersen, S.S. (2009). Anger, depression and anxiety in cardiac patients: The complexity of individual differences in psychological risk. *Journal of American College of Cardiology, 53,* 947-949.

Forsgren, L., y Nystrom, L. (1990). An incident case-referent study of epileptic seizures in adults. *Epilepsy Research,* 6, 66-81.

Johnson, E. K., Jones, J. E., Seidenberg, M., y Hermann, B. P. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health related quality of life in epilepsy. *Epilepsia, 45,* 544-550.

Kanner, A. M., Barry, J. J., Gilliam, F., Hermann, B., y Meador, K. J. (2010). Anxiety disorders, subsyndromic depressive episodes, and major depressive episodes: do they differ on their impact on the quality of life of patients with epilepsy? *Epilepsia, 51*, 1152-1158.

Marsland, A.L., Cohen, S., Rabin, B.S., y Manuck, S.B. (2001). Associations between stress, trait negative affect, acute immune reactivity, and antibody response to hepatitis B injection in healthy young adults. *Health Psychology, 20*, 4-11.

Paradiso, S., Hermann, B.P., Blumer, D., Davies, K., y Robinson, R.G. (2001). Impact of depressed mood on neuropsychological status in temporal lobe epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 70,* 180-185.

Peña-Casanova, J. (2005). *Integrated program of neuropsychologic examination*. Revised-Barcelona test. Manual. Barcelona: Masson.

Quirin, M., Kazén, M., Rohrmann, S., y Kuhl, J. (2009). Implicit but not explicit affectivity predicts circadian and reactive cortisol: using the implicit positive and negative affect test. *Journal of Personality, 77,* 401-425.

Sandín, B., y Chorot, P. (1995). *Escala de Síntomas Somáticos–Revisada* (ESS-R). Madrid: Universidad nacional de Educacion a Distancia (UNED).

Spielberger, C.D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Steptoe, A., Wardle, J., y Marmot, M. (2005). Positive affect and health related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108*, 6508-6512.

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Memory Scale–Third Edition.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

PERFIL DEL CUIDADOR EN UN GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS

PROFILE OF THE CAREGIVER IN A GROUP OF PSYCHOTICS PATIENTS' FAMILIES

Verónica Concha-González*, María Dolores Méndez-Méndez, Cristina Íbañez-López y María Isabel Pereira-Lestayo

Residentes de Psicología Clínica. Área Sanitaria IV. SESPA

Resumen

La situación de dependencia puede suponer para el cuidador una importante sobrecarga que puede conllevar el desarrollo de síntomas psicológicos negativos. Diferentes estudios han señalado ciertos factores asociados al perfil del cuidador principal que se relacionan con mayor posibilidad de padecer síndrome del cuidador. Entre los más destacados figuran: ser mujer, una relación de parentesco más estrecha o fuerte implicación emocional con el familiar dependiente, mayor edad del cuidador y menor capacidad de resolución de problemas. Con el fin de comprobar si los hallazgos para otras situaciones de dependencia se daban en los cuidadores de pacientes diagnosticados de psicosis, hemos considerado relevante analizar los perfiles de sus familiares. Para ello, hemos recogido datos de 36 familiares de pacientes con diagnóstico de psicosis asistentes a dos ediciones de un grupo de psicoterapia familiar realizadas entre septiembre de 2015 y marzo de 2017. Los resultados obtenidos describen el perfil de una cuidadora de sexo femenino, de edad media-alta, generalmente madre, ama de casa, con un bajo nivel de formación. Los datos muestran similitudes y diferencias importantes con el de otras patologías. Teniendo en cuenta que las familias juegan un papel primordial en la evolución y pronóstico de estos pacientes, es necesaria una mayor investigación acerca de las características de éstos, de cara al diseño de intervenciones más específicas y útiles, ajustadas a las necesidades de esta población.

Palabras clave: Perfil, Cuidador, Familias, Psicóticos, Sobrecarga del cuidador.

Abstract

The situation of dependence may cause to the caregiver an important overburden that may lead to develop associated psychological symptoms. Different studies have identified the factors linked to the profile of the primary caregiver, which are related to higher possibilities to suffer from the caregiver syndrome. Among the most important ones are: being a woman, a closer kinship relationship or strong emotional involvement with the dependent family member, older caregiver and lower coping skills. In order to verify if the findings for other situations of dependence were present in the caregivers of psychotics patients, we have considered relevant to analyze the profiles of the relatives attending to a group of familiar psychotherapy in a psychosis environment. In order to perform this, we have collected data from 36 relatives of patients diagnosed with psychosis attending to two editions of a family psychotherapy group conducted between September 2015 and March 2017. The obtained results describe a profile of a female caregiver, high-middle age, usually mothers, with a low education, who do not perform any paid activity. These data show that the profile of the psychotics patients' caregiver has important similarities and differences compared to the profile of other pathologies. Families play a key role in the evolution and prognosis of patients diagnosed with psychosis. Therefore, more research on the characteristics of the families is required, in order to design more specific and useful interventions, adjusted to this population's needs.

Key words: profile, carer, families, psychotics, caregiver burden.

*Correspondencia: Verónica Concha González.
Avenida San Agustín.
C.P: 33401, Asturias, España.
E-mail: veronicaconcha89@gmail.com

En España, aproximadamente tres millones de personas tienen a cargo a alguien en situación de dependencia. Esto supone para el cuidador, en muchas ocasiones, una importante sobrecarga que puede conllevar el desarrollo de síntomas psicológicos asociados. El término "estar quemado" es un concepto surgido en la década de los años setenta en Estados Unidos. Fue mencionado por primera vez por Freudenberger (1974) para describir cómo se sentían un grupo de voluntarios que colaboraban en una clínica con personas en proceso de abandonar las drogas (Marrodan, 2009).

Entre algunos de los síntomas característicos del síndrome del cuidador quemado se incluye desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que cuida, desmotivación, depresión, angustia, trastornos psicosomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales y/o agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación. (Rodríguez de Álamo, 2002). Se ha encontrado que a menudo, los profesionales evaluamos esta carga que para los familiares supone el cuidado del paciente, como menos intensa de lo que los familiares refieren. (Castilla "et al", 1998).

Con la aparición de la psiquiatría comunitaria, surgida tras la Segunda Guerra Mundial y puesta en práctica en nuestro país a partir de los años 70, se produjo un proceso de desinstitucionalización de los pacientes psicóticos crónicos. Hecho que supuso su inclusión en la comunidad. Lo cual, devolvió a la familia la responsabilidad de la asistencia a estos pacientes, convirtiéndoles en cuidadores. (Castilla "et al", 1998).

La Organización Mundial de la Salud (2016) estima que en todo el mundo alrededor de 21 millones de personas padecen esquizofrenia. Aunque su incidencia es baja comparada con otros trastornos mentales, su prevalencia es alta debido a la cronicidad de esta enfermedad. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), la edad más frecuente de aparición de la esquizofrenia se sitúa en hombres entre los 18 y los 25 años y en mujeres entre los 25 y la mitad de la segunda década. Estamos, por tanto, ante un trastorno crónico que debuta a edad temprana. El cuidado de una persona con trastorno mental grave plantea una serie de desafíos importantes en el entorno familiar, diferentes a los que pueden enfrentar otro tipo de cuidadores. Asimismo, según los estudios, uno de cada dos familiares de personas con esquizofrenia está en riesgo de presentar algún trastorno emocional, físico o psiquiátrico, relacionado con la carga de ser el cuidador principal informal (Rascon, Valencia, Domínguez, Alcántara, Casanova, 2014). Podemos diferenciar entre carga objetiva y carga subjetiva. La carga objetiva se define como cualquier alteración observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente. La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada derivada de la tarea del cuidador. La carga objetiva parece influir de forma principal en el nivel de estrés global de la familia. Dicha carga también repercute en la vida familiar y laboral del cuidador principal. (Castilla "et al", 1998).

La literatura ha puesto de relieve algunos factores asociados al perfil del cuidador principal que se relacionan con mayor posibilidad de padecer síndrome del cuidador. Entre los más destacados figuran: ser mujer, una relación de parentesco más estrecha o fuerte implicación emocional con el familiar dependiente, mayor edad del cuidador y menor capacidad de resolución de problemas. (Calero, 2006). Con el fin de comprobar si los hallazgos para otras situaciones de dependencia se daban en los cuidadores de pacientes diagnosticados de psicosis, hemos considerado relevante analizar los perfiles de los familiares asistentes a nuestro grupo de Psicoterapia Familiar en Psicosis, teniendo en cuenta que conocer la posible asociación entre carga familiar y las características sociodemográficas de los familiares puede ayudarnos a hacer programas más específicos y atender mejor a sus necesidades.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los datos de carácter descriptivo han sido obtenidos de una muestra compuesta por 36 usuarios familiares y cuidadores de pacientes con diagnóstico de psicosis asistentes a dos ediciones de un grupo de Psicoterapia Familiar realizadas entre septiembre de 2015 y marzo de 2017, y llevadas a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Lázaro (Oviedo). Cada edición del grupo constó de 14 sesiones realizadas con periodicidad quincenal y una duración de 90 minutos. El grupo era de carácter abierto y a él podían asistir varios miembros de la familia. Dicha intervención fue conducida por dos

Psicólogos Internos Residentes de segundo año y un Psicólogo Clínico del área.

MATERIALES

Los datos se recogieron mediante el empleo de una entrevista clínica semiestructurada y un cuestionario de variables sociodemográficas autoaplicado de diseño propio.

Las entrevistas clínicas se realizaban antes de comenzar el grupo y tenían como fin último valorar la pertinencia de inclusión en el grupo. Su duración era aproximadamente de 90 minutos y se recogían los siguientes datos: Inicio del problema (cómo y cuándo surgió) y evolución del mismo (síntomas, tratamiento, asistencia a consultas, adherencia a la medicación), genograma familiar, impacto general en la familia, problemas que hayan surgido y se hayan solucionado, así como problemas que aún persisten, estado actual del paciente (adaptación y funcionalidad) e información sobre la enfermedad con la que cuenta la familia. Así mismo se usa esta primera entrevista para resolver las dudas que le surjan a la familia sobre la dinámica del grupo.

En el cuestionario sociodemográfico se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, país de origen, nivel de escolaridad, ocupación, número de personas a cargo, parentesco con la persona cuidada, uso del tiempo libre y tiempo dedicado al día al familiar.

PROCEDIMIENTO

Los datos obtenidos fueron introducidos en la base de datos Excel y procesados mediante el programa estadístico S.P.S.S (Stadistical Package of Social Sciencia) para Windows.

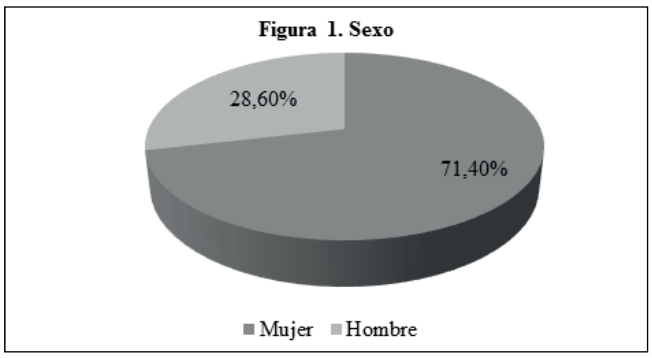
DISEÑO

Se realiza un estudio de tipo observacional-descriptivo.

RESULTADOS

Tras el análisis de las variables objeto de estudio encontramos que el 71,4% de los cuidadores eran mujeres. (figura 1).

La mayor parte de familiares se encontraban en el rango de 50 a 70 años. Siendo la edad media de 58,28. La media de edad es ligeramente superior de la que

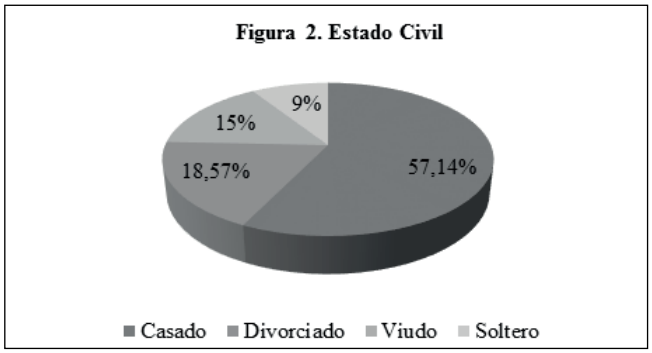


se encuentra en otras investigaciones que estudian el perfil de otro tipo de cuidadores. Basándonos en los datos más recientes elaborados por el IMSERSO sobre el perfil del cuidador principal, a julio de 2017, nos encontramos que la mayoría se encuentra en la franja de edad correspondiente entre 56 y 60 años (2384 personas).

De los asistentes al grupo un 57,14% de los participantes estaban casados. En las familias en las que más de un miembro de la familia acudía al grupo terapéutico existía una menor carga subjetiva, así como, a nuestro parecer, un mayor aprovechamiento del grupo. (figura 2)

En cuanto a la relación de parentesco entre el enfermo y el cuidador, el 52,7% de los familiares eran madres, el 11,1% padres y el resto de los participantes hermanos u otros familiares. (figura 3)

El 48,28% de los familiares tenían al menos otra persona a cargo, con la sobrecarga añadida que eso supone.



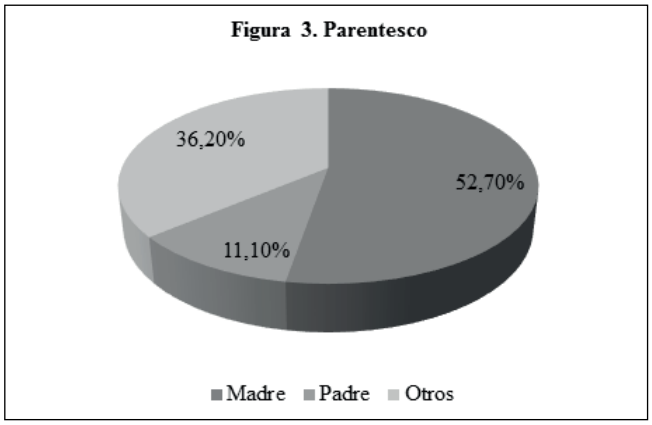
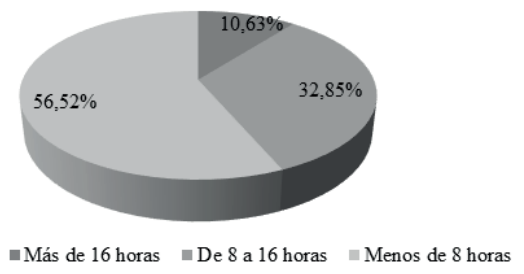


Figura 4.Tiempo Cuidados



Respecto a la inversión del tiempo no dedicado a cuidar del familiar ni a trabajar, variable que catalogamos como "tiempo libre", la mayor parte de personas señalaban que empleaban ese tiempo en realizar labores domésticas, seguido del ocio con otras personas (amigos o familia). La media de tiempo dedicada al día al cuidado del familiar se correspondía con el ítem "la mayor parte del día" (+ de 16 horas) en un 10,63%. Aquellos que referían un menor tiempo dedicado al cuidado del familiar, eran los que usaban los servicios que ofrece el Hospital de Día. (figura 4)

Sólo el 30,5% de los cuidadores principales compaginan esta tarea con el desarrollo de actividad laboral remunerada.

DISCUSIÓN

Comparando nuestros datos con los de otras investigaciones que estudian el perfil del cuidador informal en otras patologías, podemos detectar que existen algunas similitudes, tratándose un porcentaje muy elevado de las cuidadoras de mujeres con estudios primarios. Este dato es reflejo de una sociedad en la que la mujer, sigue ocupando una posición central como responsable del cuidado de su casa y de los miembros de su familia, una posición que a menudo, es poco valorada e incluso invisibilizada. El rol de la mujer está cambiando paulatinamente en los últimos años al incorporarse al mercado laboral, con ello su papel cómo cuidadora principal dentro de la familia se ha ido modificando. No será hasta dentro de unos años cuando veamos qué consecuencias tendrán estos cambios sobre nuestros pacientes y sus familias.

Las mujeres se presentan como grupo de riesgo para desarrollar el síndrome del cuidador quemado. Sería interesante evaluar hasta qué punto esto se debe a una dificultad para detectar esta patología en los hombres, bien por ser éstos menos en número y por tanto menos visibles, o bien, porque al igual que ocurre con otras patologías, por ejemplo, en la depresión, sus síntomas se enmascaren a través de otros.

Las diferencias más significativas las observamos respecto al rango de edad y el tipo de parentesco, siendo ligeramente superior la media de edad de nuestro grupo al del grupo de demencias y tratándose principalmente de madres en lugar de hijas o esposas. Nos encontramos en una sociedad que cada vez tiene hijos de forma más tardía, teniendo en cuenta esto, y que la cuidadora principal es la madre, en pocos años nuestras cuidadoras serán cada vez más mayores y, por tanto, tendrán mayor predisposición a la sobrecarga. Según los datos obtenidos en el Libro Blanco de la Dependencia 2, la edad media del cuidador en 1994 era de 52 años, en el 2004 la media sube hasta los 53 años, y en 2010 es de más de 57 años (Yonte, Urién, Martín, Montero, 2010). Este dato es relevante teniendo en cuenta que una mayor edad es factor de riesgo para producirse un mayor nivel de sobrecarga. Una edad más elevada también influye en las narrativas de los cuidadores, así una de las principales preocupaciones que los familiares refieren es acerca de la incertidumbre sobre qué será del enfermo cuando el cuidador falte.

En relación con otros estudios sobre el perfil del cuidador del paciente psicótico encontramos que nuestros datos coinciden con los encontrados en otros estudios. En Castilla "et al" (1998) el 73, 4% de las cuidadoras son mujeres. El 64,5% son progenitores (70,3 % son madres). La media de edad es de 57 años. El contacto con el paciente era constante en el 90% de los casos, viviendo en la misma casa un 89% de los informantes. En Martínez "et al" (2000) la edad media del cuidador fue de 55 años. El 48% eran progenitores, el 34% hermanos y el 12% cónyuges. En Rascon "et al", 2014 en un estudio realizado con 8 familias, el promedio de edad del cuidador fue de 59, 44 años. El 44,4% de los familiares convivía con su familiar enfermo todo el día, y el resto (55,6 %) lo veía a ratos.

Sería interesante investigar la relación entre la carga percibida por el cuidador y el perfil del enfermo. En algunos estudios se ha hallado que algunos factores relacionados con el perfil del enfermo afectan de modo significativo a la carga percibida. Algunas variables como ser varón, una edad inferior a los 45 años, y no considerar necesaria la medicación, generaban un mayor estrés en los cuidadores (Castilla "et al", 1998).

Somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio dada la escasez de la muestra. Serían necesarios

posteriores análisis de estos datos para hacernos una idea más clara del perfil de nuestros usuarios, así como su evolución con el paso del tiempo.

CONCLUSIONES

La prevalencia de psicosis en población general es del 1 %, de los cuales más de un 80% convive con su familia. Conocido el papel de las familias en la evolución y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de psicosis y en base a las similitudes y particularidades de los perfiles del cuidador, se hace necesaria mayor investigación acerca de las características de éstos, de cara al diseño de intervenciones más específicas y útiles, ajustadas a las necesidades de esta población. Son necesarios estudios con muestras más amplias y de características longitudinales para conocer la evolución de la carga.

Los cambios sociodemográficos y familiares, como la incorporación de la mujer al mercado laboral o el envejecimiento de los cuidadores, pueden afectar a medio plazo al cuidado de los pacientes esquizofrénicos, dificultando el traspaso de las obligaciones y la asunción de las cargas del cuidador por la nueva tipología de familia. Debemos tener en cuenta estos factores de cambio si queremos ajustarnos de una manera más eficaz a nuestros usuarios.

La familia es un factor fundamental en el tratamiento de la esquizofrenia, por ello es necesario que se involucre dentro de los programas de trastorno mental grave. El tratamiento integral ha demostrado ser eficaz para reducir el número de ingresos y mejorar el bienestar de los pacientes. Favoreciendo, por tanto, la evolución del paciente y un pronóstico más favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Brown, G.W., Birley, J.L.T. y Wing, J.K. (1972). Influence of family live on the course of schizophrenia disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry, 121*, 241-258.

Calero Pérez, R. (2006) *Variables cognitivas y socioculturales que intervienen en la relación cuidador informal y persona mayor dependiente*. Universidad de Granada.

Castilla, A., López, M., Chavarría, V., Sanjuan, M., Canut, P., & Martínez, M. et al. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatria., 18*(68), 621-642.

Crespo López, M., & López Martínez, J. (2008). *Apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Consultado en agosto de 2017. Página Web: http://www.dependencia.imserso.es

Maldonado, J., Caqueo, A., Ferrer, M. y Fernández, P. (2010). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema 24* (2), 255-262.

Marrodan, C. (Septiembre de 2009). Síndrome del cuidado quemado. Jornadas La familia ante la Enfermedad. Conferencia llevada a cabo en la Universidad Pontifica Comillas. Madrid.

Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., & Mendioroz, P., y grupo Psicost. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *ANALES Sis San Navarra, 23,* 101-110.

Millán, J., Gandoy, M., Cambeiro, J., Antelo, M., & Mayán, J. (1998). Perfil del cuidador informal del enfermo del alzheimer. *Geriátrika, 14*(9), 449-453.

Rascón, M., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., & Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental, 37*(3), 239-246.

Yonte, F., Urién, Z., Martín, M.; &Montero, R. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *Revista de enfermería, 2* (1), 59-69.

World Health Organization (2016). Schizophrenia. Consultado en junio de 2017. Página web: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 103-126.

PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE: AUTOEVALUACIÓN EN COMPETENCIAS

CLINICAL PSYCHOLOGIST TRAINING: COMPETENCIES SELF-ASSESSMENT

Cristina Ibáñez-López[1*], Andrés Cabero-Álvarez[2], Verónica Concha-González[1] y María Isabel Pereira-Lestayo[1]

[1]Psicólogas internas residentes del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

[2]Psicólogo clínico del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Resumen

La sociedad del S. XXI supone un contexto de transformaciones complejas que emergen a gran velocidad. Los profesionales de la salud necesitan prepararse para responder de forma efectiva y eficiente a estas necesidades sociales. La formación basada en competencias busca dar respuesta a ello, con una formación que enfatiza los principios de profesionalismo e incluye habilidades y destrezas (saber hacer), actitudes y comportamientos (saber estar) y valores y creencias (saber ser). El residente adquiere un papel central en el proceso de aprendizaje, resultando también fundamental su participación en la evaluación del mismo. Este trabajo expone cuatro herramientas para la autoevaluación en la Formación especializada en Psicología Clínica y los resultados obtenidos con el uso de las mismas. Finalmente, se reflexiona sobre la importancia de este papel activo del residente en su evaluación, obteniéndose un mayor compromiso con el aprendizaje.

Palabras clave: Competencias, Autoevaluación, Formación sanitaria especializada.

Abstract

The society in the 21st century involves a context of complex transformations that emerge at high speed. Health professionals need to be prepared to meet effectively and efficiently these social needs. The approach of Competency Based Education seeks to respond to them through a training model which emphasizes the principles of professionalism and which includes skills and abilities (how to act), attitudes and behaviors (how to behave) and values and beliefs (how to be). The clinical psychologist intern resident plays a central role in the learning process, being also fundamental their participation in the evaluation of the same. This paper presents four tools for self-assessment in the specialized training in Clinical Psychology and the results obtained with the use of these. Finally, we reflect on the importance of the active role of the intern in their evaluation, which results in a greater commitment to learning.

Key words: Competencies, Self-assessment, Specialized healthcare training.

El proyecto Tuning Educational Structure in Europa de 2003 (González y Wagenaar, 2003) define las competencias como "Una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo".

Esta definición trata de seguir un enfoque integrador, combinando elementos como conocer y comprender (conocimiento teórico de un campo académico), saber cómo actuar (la aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones) y saber cómo ser (los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social) (Durá, 2013). Es decir, las tres grandes dimensiones que configuran una competencia cualquiera son: saber (conocimientos), saber hacer (habilidades) y ser (actitudes).

La formación en competencias supone aprender haciendo y en condiciones reales de trabajo, exige que la formación asuma el papel de generar competencias

*Correspondencia: Cristina Ibáñez López.
Centro de Salud Mental La Ería.
C.P: 33013, Oviedo, España.
E-mail: ibanezlopezcristina@gmail.com

superando el rol de transmisor de conocimientos, por lo que constituye un enfoque centrado en los participantes como eje del aprendizaje, orientado al desarrollo de sus saberes y a su capacidad de movilizarlos en situaciones reales de trabajo (Mastache, 2007)

El sistema de formación de especialistas sanitarios es un buen contexto para desarrollar el enfoque de formación basada en competencias, donde el residente va adquiriendo competencia mediante su trabajo, con una autonomía creciente y favorecido por realizar su trabajo junto a un tutor (Casado, 2007).

El residente se sitúa en el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje. Adquiere el papel protagonista y se convierte en un agente activo de su proceso formativo gestionando su propio aprendizaje con el apoyo y guía del tutor. El tutor actúa como un facilitador del aprendizaje: colabora con el residente en el proceso de descubrimiento de sus fortalezas y debilidades, ayudándole a detectar áreas de mejora y a diseñar actuaciones en esta dirección.

La Unidad de Docencia Médica del Hospital Universitario de Cruces, basándose en los modelos y experiencias que existían a nivel internacional, definió en el 2008 las competencias generales del especialista a formar en la llamada "Visión Docente" dentro del proyecto "Formación Especializada Basada en Competencias (FEBC) en el H.U. Cruces"(Moran-Barrios, 2012).

Siguiendo la Pirámide de Miller (1990), se muestra en forma de escalones las características del saber y quehacer del clínico. En la base se sitúa el *saber* (conocimientos adquiridos), el segundo nivel se corresponde con el *saber cómo* (integrar los conocimientos y aplicarlos en la práctica), el siguiente escalón corresponde a *demostrar cómo* (actuación en situaciones parecidas a la realidad o simuladas) y en el vértice de la pirámide se sitúa el *hacer* (la práctica, el desempeño en situaciones reales).

El modelo recoge 32 competencias generales (Moran-Barrios J, 2013) agrupadas en siete dominios competenciales:

1. Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética (profesionalidad).
2. Comunicación.
3. Cuidados del paciente y habilidades clínicas.
4. Conocimientos médicos (fundamentos científicos de la medicina).
5. Práctica basada en el contexto del sistema de salud (salud pública y sistemas sanitarios).
6. Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua (análisis crítico-autoaprendizaje).
7. Manejo de la información.

En estos nuevos modelos basados en competencias, la evaluación ocupa una posición central del proceso formativo. Esto implica modificar el sistema de evaluación tradicional y sustituirlo por una combinación de los diferentes métodos para evaluar las habilidades cognoscitivas y las complejas habilidades que componen el concepto de competencia profesional. La evaluación no se limita ya únicamente a la adquisición de conocimientos, sino que pasa a convertirse en un medio de promover el aprendizaje y también en una forma de constatar la calidad del mismo.

Siguiendo a Irigon y Vargas (2002), la evaluación basada en competencias es "un proceso de recolección de evidencias sobre el desempeño laboral de un profesional, con el propósito de valorar su competencia a partir de un referente e identificar aquellas áreas de desempeño que precisan ser fortalecidas, mediante capacitación, para alcanzar el nivel de competencia requerido".

Entre las diferentes estrategias que se recogen para llevar a cabo la evaluación se encuentran: la observación directa de una situación clínica concreta, el análisis de casos clínicos, la evaluación de 360 grados, los incidentes críticos, la entrevista tutor-residente, las listas de comprobación (Checklist evaluation), los portafolios y la autoevaluación.

Este trabajo pretende focalizar la atención sobre la autoevaluación. Entendemos por autoevaluación la capacidad de emitir un juicio sobre el propio progreso, reflexionar sobre lo conseguido y sobre lo todavía no logrado, e identificar fortalezas y debilidades. Se analizan diferentes formas de aplicación de esta capacidad y los resultados encontrados.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Este trabajo recoge la experiencia desarrollada por una residente y su tutor durante los meses de junio de 2015 a mayo de 2016. Este periodo corresponde al primer año de residencia de la Formación especializada en Psicología Clínica denominado "Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria". La formación se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental

La Ería de Oviedo, perteneciente al área sanitaria IV del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

MATERIALES

Las herramientas de autoevaluación utilizadas fueron:

1) Análisis y evaluación del registro de casos clínicos.

De cada paciente atendido se registró el número de historia clínica (NHC), fecha de la 1ª consulta, motivo de derivación o tipo de problema, diagnóstico, edad, género, tipo de terapia realizada, número de sesiones, valoración de la alianza terapéutica (1-10), fecha de alta o de abandono y derivación a otros profesionales (en el caso de que se diese esta circunstancia).

2) Videos de grabaciones de entrevistas clínicas.

Se planteó a algunos pacientes la posibilidad de grabar las entrevistas clínicas. En los casos en que la persona se mostró de acuerdo, se firmó un consentimiento informado en el que se especificaba claramente a qué personas se autorizaba el visionado de las grabaciones (residente/tutor, otros residentes, etc), para qué fines serían utilizadas las grabaciones (supervisión, docencia) y en qué plazo de tiempo la grabación debería ser eliminada (6 meses, 1 año, indefinido).

3) Ficha de autoevaluación semanal de habilidades clínicas básicas y avanzadas.

Estas fichas se elaboraron a partir del artículo Evaluating therapist´s practices in a postmodern world: a discussion and a scheme (Flemons, D; Green, S; Rambo, A, 1996).

Las fichas se dividieron en 2 niveles (básico y avanzado) y en total recogían 32 habilidades clínicas. El residente semanalmente revisó estas habilidades y se asignó una puntuación en cada una de ellas.

4) Formulario de Evaluación Formativa del residente del Modelo H.U Cruces.

Recoge 7 dominios competenciales: profesionalidad, comunicación, habilidades clínicas y cuidado del paciente, conocimientos, práctica basada en el contexto del sistema de salud, práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua, manejo de la información.

Para cada ítem aparece una columna para la autoevaluación por parte del residente y otra columna para la valoración del tutor. Este formulario se aplicó al final de la rotación.

PROCEDIMIENTO

Se revisó inicialmente bibliografía sobre los modelos de competencias y en concreto del Modelo de Formación Especializada Basada en Competencias del H.U. Cruces.

Se trató de aplicar dicho enfoque a lo largo de todo el aprendizaje, implementando cuatro herramientas de evaluación que situasen al residente en el eje central de este proceso mediante su participación activa en el mismo.

DISEÑO

Se realiza un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, enfocado en la experiencia individual subjetiva de los participantes.

RESULTADOS

Emplear el registro de casos clínicos, permitió realizar una evaluación sumativa al contabilizar el número de pacientes atendidos, de cara a cumplir los objetivos recogidos en el programa formativo de la especialidad (planificación, realización y seguimiento de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos de 80 casos).

Pero además, el revisar este registro mensualmente con el tutor, proporcionó una evaluación formativa, ya que facilitó una visión global de la asistencia que se iba desarrollando y posibilitó reorientar con el tutor la selección de los siguientes casos. Así, por ejemplo, fue posible tomar conciencia de diferentes dificultades, en relación a un determinado rango de edad de los pacientes, tipo de problema…, con el objetivo de ir detectando y trabajando áreas de mejora. También se consiguió a través del registro identificar qué patologías habían sido abordadas y qué tipo de problemáticas no se habían tratado hasta el momento, consiguiendo al final de la rotación una perspectiva amplía de toda la patología propia de un CSM.

Respecto a la grabación de entrevistas clínicas, el visionado de las mismas permitió revisar el caso con detenimiento, atender a aspectos que pasaban desapercibidos durante la consulta y planificar las siguientes sesiones.

Además, posibilitó observar la propia actuación como terapeuta y analizar aspectos como la utilización del lenguaje (por ejemplo empleo repetitivo de

determinadas expresiones o coletillas), uso de preguntas abiertas/cerradas, gestión de los silencios, lenguaje no verbal, sintonía con el paciente, complementariedad/simetría, estilo terapéutico (directividad, confrontación, etc).

En cuanto a las fichas de autoevaluación de habilidades clínicas, podemos destacar cómo inicialmente sirvieron para clarificar las habilidades que se esperaban del residente durante este periodo. Además se utilizaron en el inicio para establecer el punto de partida en cada una de las competencias. Una vez establecidos las competencias adquiridas y las competencias requeridas, resultó más sencillo establecer objetivos y acciones de mejora.

Por último, el Formulario de Evaluación Formativa del residente del Modelo H.U Cruces, se utilizó como esqueleto para la valoración formativa en las entrevistas periódicas entre el tutor y el residente.

Mediante la actuación conjunta y utilizando el feedback como metodología, tutor y residente realizaron un análisis final de toda la rotación y establecieron un pacto de mejora a desarrollar en las posteriores rotaciones.

En el acta de la entrevista quedó recogida la evaluación de los dominios competenciales, las fortalezas y debilidades, áreas de mejora, objetivos y plan de trabajo en los próximos 3/6 meses.

DISCUSIÓN

Numerosas investigaciones en el campo de estudio de la excelencia en la práctica clínica ponen de relieve la importancia cardinal de la figura profesional que ofrece el tratamiento psicológico, sobre el protocolo de intervención que pierde su potencia en las manos equivocadas (Lambert, 2013; Lilienfeld, 2007; Mahoney,1991; Norcross, 2011; Safran y Segal, 1990; Seekles et al;2013). En el Sistema Nacional de Salud, sería la figura del psicólogo clínico y su sistema de formación vía residencia, esa figura profesional. Durante cuatro años, el residente a tiempo completo y en exclusiva, desempeña de forma programada las actividades y responsabilidades propias del ejercicio autónomo de la especialidad en un contexto sanitario complejo, asumiendo responsabilidades progresivas y bajo una estrecha supervisión. En el Real Decreto de Formación Especializada del año 2008 (183/2008) aparece recogido en diversas ocasiones el término "competencias" y "evaluar en competencias". Sin embargo, se refiere a las competencias como un marco abierto, en proceso de desarrollo. Queda por tanto un largo camino por recorrer, que pasa por la necesidad de sistematizar lo intuitivo, hacerlo explícito, desechar lo que no sirve y promover lo efectivo.

Sería deseable que en un futuro próximo, el programa formativo oficial de cada especialidad incluyese una definición clara y concreta de las competencias que cada residente debe adquirir a lo largo de su formación. El reto a plantearse es definir las competencias específicas de la especialidad de Psicología Clínica, cómo desarrollar dichas competencias y cómo evaluarlas de forma coherente. Evaluar competencias es un fenómeno complejo, que debe implicar la puesta en marcha de diversas y variadas estrategias para ello. Resulta fundamental incluir al residente como eje central de este proceso, ya que verse inmerso como parte activa en la evaluación, incrementa su nivel de compromiso, aumenta la tolerancia a la crítica y le permite realizar un ajuste continuo para la mejora. Todo ello redunda a largo plazo en una mejora de la atención, una mayor satisfacción de los usuarios del sistema de salud y por tanto un aumento de la calidad asistencial del mismo.

CONCLUSIONES

Con las nuevas herramientas de evaluación y especialmente con el empleo de la autoevaluación, el residente incorpora la autoobservación de la propia práctica y el análisis reflexivo facilitando el desarrollo de una capacidad crítica. Desde esta perspectiva, se identifican las competencias adquiridas y se detectan las posibles deficiencias, propiciando establecer estrategias de mejora e identificar nuevas necesidades de aprendizaje. Podemos por tanto concluir que estas estrategias favorecen la autonomía, generan compromiso, incrementan la responsabilidad y motivan hacia la excelencia en el desempeño clínico.

Conseguir mejores profesionales implica pacientes mejor atendidos y más satisfechos y a la larga un mejor sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fernández March, A. La evaluación orientada al aprendizaje en un modelo de formación por competencias en la educación universitaria. *Revista de docencia universitaria, Vol 8* (n.1) 11-34.

Flemons, D; Green, S; Rambo, A. (1996 Evaluating therapist´s practices in a postmodern world: a discussion and a scheme. *Family Process, v. 35* (1): 43-56.

Martinez-Clarés, P; Martinez-Juárez, M y Muñoz-Cantero, J.M (2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. *Relieve, v.14,* n.2, p.1-23.

Morán-Barrios, J (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la Educación Médica: la formación basada en competencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 33* (118), 385-405.

Morán-Barrios, J (2012). La evaluación del proceso de Formación Especializada. Una propuesta fundamentada en el proyecto de "Formación Especializada Basada en Competencias del Hospital de Cruces 2008". *Educ Méd 2012,15* (1):29-34.

Prado-Abril, J; et al. En busca de nuestra mejor versión: pericia y excelencia en Psicología Clínica. *Ansiedad y estrés* (2017).

RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS

RESULTS OF A FAMILY INTERVENTION IN CAREGIVERS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH PSYCHOSIS

María Dolores Méndez-Méndez*, Verónica Concha-González, María Isabel Pereira-Lestayo y Cristina Íbañez-López

Psicólogas Interno Residentes, Hospital Universitario Central de Asturias

Resumen

Las intervenciones psicoterapéuticas con las familias de pacientes psicóticos han cobrado relevancia en los últimos años, probándose en la actualidad como abordajes eficaces en la intervención en dichos desórdenes. Con la finalidad de suscitar la reflexión acerca de la utilidad y necesidad de estos enfoques, presentamos los resultados de una experiencia terapéutica grupal llevada a cabo con cuidadores de pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Los sujetos objeto de estudio participaron en un grupo de Psicoterapia Familiar al que asistieron entre Septiembre de 2015 y Mayo de 2016. Con el objetivo de valorar los resultados de la intervención se evaluó a los asistentes con los cuestionarios Zarit Burden Inventory (Sobrecarga del cuidador), HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) y una escala autoelaborada de Emoción Expresada formato tipo Likert. A la luz de los resultados, podemos concluir que la intervención familiar en psicosis resulta útil para disminuir el malestar anímico de los cuidadores, así como la variable de emoción expresada, muy relacionada con las recaídas y pronóstico. Por último, el alto nivel de sobrecarga de los cuidadores revela la importancia de implementar intervenciones integradas que valoren y contemplen sus necesidades como parte de una buena praxis en el abordaje de la psicosis de cara a mejorar los resultados de éstas.

Palabras Clave: Psicoterapia familiar, Esquizofrenia, Psicosis, Emoción Expresada, Sobrecarga del Cuidador.

Abstract

Psychotherapeutic approach to families of psychotic patient has gained relevance in recent years, nowadays this kind of intervention has been teasted as effective in this kind of disorders. The purpose of this study is to stimulate the reflection on the usefulness and necessity about this kind of approaches. With this objective we show the results based on a grupal therapeutic experience with caregivers of patients diagnosed with schizophrenia. The subjects under study have participated in a group of Family Psichotherapy from September 2015 to May 2016. With the aim of assess the results of this intervention, the attendees were evaluated using the following questionnaires: Zarit Burden Inventory (Caregiver Overload), HADS (Hospital Axiety and Depression Scale) and a self-elaborated Scale of Expressed Emotion. Based on the results, we can conclude that family intervention in psychosis is useful to reduce the mental discomfort of caregivers, as well as the emotion express variable, closely related to relapses and prognosis. Finally, the high level of overload in caregivers reveals the importance of implementing integrated interventions that value and contemplate their needs as part of a good praxis in the approach to psychosis that improves the results of these.

Key words: Family Psichoterapy, Schizophrenia, Psychotic disorder, Expressed Emotion, Caregiver Overload.

En los últimos 40 años el interés y la relevancia de la aproximación psicoterapéutica a las familias de los pacientes con diagnóstico de algún trastorno mental crónico, especialmente en el caso de la esquizofrenia, ha cobrado mayor relevancia. A este desarrollo, entre otros muchos factores, ha contribuido el cambio social e ideológico provocado por el movimiento desinstitucionalizador de los años 70, que con la

*Correspondencia: María Dolores Méndez Méndez.
Hospital Universitario Central de Asturias.
C.P: 33758, Asturias, España.
E-mail: lmmendezloli@gmail.com

consecución del cierre de los manicomios devolvía a los familiares el protagonismo y responsabilidad del cuidado de los usuarios. El objetivo de dicho cambio es el recovery total del paciente y por tanto la promoción de la vuelta a la comunidad, lo cual implica una importante readaptación para así lograr una reintegración completa del paciente en el contexto previo a la crisis.

Anteriormente, la familia era considerada o bien como un elemento con un escueto papel en el pronóstico y evolución del paciente, o bien el factor explicativo causal del trastorno que sufría. Conceptos tradicionales como el de "Madre Esquizofrenogéna" (Fromm-Reichman, 1948), "Pseudomutualidad" (Wynee, 1958) o "La Teoría del Doble Vínculo" (Bateson, 1956) siguen está línea clásica en la que el resultado desde una concepción u otra era la exclusión de las familias del plan terapéutico y abordaje clínico.

Recientemente se han abierto nuevas líneas de investigación. Éstas últimas no tan centradas en la búsqueda de un factor etiológico explicativo de la esquizofrenia, sino que entendiendo que éste es múltiple, tratan desde su inicio de averiguar qué aspectos pueden contribuir a la mejora o empeoramiento de los pacientes, es decir, los factores explicativos de una mejor o peor evolución y que por ende contribuyen a promocionar el bienestar y a aliviar su sufrimiento. Desde ésta nueva óptica y con el surgimiento de conceptos de estudio como el desarrollo del constructo de emoción expresada (Brown, 1961), se constata definitivamente la relevancia y el papel de las familias en la etiología, curso y evolución de los trastornos psicóticos. Este nuevo enfoque, adopta, una postura bastante más prudente que los previos, manteniendo que es la presencia de determinadas actitudes en el ambiente familiar, como por ejemplo la alta emoción expresada que el usuario percibe, las que pueden repercutir en el curso del trastorno una vez el usuario regresa tras la hospitalización al hogar familiar.

Éstas corrientes más contemporáneas han suscitado un cambio conceptual, pero sobre todo pragmático, promoviendo el desarrollo de nuevos modelos de intervención basados en teorías más comprehensivas y menos reduccionistas, como es el caso de la teoría de "Vulnerabilidad- estrés" (Zubing y Spring ,1977). Es en los años 80, gracias a éste contexto y a la búsqueda y promoción de abordajes más integrales, surgen las intervenciones familiares, entre cuyos objetivos principales se encuentran la reducción del estrés familiar y en concreto la mejora en aspectos concretos de las variables que comprenden la emoción expresada, que según se ha demostrado en múltiples investigaciones, puede aumentar hasta cuatro veces el riesgo de recaídas en personas con diagnóstico de psicosis.

En la actualidad, la evidencia científica ha demostrado que la Psicoterapia Familiar es un tratamiento eficaz en la intervención tanto en pacientes con diagnóstico de psicosis, en cualquiera de sus manifestaciones, como en otros Trastornos Mentales Graves. En concreto se trataría de intervenciones probablemente eficaces según las actuales guías de práctica clínica. Con el objetivo de reflexionar acerca de la utilidad y necesidad de estas intervenciones presentamos los resultados obtenidos tras una experiencia grupal de Terapia Multifamiliar.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Este estudio ha sido realizado con 12 cuidadores principales de pacientes diagnosticados de psicosis, todos ellos participantes en un grupo de Psicoterapia Multifamiliar llevado a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Lázaro (Área IV SESPA) al que asistieron entre Octubre de 2015 y Mayo de 2016. La experiencia constó de 14 sesiones con periodicidad quincenal con una duración de 90 minutos. El grupo era de carácter abierto y a él podían asistir varios miembros de la familia. Dicha intervención fue conducida por dos Psicólogos Internos Residentes de segundo año y un Psicólogo Clínico del área.

MATERIALES

Con el objetivo de valorar los resultados de esta intervención se evaluó a los asistentes, además de mediante una entrevista clínica semiestructurada, con los siguientes instrumentos al comienzo y final de la intervención grupal:

→ Zarit Burden Inventory (Zarit, Reever y Bach-Petersen, 1980): Consideramos necesario evaluar la sobrecarga de los cuidadores principales conocidas las repercusiones negativas de que esta sea elevada tanto en el cuidador como en la personas receptivas de cuidados y, por consecuencia, en su evolución. Valoramos ésta mediante el Zarit, al ser éste el cuestionario más utilizado para cuantificar la sobrecarga que sufren

los cuidadores de personas dependientes, usado sobre todo en el caso de trastornos o enfermedades crónicas como la demencia tipo Alzheimer. Validado en población española, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen como se sienten a veces los cuidadores. Para cada una de ellas el sujeto que lo cumplimenta ha de valorar la frecuencia con la que se siente así. La puntuación global oscila entre 22 y 110 puntos. Una puntuación menor a 46 indicaría que no hay sobrecarga, entre 46 y 55 indicaría la existencia de una sobrecarga de carácter leve y, por último, las personas que alcanzan valores iguales o superiores 55 se situarían en la categoría de sobrecarga intensa.

→ Escala HADS de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zimong y Snaith, 1983): Un instrumento ampliamente utilizado para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con padecimientos crónicos. Fue validado en población española en 1986 con altos niveles de fiabilidad y validez. Estimamos pertinente su uso dada la importancia que posee el mantenimiento de un buen estado de ánimo para lograr un adecuado ajuste a los estresores cotidianos provocados por la convivencia con este trastorno. Se trata una herramienta oportuna para detectar el distrés psicológico de los cuidadores y valorar las necesidades cotidianas susceptibles de necesitar una intervención concreta. El cuestionario consta de 8 ítems de depresión y 8 de ansiedad. Se trata de un instrumento de rápida cumplimentación con opciones de respuesta tipo Likert. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 21 para cada subescala. Los puntos de corte de 0 a 7 implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de 8 a 10 que requiere consideración o es un caso probable y de 11 a 21 la presencia de sintomatología relevante y por tanto la existencia de un caso de ansiedad y/o depresión (Snaith, 2003).

→ Escala autoelaborada de Emoción Expresada: Tras la correspondiente revisión bibliográfica de instrumentos existentes, en su mayoría entrevistas semiestructuradas, y con el fin de valorar éste constructo, los conductores del grupo elaboramos un cuestionario breve *ad hoc* de formato tipo Likert con el cual intentamos reflejar las tres variables de emoción expresada de mayor implicación en los procesos de recaída, es decir, criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional. La escala consta de 9 afirmaciones que describen situaciones cotidianas de convivencia. La puntuación oscila entre 0 (*dicha escena nunca ocurre*), y 3, (*tiene lugar la mayor parte del tiempo*). La puntuación máxima de ésta escala es 27. El punto de corte a partir del cual dichas situaciones se dan frecuentemente y, por tanto, evidenciarían un número relevante de interacciones con alta emoción expresada es 13.

PROCEDIMIENTO

Se efectuó una evaluación pre-test previa a que los pacientes comenzaran la experiencia grupal. La batería de instrumentos fue entregada un mes antes del inicio, tras la realización de una entrevista clínica semiestructurada en la que se valoraba pertinencia de inclusión o no en el grupo. Se pidió a los participantes que cubrieran los cuestionarios una semana antes de comenzar las sesiones grupales. La cumplimentación de dichos cuestionarios fue de carácter voluntario.

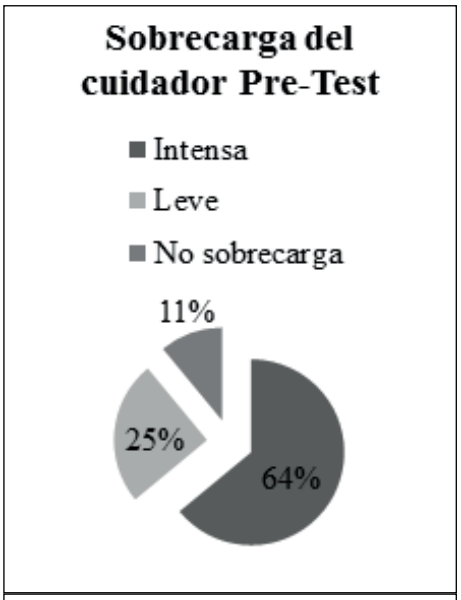
La medida post-test fue realizada en el propio centro al finalizar la última sesión grupal, que consistió a su vez en una valoración subjetiva de dicha experiencia.

DISEÑO

Se emplearon múltiples métodos de análisis de la información tanto cualitativa (utilizando cuaderno de campo, análisis del discurso y entrevistas) como cuantitativa (a través de los instrumentos citados anteriormente). Para el análisis de los datos obtenidos mediante ésta última se realizó un contraste no paramétrico de medias pre-test y post-test con el programa estadístico SPSS, aplicando la prueba de U de Mann- Whitney, dado que el tamaño muestral no era representativo.

RESULTADOS

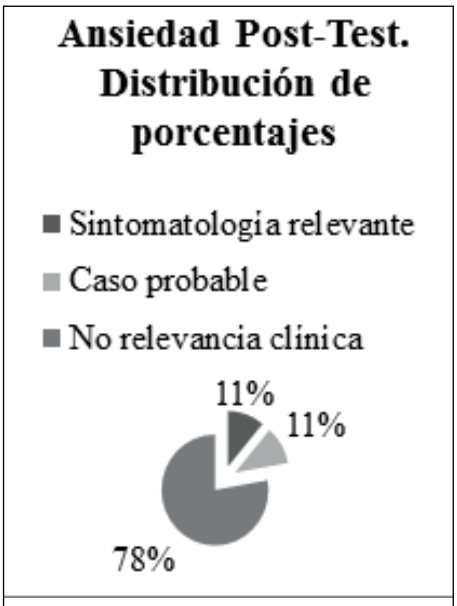
En consonancia con lo esperado y hallado en la revisión bibliográfica, las puntuaciones medias en la medida pre-test mediante la escala Zarit se corresponden con un nivel de sobrecarga intensa, resultados que se mantienen tras la intervención grupal. Aunque las puntuaciones medias son iguales, se aprecia una redistribución de los porcentajes en las diferentes categorías, menguando la proporción de asistentes con una sobrecarga intensa y acrecentándose sobre todo el número de participantes con niveles de sobrecarga leve o no sobrecarga.



Puntuación Promedio de Sobrecarga del cuidador: 55,6

Puntuación Promedio de Sobrecarga del cuidador: 55,6

Resultados HADS		
	Ansiedad	Depresión
Promedio puntuaciones Pre-Test	9,625	6,25
Promedio puntuaciones Post-Test	6,5	5,3



En referencia a los resultados obtenidos mediante la escala HADS, se comprueba que en la medida pre-test el 50% de los familiares en Ansiedad y el 40% en Depresión alcanzan niveles por encima del punto de corte, correspondientes éstas a la categoría de casos probables. Tras la valoración de los resultados post-test se da un importante descenso de puntuaciones en sendas escalas. La media grupal se sitúa por debajo del punto de corte en las dimensiones evaluadas, resultado que a pesar de no ser estadísticamente significativo si posee relevancia clínica. Este cambio en la distribución de los resultados implica que muchos de los participantes calificados en un inicio como casos probables, tras la intervención no presentan sintomatología de relevancia clínica.

Por último, al comienzo en la Escala de Emoción Expresada las puntuaciones son altas, superando la media grupal de forma relevante a la del cuestionario. Estos resultados nos indican que las interacciones en las que éste componente es alto se dan frecuentemente. Se aprecia nuevamente en la estimación post-test un descenso de los valores por debajo del promedio, aunque dicha diferencia no es estadísticamente significativa. Estos resultados concuerdan con lo observado en el grupo, en cuyo transcurso pudimos comprobar que al intervenir de forma específica en éste campo aumentaba la probabilidad de creer que el familiar sufre una auténtica enfermedad y no finge para no responsabilizarse de sus obligaciones, también la creencia de que algunos síntomas, en particular los negativos, estaban controlados por él. Los cuidadores tendían a ser más empáticos y a tolerar en mayor grado determinados comportamientos de los usuarios, aumentando la comprensión de ciertas experiencias como la ansiedad ante lo desconocido o las dificultades en las relaciones interpersonales. Se encontró a su vez un incremento en el uso de un lenguaje más neutral y por lo tanto menos hostil a la hora de interpretar y describir ciertas interacciones. Un ejemplo característico fue la reconceptualización de la apatía como un síntoma del trastorno o efecto secundario de la medicación y no como vagancia intrínseca a la personalidad del paciente.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos revelan que el estado de salud física y psicológica de los cuidadores con familiares diagnosticados de trastornos mentales crónicos ha de ser contemplada como una parte más

Resultado Emoción Expresada	
Puntuación Promedio medida Pre-Test	Puntuación Promedio medida Post-Test
16,5	12,3

del tratamiento. La primera concepción de carga del cuidador surge precisamente en la década de los 60 con la propuesta de Grad y Saisbury con familiares de enfermos psiquiátricos. Estos autores definen la carga en un primer momento como "cualquier coste para la familia". Esta acepción se va perfilando con el transcurso del tiempo, diferenciado por un lado el concepto de "carga objetiva", referida a los acontecimientos, actividades y demandas en relación al familiar enfermo y por otro lado la "carga subjetiva", que aludía a sentimientos, actitudes y emociones del cuidador (Grad, D´Alarcon y Sainsbury, 1965; Hoeing y Hamilton, 1965, 1966, 1967; Platt y Hirsch, 1981). A modo de exégesis, si hacemos referencia a la "carga objetiva" observamos en nuestra experiencia, por ejemplo, que las personas con dos familiares a cargo mostraban niveles de malestar mayor que las que solo cuidaban a otro miembro de la familia. Vinculado al concepto de "carga subjetiva", resaltaba el sentimiento de soledad de los familiares y cómo contar con un espacio de apoyo emocional y asistencial mejoraba el estado anímico de éstos y cambiaba su percepción de la situación. Los resultados obtenidos para esta variable reflejan un mantenimiento de los niveles medios de sobrecarga, esto puede ser debido a que en realidad una vez finalizado el grupo la "carga objetiva" de los cuidadores sigue siendo la misma, aunque algunas personas encontraron en este espacio un contexto de apoyo, comprensión y libre expresión donde compartir sus vivencias, lo cual puede explicar la redistribución y descenso de algunas puntuaciones. En otros casos, durante el transcurso del grupo y en el contexto de ésta experiencia, algunos de los participantes adquirieron mayor conciencia de dicha sobrecarga y de las implicaciones para su salud de ésta.

En alusión a los aspectos emocionales el Comité de Prevención de los Trastornos Mentales considera que el nivel de estrés que puede ocasionar el cuidado de otra persona puede fomentar la aparición de depresión, trastornos del sueño, problemas alimentarios y otros problemas de salud como abuso de sustancias, violencia marital e irritabilidad y hostilidad en las interacciones intrafamiliares. Los primeros aspectos apuntan hacia aspectos emocionales, que según reflejan nuestros datos, alcanzan muchas veces cotas de relevancia clínica en esta población. Los últimos serían cuestiones concernientes al efecto de todos estos en las interacciones, lo cual se traduciría en una alta emoción expresada y en cómo las comunicaciones intrafamiliares están frecuentemente dominadas por un clima nada favorable.

Este estudio conforma simplemente una aproximación que a modo de esbozo pretende dilucidar la realidad de éstas familias, realidad dominada por una situación de estrés e incertidumbre mantenidos. Debemos tener en cuenta que son los recursos de los que dispone cada miembro de la familia los que condicionan su estilo de afrontamiento y en consecuencia la ayuda que puede prestar al familiar a cargo. Como profesionales de la salud, debemos transformarnos en un recurso más de éstas personas, dando cabida y atendiendo de forma comprehensiva sus particulares necesidades.

Consideramos que se hace necesaria mayor investigación al respecto, ya que estos resultados conforman un reflejo indirecto del ambiente familiar cotidiano con el que conviven muchas personas en nuestra sociedad. Sería de interés replicar este tipo de estudio sin las limitaciones concernientes a la representatividad muestral y a la duración, puesto que el tiempo recomendado según las Guías de Práctica Clínica como por ejemplo la NICE es de 9 meses a 2 años para lograr una adecuada eficacia en las intervenciones familiares.

No obstante y dados los resultados prometedores que muestran una mejora en las variables evaluadas, debemos implementar abordajes de este estilo como imperativo del tratamiento. Constituyen intervenciones psicoterapéuticas eficaces, efectivas y eficientes, ya que a largo plazo y dada su capacidad para prevenir recaídas, y por ende reingresos, no sólo ahorran en costes y beneficios económicos a largo plazo, sino que también lo hacen en sufrimiento, que es el fin último de la práctica clínica.

CONCLUSIONES

La literatura revisada muestra que los niveles de sobrecarga familiar que soportan los cuidadores de pacientes doblan a los de la población general, especialmente cuando predomina la sintomatología negativa (Oldridge y Hughes, 1992) y se igualan a los de los cuidadores de otras enfermedades crónicas como, por ejemplo, la demencia tipo Alzheimer. Esta sobrecarga junto al aislamiento y empobrecimiento de las redes sociales de los familiares revela la importancia de contemplar su condición como foco de intervención particular.

A la luz de los resultados, podemos concluir que la intervención familiar resulta útil para disminuir el malestar anímico de los familiares, así como la variable de emoción expresada que en estudios como los de Leff y Vaungh en 1981 resultó ser el mejor predictor de recaída sintomática, incluso más que cualquier aspecto clínico de la enfermedad del paciente.

A día de hoy ya no se cuestionan este tipo de abordajes, siendo considerados por algunos autores como Ochoa y Espada (1993) el tratamiento psicológico más eficaz en el caso de la esquizofrenia. El trabajo terapéutico con las familias es, en definitiva, imprescindible si queremos lograr intervenciones operativas y resultados positivos en un trastorno que por su incidencia, prevalencia y sobre todo por el gran malestar que conlleva asociado, representa en la actualidad un auténtico reto para la sanidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alpuche, V.J., Ramos, B., Rojas, M.E., y Figueroa, G.C. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y salud, 18* (2), 237-245.

Bachmann, S., Bottmer, C., Jacob, S. y Schröder, J. (2006). Perceived criticism in schizophrenia: A comparison of instruments for the assessment of the patient's perspective and its relation to relatives. EE. *PsychiatryResearch, 142,* 167-175.

Becerra, J.E. (2011). Descripción y limitaciones de los instrumentos de evaluación de la Emoción Expresada. Papeles del Psicólogo, 32 (2), 152-158.

Brown, G.W., Birley, J.L.T. y Wing, J.K. (1972). Influence of family live on the course of schizophrenia disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry, 121,* 241-258.

Caqueo-Urízar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Darrigrande-Molina, P. (2012). Sobrecarga en cuidadores aymaras de pacientes con esquizofrenia. *Revista de psiquiatría y salud mental, 5* (3), 191-196.

Crespo, M., y Rivas, M.T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala Zarit. *Clínica y Salud, 26* (1), 9-15.

Dominguez, J.A. y cols., (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Medicina de Familia, 38* (1), 16-23.

García, I., (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de *Neuropsiquiatría, 28* (1), 9-25.

García, P.R., Moreno, A., Freund, N., y Lahera, G., (2012). Factores asociacios a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32* (116), 739-756.

Huxley, N.A., Rendall, M.M., y Sereder, L.,(2000) Psychosocial Treatments in Schizophrenia: a Review of the Past 20 Year. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188,* 187-201.

Klingberg, S., y Wittorf. A. (2012). Evidence based psychotherapy of schizophrenic psychoses. *Nervenarzt, 83* (7), 907-918.

Leef, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Everlein-Vries, R., y Sturgeon, D. (1982) A Controlled Trial of Social Interventions in the Families of Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry, 141,* 121-134.

Maldonado, J., Caqueo, A., Ferrer, M. y Fernández, P. (2010). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema 24* (2), 255-262.

Martinez, A., Nadal, S., Beperet, M. y Mendióvoz, P. (2000). Sobrecarga de los cuidadores de familiares con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales del sistema sanitario de Navarra, 23* (1), 101-110.

Medina-Pradas, C., (2016). Actualización entorno a la Emoción Expresada: consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de Psicoterapia, 27* (103), 251-266.

Montero, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F., Asencio, A., y García, E. (2006). Intervención familiar en la esquizofrenia: efecto a largo plazo en los cuidadores principales. *Actas Españolas de Psiquiatría, 34* (3), 169-174.

Rascón, M.L., Caraveo, J., y Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica, 62* (6) ,509-515.

Touriño, R., Inglott, R., Baena, E., y Fernández, J. (2007). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia.* Barcelona: Editorial Glosa.

Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés, 13* (2-3), 163-176.

Vallina, O. y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en esquizofrenia. *Psicothema, 12,* 671-678.

Vaughn, C. E. y Leff, J. P. (1981). Patterns of Emotional Response in Relatives of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 43-44.

Vizcarro, C., y Arévalo, J. (2014). Emoción expresada: Introducción al concepto evaluación e implicaciones pronosticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología, 7* (27-28), 87-109.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 103-126.

ADAPTACIÓN CULTURAL DEL INVENTARIO DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN (RPI)

CULTURAL ADAPTATION OF THE RECOVERY PROCESS INVENTORY (RPI)

Daniel Navarro-Bayón

Psicólogo. Subdirector de Proyectos de Grupo5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial, Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid

Resumen

El enfoque de Recuperación ("Recovery") en salud mental nos invita a abandonar los modelos psicopatológicos tradicionales aplicados a las enfermedades mentales graves como la psicosis que están siendo objeto de críticas en cuanto a su consistencia teórica y validez y en cuanto a las consecuencias negativas que han traído asociadas como el pesimismo. Este enfoque va más allá de que los pacientes consigan estar libres de síntomas, promoviendo las fortalezas psicológicas y la capacidad de desarrollar proyectos de vida con sentido. El Inventario del Proceso de Recuperación (RPI- Recovery Process Inventory) es una medida desarrollada con el objetivo de evaluar la percepción subjetiva de recuperación así como para evaluar la capacidad del servicio de facilitar la recuperación en los usuarios. Objetivo: el objetivo es mostrar las características del RPI y el proceso de traducción y adaptación a la lengua española en una pequeña muestra de profesionales y pacientes. Método: se describe el proceso de "traducción en grupo" y lo resultados obtenidos en un estudio piloto. Para ello se realizó un proceso en tres fases de revisión del cuestionario por profesionales psicólogos expertos en activo trabajando en recursos de atención a este tipo de pacientes y se realizó un estudio piloto con 6 pacientes diagnosticados de psicosis esquizofrénicas. Resultados: se analizan las puntuaciones en comprensión de los ítems y se realizaron ajustes que permitió configurar las versión final de las escala. Consta de 22 ítems y 6 dimensiones: angustia, conexión con los demás, confianza, preocupación de las demás hacia mí, situación de vida, esperanza. Conclusiones: el RPI puede ser una buena herramienta útil en el trabajo con estos pacientes y también para aumentar las medidas de evaluación de resultados tradicionalmente utilizadas para medir la eficacia de las intervenciones.

Palabras-clave: Recuperación, Enfermedad mental, Evaluación.

Abstract

The "Recovery" approach in mental health invites us to abandon the traditional psychopathological models applied to serious mental illnesses such as psychosis that are being criticized for their theoretical consistency and validity and negative consequences Which have been associated with pessimism. This approach goes beyond patients to be symptom-free, promoting psychological strengths and the ability to develop meaningful life projects. The Recovery Process Inventory (RPI) is a measure developed with the objective of evaluating the subjective perception of recovery as well as to evaluate the capacity of the service to facilitate recovery in users. Objective: the objective is to show the characteristics of the RPI and the process of translation and adaptation to the Spanish language in a small sample of professionals and patients. Method: it describes the process of "group translation" and the results obtained in a pilot study. Professional psychologists working on care resources for this type of patients carried out a process in three phases of review of the questionnaire and a pilot study was carried out with a sample of 6 patients diagnosed with schizophrenic psychosis. Results: we analyzed the comprehension scores of the items and made adjustments that allowed us to configure the final version of the scale. It consists of 22 items and 6 dimensions: anguish, connection with others, trust, concern of others, life situation, hope. Conclusions: RPI can be a good tool in working with these patients and also to increase measures of evaluation of results traditionally used to measure the effectiveness of interventions.

Key words: Recovery, Mental illness, Evaluation.

Correspondencia: Daniel Navarro Bayón.
Calle de la Olimpiada, 2.
C.P: 28040 Madrid, España.
E-mail: daniel.navarro@grupo5.net

La recuperación de un enfermedad mental es posible e implica un proceso de crecimiento, descubrimiento y cambio (Jacobson y Greenley, 2001). La recuperación va más allá de la reducción de síntomas significa vivir

Tabla 1
Principios de recuperación a incorporar en los servicios de salud mental

1. El servicio apoya activamente y promueve valores y principios de recuperación en sus políticas y prácticas.
2. El servicio trata a los usuarios y cuidadores con respeto y dignidad.
3. El servicio reconoce la experiencia vivida de los usuarios y cuidadores y apoya sus competencias personales, individualidad, fortalezas y habilidades.
4. El servicio apoya la autodeterminación y autonomía de los usuarios y los cuidadores.
5. El servicio provee educación y apoya para que los usuarios y cuidadores participen en el diseño de los objetivos, tratamiento, cuidados y planes de recuperación, incluyendo el desarrollo de decisiones anticipadas.
6. El servicio provee oportunidades para que los usuarios establezcan relaciones positivas con la familia, hijos, amigos y la comunidad.
7. El servicio promueve la inclusión social de las personas con enfermedad mental y defiende sus derechos de ciudadanía y la ausencia de discriminación.
8. El servicio desarrolla sistemas y procesos para que aseguren la participación de los usuarios y cuidadores en el diseño, desarrollo y evaluación del servicio.
9. El servicio tiene conocimiento de los recursos comunitarios y colabora con los usuarios y cuidadores para identifica y acceder a los mismos.
10. El servicio provee a los usuarios y sus cuidadores un rango amplio de enfoques y programas inclusivos.

de manera satisfactoria y esperanzadora a pesar de las limitaciones de la enfermedad mental (Shepherd, Boardman y Slade, 2008). El proceso se recuperación implica un trabajo individual y el apoyo de otros. La recuperación implica esperanza, autoestima, autoeficacia, empoderamiento, relaciones sociales y autodeterminación.

Un objetivo de los servicios de salud mental es estar orientados a la recuperación. Para comprobar si el servicio está bajo el enfoque de recuperación hay que identificar los elementos que la facilitan. En la tabla 1 se muestran los estándares nacionales para los servicios de salud mental de Australia (Burgess, Pirkis, Coombs y Rosen, 2010).

Pero también se necesita definir qué es la recuperación para la persona y desarrollar instrumentos para evaluar si los usuarios sienten y perciben que el tratamiento está facilitando su recuperación.

La recuperación como proceso ha sido evaluada a través de estudios cualitativos mediante grupos de discusión u otras técnicas. Se han encontrado dimensiones relacionadas como el yo (autoconcepto y sentido), los otros (relaciones), el sistema (recursos, modelos y tratamiento de salud mental).

Jerrel, Cousins y Roberts (2006) mediante grupos focales de pacientes encontraron que el proceso de recuperación tenía que ver con: esperanza, espiritualidad, autoestima, empoderamiento, elaciones sociales y familiares positivas, conexión con otros y seguridad. En un estudio reciente (Law y Morrison, 2014) preguntaron a 381 usuarios de servicios de salud mental sobre los factores que facilitan y dificultan la recuperación. Los tres factores facilitadores más repetidos fueron conocimiento, apoyo social y tener un lugar para vivir. Y los tres elementos inhibidores más repetidos fueron la discriminación social, la actitud rígida de profesional y el impacto de problema en la familia.

Se han desarrollado instrumentos y medidas del proceso de recuperación. Burgess, Pirkis, Coombs y Rosen (2010) revisaron los principales instrumentos existentes hasta el momento. Identificaron 22

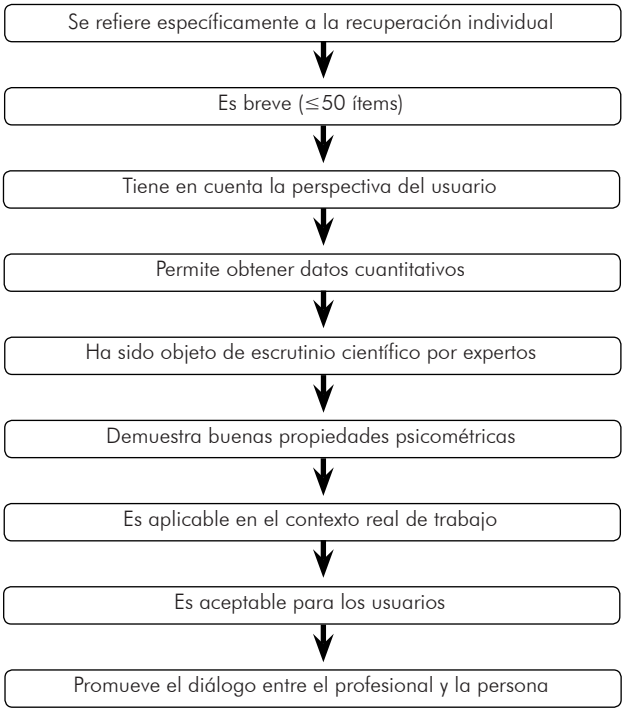


Figura 1. Criterios para selección de instrumentos de evaluación de recuperación utilizados por Burgess et al (2010).

instrumentos que medían la recuperación individual y 11 diseñados para evaluar la orientación del servicio hacia la recuperación. Usaron un criterio jerárquico para evaluar si el instrumento podría ser candidato para medir la recuperación en la rutina asistencial cotidiana (ver figura 1). Para seleccionar al instrumento adecuado tenía que pasar por todos los criterios señalados en la figura 1.

Tras pasar por el filtro de criterios de la figura 1 solo dos medidas se mostraron adecuadas: el Instrumento de Fases de Recuperación (STORI) (Andresen, Caputi y Oades, 2006) y el Inventario del Proceso de Recuperación (RPI) (Jerrel, Cousins y Roberts, 2006).

Muchos de los instrumentos para evaluar la recuperación disponibles en nuestra lengua han sido desarrollados por otros países. El desarrollo de medidas que sean fiables en nuestra cultura requieren de seguir un proceso que asegure la equivalencia conceptual y cultural. Esto incluye la traducción y adaptación idiomática y también la verificación de sus propiedades psicométricas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Profesionales: participaron dos profesionales expertos en salud mental en la traducción del cuestionario RPI del inglés. Cuatro profesionales distintos a los anteriores revisaron los ítems y su nivel de comprensión. Una profesional bilingüe realizó una revisión conceptual del cuestionario.

Usuarios: se aplicó la revisión traducida a una muestra representativa de 6 pacientes (3 hombres y 3 mujeres) diagnosticada de esquizofrenia paranoide de diferentes recursos de salud mental de Madrid. Tenían una media de 20 años de evolución de la enfermedad mental.

MATERIALES

El RPI es un instrumento cuyo objetivo es evaluar el grado de recuperación subjetiva desde el punto de vista de la persona. Está diseñado como una prueba auto administrada o en formato de entrevista. Está compuesta por 22 ítems y puede cumplimentarse en 15 minutos. Se compone de 6 dimensiones: angustia, conexión social, confianza y propósito de vida, ayuda de otros, contextos de vida y esperanza. Las respuestas a cada ítem están codificadas mediante una escala tipo Likert de 5 puntos 1 (*muy en desacuerdo*) a 5 (*muy de acuerdo*). La escala original arroja buena consistencia interna, validez convergente y fiabilidad test-retest.

PROCEDIMIENTO

Para la construcción del instrumento seguimos el procedimiento en tres fases: 1) Realizar la traducción de los ítems, 2) asegurar la traducción idiomática correcta, 3) comprobar si un grupo de profesionales y de usuarios diagnosticados de esquizofrenia comprendía la prueba final. En este estudio presentamos los resultados del desarrollo de las 3 fases.

A continuación se describe el procedimiento que se ha seguido.

1. Traducción del RPI. Se empleó un procedimiento de "traducción en grupo". Se tradujo por separado el cuestionario por parte de dos profesionales psicólogos con buen nivel de inglés, en activo en recursos de salud mental y conocimiento en aplicación de pruebas de evaluación a esta población; y un profesional psicólogo experto en evaluación de programas. Las traducciones se compararon y obtuvo una versión unificada.

2. Elaboración de una versión preliminar. Se aseguró la equivalencia: estructura factorial y conceptual de los ítems. La versión fue enviada a 4 profesionales (2 psicólogos y 2 Trabajadores sociales) en activo que revisaron los 22 ítems indicado en nivel de comprensión de 0 a 10 de cada uno de ellos. Cuando lo consideraron proporcionaron una redacción alternativa al texto. Los ítems se consideraron aceptables solo si se puntuaban con un 10 en la escala de comprensión. Este paso se repitió hasta que todos los ítems cumplieran con la puntuación de 10. Se hicieron un total de dos vueltas valorativas.

3. Verificación de la traducción idiomática y cultural. Una profesional de salud mental Terapeuta Ocupacional bilingüe revisó la versión aprobada por los profesionales y determinó la calidad y fiabilidad de la traducción comparándola con la versión original del inglés. También comprobó su equivalencia conceptual y cultural.

4. Verificación de la aplicabilidad transcultural. La traducción adecuada es necesaria pero no suficiente. Por ello se realizó un estudio piloto. Consistió en aplicar la revisión traducida a una muestra representativa de 6 pacientes (3 hombres y 3 mujeres) diagnosticada de esquizofrenia paranoide de diferentes recursos de salud mental de Madrid. Tenían una media de 20 años de evolución de la enfermedad mental. Se les preguntó a cada uno por la comprensión de las instrucciones y de cada ítem en la misma escala de 0 (no se entiende nada) 10 (se entiende perfectamente). Se pasó de forma autoadministrada y si se precisaba la ayuda de un profesional. Se explicó que era anónimo y los fines de su aplicación, recordando que sus respuestas no influirían en su tratamiento y se trataba solo de valorar la comprensión idiomática y cultural del instrumento.

5. Elaboración de la versión final del instrumento. En la tabla 2 se muestran los resultados del grado de comprensión para los pacientes.

DISEÑO

Se compone de dos etapas: A) estudio descriptivo de "traducción simultánea" en grupo y verificación de la adaptación semántica e idiomática del cuestionario; B) estudio piloto descriptivo con muestreo por conveniencia de un grupo de 6 de pacientes. Se expone el análisis cualitativo realizado de la estructura sintáctica y semántica de cada ítem. Se exponen las medidas de comprensión de cada ítem tras la revisión cualitativa de cada uno de los mimos.

RESULTADOS

Como se puede ver en la tabla 2 de la primera revisión salieron 10 ítems a reformular y 12 comprensión total de 9 a 10. De la segunda revisión salieron 2 item a reformular (el 12 y el 18) y 1 a revisar su adecuación de introducirlo (el ítem 20). 19 ítmes son comprensibles a nivel 9 o 10. La profesional bilingüe propuso una redacción alternativa para 3 los ítems 12, 17, 18. Las

Tabla 2
Resultados en la comprensión de ítems

Item	Profesionales Items con una comprensión ≥ 9 (de 0 a 10)		Usuarios Puntuación media en comprensión el ítem (0 no se entiende; 10 comprensión máxima)
1. Me siento discriminado o excluido de mi comunidad debido a mi trastorno/enfermedad mental	S	S	8
2. Me siento hundido o desesperanzado la mayor parte del tiempo	S	S	8
3. Me siento solo y / o aislado cuando estoy con mi familia	N	S	9
4. Encuentro lugares y situaciones donde puedo hacer amigos	N	S	8
5. Le encuentro sentido y propósito a mi vida	S	S	8
6. Tengo un lugar adecuado y seguro para vivir.	S	S	8
7. Pido ayuda a otros cuando lo necesito.	S	S	9
8. El miedo no me impide vivir como yo quiero.	N	S	9
9. Me siento aislado y/o solo la mayor parte del tiempo.	N	S	8
10. Vivo en el lugar que me gusta.	S	S	9
11. Mi familia trata de controlar en exceso mi tratamiento.	N	S	9
12. Tengo un espacio en un centro religioso o espiritual donde puedo compartir con otras personas aspectos de mi trastorno mental y mi recuperación.	N	N	8
13. Creo que nunca encontraré la clase de sitio donde quiero vivir.	S	S	7

Tabla 2 (Continuación)
Resultados en la comprensión de ítems

Item	Profesionales Items con una comprensión ≥ 9 (de 0 a 10)		Usuarios Puntuación media en comprensión el ítem (0 no se entiende; 10 comprensión máxima)
14. Tengo una visión positiva de la vida	S	S	7
15. Nadie me contraría para trabajar.	N	S	8
16. Confío en mí mismo para tomar buenas decisiones y hacer cambios positivos en mi vida	S	S	7
17. Incluso cuando yo no me preocupo por mí mismo otras personas si lo hacen.	S	S	9
18. Cuando tengo esperanza, puedo seguir adelante con mi vida.	N	N	9
19. Me siento mejor cuando sé cómo cuidar de mi mismo.	S	S	8
20. Me siento más aislado cuando la gente de mi alrededor suplica ayuda	N	N	8
21. Otras personas toman constantemente decisiones sobre mi vida.	S	S	8
22. Paso tiempo con gente para sentirme integrado y mejor conmigo mismo.	N	S	7

Nota. S= Si; N=no

aportaciones realizadas incidían en la comprensión conceptual de determinadas expresiones buscando sinónimos de uso más común en castellano. El ítem 20 se modificó contando con sugerencias de un usuario para su redacción alternativa.

En la puntuación de los usuarios 19 ítems puntuaban con alta comprensión y ninguno estuvo por debajo de una puntuación de 7.

DISCUSIÓN

Los servicios necesitan instrumentos rigurosos y sencillos que recojan resultados en los usuarios en funcionamiento psicosocial, sintomatología, satisfacción y recuperación. El RPI ha demostrado ser útil en este contexto.

Un procedimiento riguroso de adaptación de un test requiere primero la traducción idiomática y conceptual y más cundo se trata de medir dimensiones como al recuperación que es dependiente de valores culturales. Pensamos que con este trabajo el objetivo se ha conseguido.

En la segunda parte hemos realizado un estudio piloto con pacientes. Tras cuantificar el grado de comprensión se puedo perfilar la versión definitiva de la escala.

CONCLUSIONES

En conclusión:

→ Es necesario incorporar instrumentos de evaluación de resultados que tengan como marco de referencia el enfoque de recuperación.

→ El RPI puede ser una buena herramienta y útil en el trabajo con estos pacientes y también para aumentar las medidas de evaluación de resultados tradicionalmente utilizadas para medir la eficacia de las intervenciones.

→ Antes de proceder a validar una prueba de evaluación es necesario valorar su adecuación

idiomática y cultural.

→ Es necesario incorporar medidas como el RPI que implica dar voz a los usuarios atendidos en el servicio en un momento en el que más allá de la recuperación funcional y sintomática, importa la consecución de metas y objetivos de bienestar personal y proyección de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andresen R., Caputi P. y Oades L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatrists, 49*, 972-980.

Burgess P., Pirkis J., Coombs T. y Rosen A. (2010). *Review of recovery measures.* Australian Mental Health Outcomes and Classification Network. National Mental Health Strategy.

Jacobson N. y Geenley D. What is recovery? (2001). A conceptual model and explication. *Psychiatric Services, 52*, 482-485

Jerrel J., Cousins V.y Roberts K. (2006).Psychometrics of the Recovery Process Inventory. *The Jornal of Behavioral Health Services and Research, 33:4,* 464-473.

Law H. y Morrison A. (2014). Recovery in Psychosis: A Delphi Study With Experts by Experience. *Schizophrenia Bulletin, 40*(6), 1347-1355.

Shepherd G., Boardman J. y Slade M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES CON PSICOSIS: DESCRIPCIÓN Y DIFICULTADES PERCIBIDAS POR LAS FAMILIAS

INTERVENTION PROGRAM OF PSYCHOTIC PATIENTS' FAMILIES: DESCRIPTION AND DIFFICULTIES PERCEIVED BY THE RELATIVES

Maria Isabel Pereira-Lestayo*, Maria Dolores Méndez-Méndez, Verónica Concha González y Cristina Ibáñez-López

Residentes de Psicología Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias

Resumen

Los trastornos psicóticos suponen un gran impacto tanto para el paciente como para su familia. De ahí, la necesidad de poner en marcha programas de intervención dirigidos a dotar a las familias de los recursos necesarios para comprender la realidad de la psicosis y, lograr un mejor funcionamiento familiar que sirva de sostén para el paciente. Este estudio fue realizado en el contexto de un programa de intervención consistente en un Grupo Multifamiliar de Pacientes con Psicosis. En el programa participaron doce familiares en el transcurso de catorce sesiones quincenales. En el desarrollo de las mismas se fueron trabajando las principales preocupaciones y dificultades que estas familias percibían en su día a día. Nuestro estudio nos permitió poner de manifiesto que este tipo de programas de intervención brindan a las familias una orientación hacia la enfermedad de sus familiares, un espacio de libre expresión de sentimientos y pensamientos y, un espacio de apoyo mutuo. De ahí que la intervención familiar debemos entenderla como un elemento imprescindible en el abordaje integral de las personas con psicosis.
Palabras clave: Psicosis, Familia, Dificultades, Intervención multifamiliar, Grupos familiares.

Abstract

Psychotic disorders mean a big impact for both the patient and his family. Therefore, the need to implement intervention programs focused on providing families with the necessary resources to understand the reality of psychosis and achieve a better family working that serves as support for the patient. This study was carried out in the context of an intervention program lies in a Multifamily Group of Patients with Psychosis. In this program twelve family members participated in the course of fourteen biweekly sessions. In the development of the sessions, the main concerns and difficulties that these families perceived in their day to day life were working on. Our study allowed us to emphasize that this type of intervention program provides the families an orientation towards the illness of their relatives, a space for free expression of feelings and thoughts, and a space of mutual support. Therefore, family intervention must be understood as an essential element in the comprehensive approach of people with psychosis.
Key words: Psychosis, Family, Difficulties, Multifamily intervention, Family groups.

Los trastornos psicóticos suponen un gran impacto tanto para el paciente como para su familia. La implicación de los mismos supone una transformación de las dinámicas familiares, siendo una realidad a la que es difícil de adaptarse (Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara y Casanova, 2014).

*Correspondencia: Maria Isabel Pereira Lestayo.
Hospital Universitario Central de Asturias
C.P: 33011, Oviedo, España.
E-mail: isaples@gmail.com

Las familias son el principal recurso de atención, cuidado y soporte de las personas con psicosis. Su cuidado plantea una serie de desafíos importantes en el entorno familiar. El apoyo del familiar es esencial para la estabilidad de la persona con esquizofrenia y puede contribuir a mejorar el nivel de funcionamiento global y su apego terapéutico (Rascón "et al", 2014).

Por ello, es necesario dotar a las familias de conocimientos para comprender la realidad de la psicosis, así como de estrategias de manejo

interpersonal para promover dinámicas familiares más funcionales. Es necesario, por tanto, considerar al cuidador en el proceso psicoterapéutico como un agente activo indispensable y como una persona a la que se le debe ofrecer ayuda para afrontar, con habilidad, la solución de problemas (Valencia, Rascón y Quiroga, 2003).

No obstante, existen pocos espacios psicoterapéuticos de recogida de las dificultades percibidas y necesidades de estas familias.

El Grupo Multifamiliar es propuesto como un instrumento de gran potencial terapéutico para satisfacer las necesidades de estas familias. Favorece la socialización entre sus integrantes desarrollando una tolerancia con otras personas que sufren. Asimismo, los participantes del grupo, tienen un papel activo en la solución de sus conflictos (Mascaró, 2007).

De ahí que el propósito de este estudio sea dar a conocer la necesidad de poner en marcha programas de intervenciones multifamiliares dentro del contexto psicoterapéutico de las personas con psicosis.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Este estudio, de tipo descriptivo, fue realizado en el contexto de un Grupo Multifamiliar de Pacientes con Psicosis en el que participaron doce familiares con función de cuidador principal.

El programa de intervención constaba de catorce sesiones quincenales de noventa minutos de duración, comprendido entre los meses de Octubre de 2015 y Mayo de 2016.

El equipo conductor del grupo está formado por dos Psicólogas Internas Residentes de segundo año y un Psicólogo Clínico del Área Sanitaria IV del Principado de Asturias. La intervención multifamiliar se realiza en el contexto del programa de Atención Continuada de los residentes de Psicología Clínica de Oviedo desde el año 2014.

MATERIALES

Previo a la puesta en marcha del programa grupal, procedimos a realizar una entrevista clínica semiestructurada con cada una de las familias.

A lo largo de las catorce sesiones hemos recurrido al empleo de un cuaderno de campo, donde registrábamos de manera literal todos los comentarios de los participantes y todo lo que acontecía en el grupo.

PROCEDIMIENTO

La participación de los familiares al programa fue posible gracias a la derivación de los profesionales de distintos Centros de Salud Mental y del Programa de Trastorno Mental Severo del Área Sanitaria IV del Principado de Asturias. Para ello, recurrimos a la difusión del programa por medio de carteles y dípticos en los centros y reuniones con los profesionales de cada dispositivo. Una vez obtenidas las familias candidatas a participar en el programa, nos pusimos en contactos con los pacientes para informarles acerca de la existencia del programa multifamiliar y la posibilidad de que su familiar pudiera formar parte del mismo. Tras el consentimiento de los pacientes, procedíamos a ponernos en contacto con sus familiares.

Una vez contactado telefónicamente con los familiares, procedimos a realizar una entrevista semiestructurada para valorar la idoneidad de la participación en el grupo, así como su interés en participar en el mismo.

En el transcurso del programa mantuvimos una comunicación fluida con los terapeutas que derivaron a las familias. Una vez finalizado el grupo, contactamos con dichos terapeutas para hacerles una devolución del paso del familiar derivado a lo largo del programa.

DISEÑO

La formación del equipo terapéutico compuesta por tres miembros facilitó llevar a cabo un registro exhaustivo de cada una de las intervenciones de los participantes a lo largo de las catorce sesiones, aportándonos datos cualitativos de gran interés. El proceso de análisis lo efectuamos a partir de las transcripciones literales de las sesiones grupales.

RESULTADOS

El Programa de Intervención Multifamiliar de Pacientes con Psicosis se ha desarrollado a través de una selección de diferentes contenidos temáticos.

Pese a contar con una programación de las sesiones grupales, la intervención se sostenía con una participación activa y muy dinámica de todos los

familiares asistentes en la que se primaba la recogida de las principales preocupaciones y dificultades a las que se enfrentaban en la convivencia diaria con su familiar. En el transcurso de las sesiones fuimos trabajando todos aquellos aspectos que interferían en su funcionamiento diario y en el proceso de adaptación a la enfermedad.

A continuación, procedemos a presentar las catorce sesiones del Programa Multifamiliar. Para ello, nos apoyamos en algunas de las dificultades extraídas de las narrativas de los familiares que consideramos representativas del contenido temático de cada sesión.

→ En la primera sesión, destinada a la presentación, objetivos e intereses, se pusieron de manifiesto las similitudes y diferencias de las dinámicas familiares de los distintos pacientes de acuerdo al momento evolutivo del desarrollo de la enfermedad.

→ En la segunda sesión, abordamos la definición, síntomas e impacto familiar. En ella, las familias compartieron sus sentimientos de incomprensión y confusión hacia la enfermedad. Nos trasladaron que se sentían perdidos con respecto a la enfermedad, ya que solamente disponían de un diagnóstico clínico. A su vez, salieron a la luz los sentimientos de culpa que invadían a estas familias.

→ La tercera sesión estaba orientada a explicar la etiología, curso y evolución de la enfermedad. En esta sesión, las familias pusieron sobre la mesa sus miedos y también la expectativa ilusoria de retorno a la vida anterior.

→ La cuarta fue dedicada al papel del estigma, contemplando sus mitos y realidades. En esta sesión, se permitieron relatar vivencias de rechazo social experimentadas por sus familiares pero también por ellos mismos.

→ En la quinta sesión contamos con la colaboración de la trabajadora social del Centro de Rehabilitación Psicosocial de nuestra área sanitaria. En esta sesión aprovechamos para informarles acerca de la discapacidad, de los recursos de los Servicios Sociales, de los recursos ocupacionales y de las distintas asociaciones existentes. Nos trasladaron la escasa información, para algunos incluso nula, que tenían al respecto. Durante esta sesión salió a la luz la gran preocupación que la mayoría tenían por el futuro de sus familiares.

→ En la sesión número seis, colaboró con nosotros una psiquiatra de un Centro de Salud Mental de nuestra área sanitaria. En ella, abordamos las intervenciones psicoterapéuticas y el tratamiento psicofarmacológico. Fue una sesión de gran ayuda para esclarecer dudas, sobre todo de tipo farmacológico y lo concerniente a los efectos secundarios de la medicación. Muchos comentaban que no tenían la oportunidad de recibir explicaciones tan exhaustivas cuando acompañaban a sus familiares a consulta.

→ En la séptima sesión trabajamos las habilidades de comunicación y dinámicas familiares. Esta sesión permitió que los familiares compartieran aquellos momentos en los que la marca de la enfermedad no estaba tan presente. Qué acciones conducen y cuáles les alejan de conseguir que sus familiares sean más autónomos. Nos hicieron partícipes de cómo están aprendiendo a vivir con la esquizofrenia, aportando ejemplos concretos del día a día.

→ En la sesión de prevención de recaídas, la número ocho, destacaron los beneficios que encontraban en la organización de rutinas. Hablamos de las señales de alarma, a las que los familiares se referían como el "piloto rojo", y qué señales de mejoría iban observando en sus familiares.

→ Las sesiones comprendidas entre la novena y la decimotercera, estaban destinadas a la solución de problemas aplicados. Estas sesiones, a diferencia de las anteriores, no tenían un programa temático como hilo conductor. Se desarrollaban en función de lo que las familias exponían alrededor del círculo terapéutico. A lo largo de las mismas, emergieron los sentimientos de soledad de las familias, sus deseos de mayor red y actividad social para sus familiares, el agotamiento por sobreimplicación y la importancia de cuidar al cuidador. Hablaron de los cambios en los temas de conversación en sus casas, destacando como novedad, el descubrimiento de que tienen temas a compartir más allá de la preocupación por su familiar. También compartieron sus dificultades acerca de conocer los límites de la responsabilidad exigida hacia sus familiares, de lo difícil que es establecer los límites que pueden exigir a su familiar.

→ La última sesión fue la de cierre y síntesis de la experiencia grupal. Nos transmitieron que el grupo les había sido de ayuda, pese a encontrarse inmersos en un duro proceso de asimilar la realidad que envuelve a la psicosis. Vieron en el grupo una oportunidad para expresarse, para vencer el temor a hablar. A muchos, el grupo les devolvió otra cara de esta enfermedad; una oportunidad para entender más a sus familiares, repercutiendo de ese modo, en la forma de dirigirse

a ellos y tratarlos. El grupo les aportó un mayor y mejor conocimiento de la enfermedad. Y pese a la connotación dolorosa, también valoraron el hecho de darse cuenta de la cronicidad, ya que muchos mantenían la esperanza de que su familiar se curara y, el paso del tiempo, les generaba mucha desesperanza. A su vez, comprendieron que con un adecuado tratamiento, por supuesto de carácter integral, tanto el paciente como sus familiares pueden contar con más recursos para afrontar mejor la enfermedad.

DISCUSIÓN

Existen múltiples intervenciones que están dirigidas a dotar a las familias de información relacionada con la psicosis. No obstante, no está extendido en la práctica clínica, la implantación de un espacio psicoterapéutico donde las familias se permitan relatar sus propias historias y por ende, elaborar sus propias vivencias como familiares a quienes también azota esta enfermedad.

Dotar a las familias de un espacio propio debería estar implícito en toda intervención psicoterapéutica de personas con psicosis, dado la responsabilidad asumida por las mismas en la recuperación de su familiar.

La presencia simultánea de varias familias facilita los procesos de identificación entre las diferentes dinámicas familiares. Promover el diálogo interfamiliar dentro de un clima de confianza grupal favorece que cada participante alcance a tener su propia voz y consiga expresarse sin sentirse juzgado (Sempere y Fuenzalida, 2013).

El Grupo Multifamiliar aporta un contexto de seguridad que permite arriesgar los recursos de cada persona (Blanqué, 2015). Un contexto donde las familias pueden arriesgar la expresión de sus pensamientos y emociones más negativos, incluidos los más censurables, sin sentirse culpables por transmitir sus angustias, sus temores y sus quejas. Entendiendo que esa liberación ayudará al cuidado de su familiar.

El intercambio de experiencias ha enriquecido a todos los participantes del grupo, tanto a los familiares como a los terapeutas. A las familias asistentes al programa, les ha aportado un aprendizaje alternativo a la hora de afrontar su vida familiar, en el marco de un clima emocional de confianza y libre de juicio. A los terapeutas conductores del grupo, nos ha brindado la oportunidad de mirar por una ventana más cercana a través de la cual poder hallar maneras de ayudar a nuestros pacientes y sus familias que no alcanzaríamos por medio de otras vías tradicionales. Y por supuesto, un beneficio indirecto del programa ha repercutido en los pacientes. Éstos pudieron percibir, en forma de pequeños cambios en las dinámicas diarias, el mayor grado de comprensión que sus familias tenían acerca de su proceso de enfermedad y el hecho de que sus familiares hayan encontrado un espacio de descarga emocional.

No obstante y pese a la satisfacción recogida por todos los integrantes del grupo, somos conscientes de las limitaciones del estudio dada la escasez de muestra y por tanto, de generalizar la validez de este formato psicoterapéutico. Seguimos requiriendo un mayor número de estudios que aporten una luz que siga abriendo el camino a poder implantar este tipo de intervenciones multifamiliares como parte del tratamiento integral de la psicosis.

CONCLUSIONES

Las valoraciones cualitativas aportadas por las familias participantes ponen de manifiesto que encontraron en el programa de intervención una orientación hacia la enfermedad de sus familiares, un espacio donde expresar libremente sus sentimientos y pensamientos y un espacio de apoyo mutuo.

En el transcurso de esta experiencia grupal comprobamos que el grupo ejerce un potente efecto de resonancia. El grupo es un fiel reflejo de problemas y preocupaciones similares y las experiencias de otros familiares sirven de modelo para solventarlos o afrontarlos de una manera más llevadera (Canzio y Zurkirch, 2015).

Este formato de intervención permite facilitar un espacio para la expresión de sentimientos y pensamientos que pueden obstaculizar el funcionamiento cotidiano de estas familias. El fin último del desarrollo de estos programas terapéuticos es la mejora de las dinámicas familiares y la adaptación a la realidad de la psicosis de todo el sistema familiar.

La intervención familiar debemos entenderla como un elemento imprescindible en el abordaje integral de las personas con psicosis, puesto que la participación familiar favorece la evolución del paciente, hace que la continuidad del tratamiento sea más sostenible y el pronóstico más favorable (Mascaró, 2007).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blanqué, J.M. (2015). El grupo multifamiliar aplicado al tratamiento de familias con experiencias psicóticas. *Temas de psicoanálisis, 10*.

Canzio, C., Zurkirch, V. (2015). Grupos multifamiliares desde el psicoanálisis integrativo. *Área 3*, 19.

Mascaró, N. (2007). Crisis y contención. El grupo multifamiliar. ASMR. *Rev Inter On-line,* 6 (2), 55-65.

Rascón, M.L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental, 37*, 239-246.

Sempere, J., Fuenzalida, C. (2013). Terapia Interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". análisis y difusión del modelo terapéutico. *Psicoterapia y Psicodrama, 2* (1), 88-105.

Valencia, M., Rascón, M.L., Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental, 26,* 1-18.

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

PROYECTO DE CAPACITACIÓN Y EMPODERAMIENTO A TRAVÉS DEL ARTE

ENABLING AND EMPOWERMENT THOUGHT ART PROYECT

Ana Mª Abad-Fernández*

María Salazar-García

Centro de Rehabilitación Psicosocial Latina. Grupo 5. Gestión y Rehabilitación Psicosocial. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental, Consejería de Políticas Sociales y Familia, Comunidad de Madrid

Resumen

El Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte se constituye como una herramienta útil en los procesos de rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental. A su potencial terapéutico en las intervenciones con las personas que atendemos se une su contribución en la generación de contextos más inclusivos. Entendemos que el uso del Arte en el ámbito de la intervención social puede promover que las personas participen activamente en su comunidad como ciudadanos de pleno derecho. En el artículo se describe la fundamentación, principios y acciones que constituyen el proyecto, poniendo en relevancia tanto los resultados obtenidos hasta ahora, como en las posibilidades que el Arte nos brinda para el diseño de futuros contextos de oportunidad.

Palabras clave: Rehabilitación Psicosocial, Arte, Capacitación, Empoderamiento, Ciudadanía.

Abstract

Enabling and Empowerment through Art Project was established as a useful tool in the process of psychosocial rehabilitation of persons with mental illness. Its potential therapeutic in interventions with the people we serve joins his contribution to the creation of more inclusive settings. We understand that the use of art in the field of social intervention can encourage people to actively participate in their communities as citizens with rights. The article describes the theoretical justification, principles and actions that make up the project, putting both relevant results so far, and the possibilities that art offers us for the design of future opportunity contexts described.

Key Words: Psychosocial Rehabilitation, Art, Enabling, Empowerment, Citizenship.

El Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte (PCEA) es el resultado de la colaboración entre el Centro de Rehabilitación Psicosocial "Latina" (perteneciente a la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Consejería de Política Social y Familia de la Comunidad de Madrid, gestionado por Grupo 5) (CRPS Latina en adelante) y el Área de Educación y Acción Social del Museo Thyssen-Bornemisza. Surge de la certeza de que el Arte puede constituirse como una herramienta de intervención que promueva procesos de recuperación de las personas que atendemos.

*Correspondencia: Ana Mª Abad Fernández.
Centro de Día y Soporte Social Latina.
C.P: 28001 Madrid, España.
E-mail: anamaria.abad@grupo5.net

La Rehabilitación Psicosocial puede definirse como: "un proceso que cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible". (Rodríguez, 1994, pg.4).

Esta definición nos conduce a la idea de un trabajo con la persona en un lugar, la comunidad. Comunidad entendida no como espacio geográfico, sino como una red de vínculos en los que se construye y desarrolla el sujeto (AEN, 2012). Se trata, por tanto, de intervenir con la persona y con la comunidad. El foco de atención se traslada del individuo hacia la interacción de que éste establece con su entorno y viceversa. Mejorar la calidad de esta relación implica centrarse en:

→ El funcionamiento psicosocial de la persona con enfermedad mental en el entorno en el que se desenvuelve y

→ los contextos de oportunidad y las barreras de acceso y participación que el entorno ofrece a las personas.

Como indican González y Rullas (2012), la comunidad se constituye como el elemento central de los procesos de rehabilitación y es ahí, en la comunidad, donde la rehabilitación va a operar con toda su potencia y sentido.

Dos elementos se constituyen como transversales en las acciones vinculadas a la Rehabilitación Psicosocial: capacitación y empoderamiento. Ambos orientados a los dos ejes de intervención:

→ Capacitar, a través de los apoyos necesarios, a la persona para el desempeño de roles sociales significativos y valiosos. Capacitar, a través de los apoyos necesarios, al entorno para que llegue a constituirse como agente activo de inclusión.

→ Empoderar a la persona, favoreciendo que adopte una actitud proactiva en su propio proceso de cambio. Empoderar a la comunidad, creer que otra realidad es posible, asumir la propia responsabilidad en la génesis y mantenimiento del problema, desarrollar acciones de mejora de la salud mental de todos.

Se trata de un proceso mutuo de transformación cuya meta final es la consecución de una ciudadanía plena, la persona participando activamente como miembro de pleno derecho en una comunidad más inclusiva.

Cortina (2000), alude al concepto de plena ciudadanía como aquel que integra un estatus legal (conjunto de derechos), estatus moral (conjunto de responsabilidades) y también una identidad por la que la persona se sabe y siente perteneciente a una sociedad.

Una de las misiones como agentes de cambio social, es la de facilitar que las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social, se perciban y signifiquen como ciudadanos de pleno derecho. Aquel estado que otorga la capacidad de saberse íntegro, identificado en el Yo y en su relación con el medio. Referenciando a Colina, lo deseable por tanto sería el que las personas alcanzaran este estado de pertenencia a una sociedad que limita de fondo lo diverso.

"La belleza es vuestro patrimonio, pero vosotros preferís la pereza triste y rutinaria de una caja de cartón. Dejadme decir que ya es tiempo de amar, que ya es tiempo de creer en los prodigios y que algún día habrá flores en el jardín y viento en los árboles. Aquellos que han vivido muchos años lejos del pueblo serán llamados a retornar" (Marti i Pol, 1954).

Las palabras del poeta visionarias a la posibilidad de la comunidad inclusiva, entendida esta como la promoción de un cambio social y económico como incremento de la conciencia individual y comunitaria y donde por medio de acciones como el Arte alcance protagonismo. Acciones donde aquellos que han sido excluidos retornarán renacidos.

Según Hernández, el proceso creativo arraiga en la subjetividad, individual por tanto; pero puede ser también vehículo y expresión de la intersubjetividad, de modo que cabe considerar la creatividad como expresión colectiva, expresión de la concordancia y resonancia de múltiples subjetividades, y ser así también un armazón de la mejor versión del ser humano como ser social, que traduce experiencias colectivas y crea significados compartidos, máxima expresión de lo que podemos considerar como lo más genuinamente humano (Abad, Cubero, y Hernández, 2014).

En palabras del maestro, el Arte se constituye como vía de crecimiento para uno mismo y su relación con los otros. El Arte como medio de expresión interna de autoconocimiento y de vinculación y conocimiento del y para con el otro. El Arte como medio de transformación social y cambio de mirada, de "altavoz" de los sin voz, de facilitador para la generación de comunidad inclusiva. El Arte como medio de apertura y canal emocional para la recuperación de la esperanza, como medio de transformación hacia el empoderamiento y capacitación de las personas en situación de vulnerabilidad y en riesgo de exclusión ya sea por su discapacidad funcional, social, etc.

MÉTODO

PARTICIPANTES

El PCEA está dirigido al trabajo en dos dimensiones: persona y/o entorno y se estructura en diferentes fases de un continuo: de mayor énfasis en los apoyos de los agentes (terapéutico y/o educador del museo) a mayor autonomía del participante en el diseño e implementación de las acciones. Así, surgen múltiples combinaciones posibles, en función de los objetivos que se estén trabajando, por ejemplo: visitas guiadas (énfasis en el proceso individual, mayor apoyo del

educador del Museo), acciones de sensibilización (énfasis en la intervención en el entorno, trabajo autónomo de los participantes).

MATERIALES

Para llevar a cabo las acciones previstas en el PCEA se han utilizado materiales relacionados con la obra pictórica del Museo Thyssen Bornemisza (visitas virtuales a la exposición; folletos sobre las exposiciones temporales, libros y guías sobre la exposición permanente).

PROCEDIMIENTO

Derivado del Proyecto matriz de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte, se desprende uno de los bloques principales que se desarrollan en alianza con el Área de Educación del Museo Thyssen-Bornemisza de Madrid.

Este tiene como propósito la generación de redes de trabajo con el Museo y su empleo como herramienta terapéutica, entendiéndolo como un agente de cambio en el proceso de recuperación de las personas participantes, y rescatando la idea de comunidad inclusiva, desde un concepto de Museo para todos como ciudadanos de pleno derecho. Desde el Área de Educación y Acción Social, el Museo Thyssen Bornemisza brinda la oportunidad, como contexto comunitario (entorno físico y social) de participación social, a los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Latina que participan en el proyecto. Estas características contextuales proporcionan un factor necesario y consecuente con los fundamentos del proyecto: promoción de espacios normalizados, participación ciudadana directa y el empoderamiento de la persona para el desarrollo de su proyecto vital.

El PCEA se ha desarrollado en su totalidad dentro del espacio proporcionado por el Programa EducaThyssen, que promueve el uso del Museo desde una perspectiva inclusiva y universal. Así, queda definido un espacio de colaboración y beneficio para ambas partes.

DISEÑO

Todas las acciones vinculadas al PCEA se desarrollan en comunidad, haciendo uso de la comunidad y trabajando activamente con ella.

Entendemos que esta vía solo genera la potencia transformadora, cuando es llevada a cabo por agentes profesionalizados (artistas) en comunidad y en coordinación estrecha con los agentes terapéuticos y con los propios participantes del proyecto, a través de un modelo cooperativo donde todos ejercen de expertos. Estas características contextuales proporcionan un factor necesario y consecuente con los fundamentos del PCEA: promoción de espacios normalizados, participación ciudadana directa y el empoderamiento de la persona para el desarrollo de su proyecto vital. Es un espacio definido de colaboración y beneficio para todas las partes.

Estos principios parten de la idea de ofrecer resultados de calidad con el fin de favorecer resultados alineados a la esencia del Proyecto (dimensión de salud y transformación de la imagen social de la persona con trastorno mental). Esta propuesta de calidad busca un resultado donde los participantes consigan generar una resonancia social reflejo de la capacitación que albergan las personas, más allá de las carencias limitantes derivadas de la enfermedad y el entorno que les rodea.

Atendiendo al proceso de desarrollo de los participantes, no se produce esta búsqueda de resultado óptimo, dado que lo esencial del Proyecto matriz del PCEA, es el de poder desarrollar aspectos motivacionales de la persona que le permitan anticiparse en éxito, respetando por tanto el desarrollo de las fases de comportamiento ocupacional (Reilly, 1960, tomado de Romero y Moruno 2003).

De este modo el agente terapéutico acompañará un proceso complejo y minucioso encaminado al despliegue de aspecto volicionales para el desempeño de habilidades y destrezas funcionales y emocionales que permitan a la persona percibirse en confianza para poder llegar a transformar sus carencias en fortalezas.

Este proceso se desarrolla desde un escenario de validación y de exploración, atendiendo a todas las variables no solo de la persona sino del ambiente. Se analiza la actividad y el ambiente con el fin de ir generando certeza para el cumplimiento de metas. El respeto por el tiempo y tempo para el desarrollo de este proceso es clave para poder generar que la persona pueda ir sintiendo que es capaz de llegar a transformar.

Según el testimonio de los participantes, "el Arte se constituye como forma de disfrute, diversión, libertad, imaginación, responsabilidad, compromiso, descubrimiento de uno mismo, capacidad de sorpresa…". De esto se desprende una valoración

de eficacia positiva en relación a su proceso de recuperación.

El profesional se erige desde la posición de agente intermediador entre la persona protagonista del proceso y los agentes artísticos y por tanto espacios comunitarios. El agente terapéutico habrá de modular su propia regulación emocional para preservar un estilo de relación basado en una visión de expertos, no cabe por tanto espacio para canales de comunicación paternalistas, autoritarios…se constituirían como un hándicap al desarrollo potencial del verdadero protagonista.

Las actividades del PCEA se llevan a cabo en espacios donde lo que tengan en común sea un interés cultural, artístico, saludable. Este aspecto en sí mismo resultará generador de escenas reparadoras fomentando la disociación de mecanismos enrolados a la enfermedad y sus derivados. Asimismo, permitirá la creación de entornos más facilitadores, más inclusivos. Entornos que "deben favorecer la creación de "escucha social" fuera de los marcos reconocidos como terapéuticos, en donde se den las condiciones de posibilidad para una relación dialógica, pues sólo en estos espacios es en donde ellos podrán cobrar una identidad social que no sea la de "enfermo" o "usuario", donde podrán (re)construir sus identidades sociales y sus vidas como sujetos sociales autónomos y donde podrán, en definitiva, imaginar otro fututo para sí mismos". (Martínez, 2005)

RESULTADOS

Las acciones que se han llevado a cabo desde el PCEA son:

1. "CLUB THYSSEN". (Se reseña que la nomenclatura sobre el título de la acción, corresponde a la elegida por los participantes). Espacio de contexto grupal sistematizado semanalmente en el CRPS para el desarrollo de acciones participativas y la generación del proceso funcional y emocional.

2. VISITAS GUIADAS. Se inició en el año 2009 con visitas sistematizadas al trimestre donde el participante se colocaba en un rol menos desafiante y donde el agente social (Educador del Área Educativa del Museo Thyssen) lideraba las visitas. Esta acción coordinada de manera minuciosa con el agente terapéutico tenía como fin la familiarización con la tarea, de manera que los participantes han tenido que ir desarrollando un proceso pre- durante y post de la actividad encaminado a la tarea funcional (selección del tema, selección de cuadros representativos, búsqueda de información sobre cada cuadro, reparto de cuadros, elaboración del discurso final,..) y aspecto emocional (anticipaciones emocionales, escenas temidas, impacto emocional, etc...)

3. VISITAS GUIADAS PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL DIA INTERNACIONAL DE LOS MUSEOS. Desde el PCEA se promueve la incorporación en el evento que el Museo organiza de puertas abiertas para todo tipo de público general. Esto posibilita que los participantes desarrollen su potencial de cara a la exposición al público que les visita.

4. VISITA GUIADAS PARA PUBLICOS HETEROGÉNEOS Y AGENTES SANITARIOS.

En estas visitas se ha promovido la inclusión de personas de diferentes colectivos en situación de exclusión social y necesidades especiales. De este modo los participantes del PCEA tienen que desarrollar un abanico de posibilidades de ajuste y flexibilización en su desempeño para las características específicas del público al que va destinado. Uno de los aspectos nucleares del PCEA es la incorporación de que los agentes sanitarios (psiquiatras, enfermería, trabajo social…) que intervienen en los procesos de rehabilitación de los participantes, puedan observar este despliegue funcional y con ello matizar la visión de recuperación de los mismos.

5. VISITAS CON FAMILIAS. Acercamiento al Museo con la intención de generar una mayor permeabilidad al trabajo terapéutico posterior con las familias. Así se han desarrollado acciones donde la visita ha sido guiada por el propio agente social en alianza con los participantes del PCEA.

6. VISITA CONJUNTA FAMILIAS Y PARTICIPANTES PCEA. Acción de participación conjunta entre los miembros del sistema familiar. De este modo el objetivo es la generación de oportunidades para la visión del hijo funcional alejado del rol de enfermo. Las dinámicas y vinculaciones familiares en ocasiones iatrogénicas dan lugar a reducir de manera significativa, oportunidades para la comunicación sana. La tarea vinculante de PCEA, trata de poder generar que esto sea posible, vías de desarrollo para un acercamiento sano y beneficioso para ambas partes.

7. VISITAS GUIADAS CON FAMILIAS INTERCENTROS DEL DISTRITO DE LATINA (Centro de Día, Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral). Promover acciones de desarrollo conjunto donde el nexo de

unión está en la tarea vinculada al Museo más allá de las especificidades de cada uno de los recursos de atención.

8. "TOUR THYSSEN". Experiencia basada en la difusión del PCEA a los diferentes colectivos relacionados a la salud mental, exclusión social. Con ello se promueve que además de revertir en qué consiste el PCEA, incorporen la experiencia en primera persona. De este modo se ha ido generando la idea de incorporación del Arte como vía de desarrollo también para estos colectivos. Así una parte importante de los centros pertenecientes a la Red de atención pública de la Comunidad de Madrid (como al que pertenece el CRPS Latina), se hayan incorporado al Museo como vía de herramienta de cambio social.

9. ELABORACIÓN DE MATERIALES: Un participante del PCEA colaboró en la creación de materiales didácticos y pedagógicos que mejorara la accesibilidad por medio de un formato interactivo.

10. PARTICIPACIÓN EN FOROS. Desde la esencia del proyecto se incide en el reflejo en primera persona del desarrollo de competencias y del impacto de la experiencia. Así de este modo, se invita a que los participantes del PCEA acudan a los diferentes Foros de profesionales donde poder reflejar el producto realizado y la experiencia que esto va generando.

11. FORMACION A FUTUROS PROFESIONALES. Difusión encaminada a la colaboración en el desarrollo formativo de futuros profesionales, con el fin de contribuir a una mirada más holística. Se trata de charlas a estudiantes de Psicología (Universidad Pontificia de Comillas, Universidad Complutense de Madrid) y estudiantes de Institutos de Educación Secundaria. En algunos casos la formación es desarrollada por participantes del PCEA.

12. VOLUNTARIADO. Uno de los participantes del PCEA a raíz de su participación en el proyecto, se sintió motivado para poder acogerse al curso reglado de voluntariado del Museo. Así se ha generado que la persona pueda desarrollar habilidades formativas relacionadas y ampliadas del Arte.

13. PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "EL ESTIGMA EN INSTITUTOS DE SECUNDARIA ZONA SUR DE MADRID (CIEMPOZUELOS, VALDEMORO Y ARANJUEZ)". Se viene desarrollando, junto al CRL Aranjuez un estudio de investigación relacionado a conocer el estigma social asociado al trastorno mental que manifiestan los estudiantes de secundaria de la zona sur de Madrid, con el fin de poder reducir la percepción negativa de los estudiantes hacia las personas con enfermedad mental.

Se promueve una acción educativa al Museo en la idea de que será una "visita guiada", sin más información al respecto sobre la organización de la misma. Esta visita corre a cargo de los participantes del proyecto, quienes llevan a cabo una visita guiada al uso para una finalización de la misma donde comparten su experiencia de vida. En ella se hace hincapié en el desarrollo de competencias, en la idea de que más allá de la causa de diversidad, pueden cumplir con el desarrollo de roles sociales.

14. PROYECTO NOSOTRAS. Nos + otras es un proyecto colaborativo coordinado desde los programas de educación y acción social del Área de Educación del Museo Thyssen. Está planteado como una acción a largo plazo, que parte del trabajo con diversos grupos de mujeres pertenecientes a diferentes colectivos que participan de manera habitual en esos programas.

Una selección de obras de las colecciones servirá de base a un dialogo entre estas mujeres y el personal del Museo sobre un tema elegido por ellas en relación a cada pieza. Para establecer este diálogo se formarán parejas entre las participantes y el personal del Museo cuyo punto de unión será el tema y la obra elegidos por cada mujer. El resultado de estos encuentros entre las mujeres, las piezas de las colecciones y el personal del Museo se recogerá en formato audiovisual de corta duración y estará disponible en un canal de la web Educathyssen, junto con otros materiales generados durante este proceso.

15. ACCIÓN COMUNITARIA. ASOCIACIÓN DE VECINOS LUCERO. Incluida como otra de las esencias en la que se erige el PCEA, relacionado a la creación de tejido social y trabajo en red con el fin de favorecer una visión más integrada del colectivo. Así se establecen estrategias de colaboración con los vecinos y vecinas del barrio. Con el fin de ser un recurso que aporta valor al barrio se llevó a cabo una visita con vecinos, guiada por participantes del PCEA.

16. TRABAJO EN RED: El Área de Educación y Acción Social del Museo Thyssen Bornemisza trabaja activamente para crear interrelaciones entre colectivos, asociaciones, profesionales y visitantes, promoviendo redes de colaboración (Gamoneda, 2011). De esta labor surgen diversas acciones vinculadas con el uso del Arte como herramienta terapéutica. Algunas de ellas son:

→ Danza: Taller de Expresión Corporal con la Compañía de Teatro Móvil y Danza "Megaló".

→ Edición de Vídeo: Proyecto RARAWEB (videocartas). Museo de Arte Contemporáneo de Castilla y León.

→ Pintura-Literatura: Proyecto EXPRESARTE. Trabajo surgido gracias al encuentro de diferentes recursos (Centro Municipal de Mayores "Antón Martín", CRPS Arganda y CRPS Latina).

→ Cine: Proyecto "Creo, lo Creo y no me corto". Asociación HAZ, Fundación Aldaba y ECAM.

→ Poesía: Taller Creativo Literario "Lucero". Alberto Cubero (poeta).

DISCUSIÓN

El Proyecto de Capacitación a través del Arte (PCEA) surge con el propósito de utilizar el lenguaje artístico como medio para el desarrollo de habilidades, capacitación y mejora de la imagen social del colectivo de personas con problemas de salud mental. Para ello se desarrollan actividades significativas que facilitan la capacitación ("enabling") y empoderamiento ("empowerment"), como medio para desarrollar su autoestima e independencia, comportamientos saludables y productivos además del aumento de la percepción del bienestar y la autorrealización (Carleto, Castro y Tavares 2010).

La experiencia de colaboración entre un recurso comunitario como el Museo Thyssen-Bornemisza y un recurso de atención a la salud mental, consolidada a lo largo de los últimos 8 años y de la cual han surgido acciones variadas que han impactado positivamente en el bienestar de la persona, en su funcionamiento psicosocial y en la reducción del estigma asociado a la enfermedad, demuestra el potencial terapéutico del Arte, así como su validez a la hora de constituirse como una herramienta de transformación social.

CONCLUSIÓN

El PCEA es un ejemplo de cómo puede utilizarse el Arte para el logro de objetivos terapéuticos incluidos en los planes individualizados de intervención de las personas atendidas en recursos de rehabilitación psicosocial, cumpliendo al tiempo con la misión de promover espacios comunitarios inclusivos.

Se considera importante seguir explorando las posibilidades que nos ofrece la participación de las personas con enfermedad mental en acciones artístico-creativas que destaquen su capacidad de expresión y las posibilidades de aportar productos culturalmente valiosos, en detrimento del exceso énfasis en las características limitantes o vinculadas con la enfermedad

A modo de conclusión… "el arte como un recurso, como una herramienta, como un campo abierto, un territorio desde y con el que trazar cartografías individuales y colectivas nuevas, en recorrido hacia lo que (…) llamamos comunidades inclusivas". (Carnacea y Lozano, 2011, p.23)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, A. Cubero, A. Hernández, M. (2014) La mirada creativa del otro. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia* (monográfico nº 6). Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num6/mirada.pdf

AEN: Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación (2012). Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. *Cuadernos Técnicos, 16*. Madrid: AEN.

Carleto, G., Castro, H., Tavares, D. (2010). Promoção de Saúde, Desempenho Ocupacional e Vulnerabilidade Social: subsídios para a intervenção da Terapia Ocupacional com adolescentes. Revista Terapia Ocupacional da US, *Sãu Paulo, vol. 11*, nº 1, pp. 89-97.

Carnacea, A. y Lozano, A. (2011). *Arte, Intervención y Acción Social*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Cortina, A. (2000) Ciudadanos del mundo. *Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza Editorial.

Gamoneda, A. (2011). Educathyssen y Red de Públicos: en el país de los espejos. *Personas, Arte y Museo*. En Carnacea, A. y Lozano, A. Arte, Intervención y Acción Social. Madrid: Ed. Grupo 5.

González, J. y Rullas, M. (2012). *Técnicas específicas de rehabilitación*. En Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: AEN.

Martínez, A. (2005) *Quebrar estigmas, abrir espacios.* Retos y Realidades de la Rehabilitación Psicosocial. En La Salud Mental es cosa de todos. Madrid: IMSERSO.

Romero D., Moruno, P. (2003) Terapia Ocupacional. *Teoría y técnicas.* (1ª ed.) Barcelona: Masson.

Rodríguez, A. (1994). Sobre la Rehabilitación Psicosocial: reflexiones y perspectivas. *En Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 0*, pp. 4-9.

LA NECESARIA RECUPERACIÓN DEL ESTIGMA EMPRESARIAL EN LA INCLUSIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

THE NECESSARY RECOVERY OF STIGMA IN THE LABOR INCLUSION OF PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDER

Mª Teresa Ruiz-Jiménez[1*]

Daniel Navarro-Bayón[2]

[1]Psicóloga. Directora Centro de Día y Centro de Rehabilitación laboral Espartales Sur. Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental grave. Comunidad de Madrid

[2]Subdirector de GRUPO 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial y del Equipo de apoyo a la Intervención

Resumen

Cuando se analizan los datos de desempleo en población general, nos encontramos que éstos son muy inferiores a los que se encuentran en población que presenta un problema importante de salud mental. Lo que parece una variable relevante, es que cuando se brindan apoyos específicos para favorecer el desarrollo profesional de esta población, alcanzan un empleo ajustado al perfil profesional, que en muchos casos, se convierten en contratos de trabajo indefinidos. Sin embargo, la realidad de nuestro día a día nos enfrenta a ámbitos en donde la convicción de que las personas con problemas de salud mental no deberían trabajar está demasiadas veces presente y ello nos obliga a contribuir, con diferentes estrategias, a la superación de estas barreras que ponen de manifiesto lo que hemos denominado estigma empresarial. Objetivo: el objetivo es analizar hasta qué punto las estrategias de contacto, entre el voluntariado corporativo y las personas atendidas en diferentes dispositivos de rehabilitación psicosocial, influyen en la disminución de la distancia social manifestada por el voluntariado de empresa. Método: a través de 11 acciones de responsabilidad social corporativa correspondientes a 11 grandes empresas de diferentes sectores, se evaluó la reacción emocional en relación a la distancia social manifestada hacia personas con problemas de salud mental. La muestra quedó conformada por 135 trabajadores que iban a tener contacto social con los usuarios a través de tareas sin distinción de roles. La medida de distancia social se tomó en tres momentos diferentes: antes, inmediatamente después del contacto y a los 6 meses, quedando una muestra final de 44 trabajadores. Además se tomó una medida de estigma social percibido en 50 de las 120 personas con trastorno mental que participaron en estas acciones. Esta medida fue tomada al incorporarse a la primera acción de contacto social y al finalizar el estudio (transcurridos los dos años). Resultados: aunque los resultados se refieren a una muestra pequeña, la procedencia de la misma (trabajadores de empresas) a la que se tiene difícil acceso, le dan valor a los hallazgos alcanzados. Dichos hallazgos arrojan una tendencia positiva en la disminución de la distancia social antes-después del contacto. Sin embargo, este dato no se mantiene en la medida de los seis meses pues se incrementan ligeramente las dudas sobre la aceptación de las personas con problemas de salud mental en diferentes espacios sociales (siendo estas dudas mayores que al inicio del contacto). Conclusiones: se describen diferentes hipótesis sobre los resultados obtenidos y los retos de mantener los resultados.

Palabras clave: Estigma, Estrategia de contacto, Esquizofrenia, Estigma internalizado, Distancia social.

Abstract

When analyzing unemployment data in the general population, we find that these are much lower than those found in a population that presents a major mental health problem. What seems to be a relevant variable is that when specific supports are provided to favor the professional development of this population, they achieve employment adjusted to their professional profile, which in many cases, become permanent employments. However, the reality of our day-to-day situation confronts us in areas where the conviction that people with mental health problems should not work is too

*Correspondencia: Mª Teresa Ruiz Jiménez.
C/ Federico García Lorca, 20

C.P: 28860, Alcalá de Henares, Madrid. España.
E-mail: teresa.ruiz@grupo5.net.

often present and this forces us to contribute, with different strategies, to overcoming these barriers that show what we have called business stigma. Objective: the objective is to analyze the extent to which contact strategies, between corporate volunteers and users of psychosocial rehabilitation centers, influence the reduction of social distance manifested by volunteers. Method: through 11 actions of corporate social responsibility corresponding to 11 large companies from different sectors, the emotional reaction was evaluated in relation to the social distance manifested towards people with mental health problems. The sample was made up of 135 workers who were going to have social contact with users through tasks without distinction of roles. The measure of social distance was taken in three different moments: before, immediately after the contact and at 6 months. The final sample was of 44 workers. In addition, a measure of perceived social stigma was taken from 50 of the 120 people with mental disorders who participated in these actions. This measure was taken in the first action of social contact and at the end of the study (after two years). Results: although the results refer to a small sample, the character of the same (workers of companies), give value to the findings. These findings show a positive trend in the decrease of social distance before and after contact. However, this result is not maintained in the six months since there is a slight increase in the doubts about the acceptance of people with mental health problems in different social spaces (these doubts being greater than at the beginning of the contact). Conclusions: different hypotheses are described about the results obtained and the challenges of maintaining the results.

Key words: Stigma, Contact strategy, Schizophrenia, Internalized-stigma, Social distance.

El acceso al mercado laboral de las personas con problemas de salud mental es una de las garantías de un proceso de recuperación pleno. Sin embargo este acceso no siempre es fácil, y en muchas ocasiones la sintomatología no es un factor, que a priori, pudiera estar limitándolo. La presencia de barreras sociales implícitas en los procesos de estigmatización, conviene analizarlas en detalle para poder hacer más extensible los efectos beneficiosos del trabajo en este colectivo.

Siguiendo a Corrigan (2011), una de las medidas más efectivas para promover los cambios en el estigma público (*especialmente en el cambio de actitudes y conductas*) estaría relacionada con la generación de situaciones que propician contactos presenciales entre las personas que experimentan problemas de salud mental graves y el resto de la ciudadanía. En otro trabajo de Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rusch (2012) relacionaron diferentes estrategias para intervenir en la disminución del estigma según la edad de los consultados; así las estrategias de contacto resultaron ser más eficaces para la población adulta frente a las estrategias educativas que lo fueron para la población infantil y adolescente.

Aquellos países que más han avanzado en el desarrollo de iniciativas para contrarrestar el estigma y la discriminación resaltan la complejidad del fenómeno y la ineficacia de medidas puntuales para combatirlo. Nueva Zelanda (Case Consulting, 2005) señala la importancia del contacto como estrategia óptima para la desmitificación de ideas erróneas sobre la enfermedad mental, resaltando tres aspectos que han de estar presentes en ellos: roles igualitarios en todos los participantes, oportunidades reales de producir un conocimiento genuino (generando momentos en que se pueda entrar en conversación) y una cooperación activa en donde exista claramente un objetivo común.

Así el contacto social, como conducta de cercanía hacia el otro, se convierte en el polo opuesto de las conductas de evitación y rechazo y por tanto en el antídoto más favorecedor para hacer frente a procesos de discriminación.

Más específicamente, Reinke, Corrigan , Leonhard, Lundin & Kubiak (2004) centran su atención en las características de los individuos que participan en los contactos; probablemente personas con un buen nivel de competencias sociales y un menor impacto del diagnóstico psiquiátrico, en su imagen externa, van a poder contribuir, en mayor medida, a desmontar estereotipos anclados en conductas discriminatorias.

Asociado al estigma público aparece el estigma internalizado o autoestigma, que recae sobre la persona etiquetada, al internalizar los atributos de infravaloración presentes en la sociedad, con repercusión en la esfera cognitiva, emocional y conductual como ha reflejado Corrigan (2016).

Tener en cuenta cómo afecta esta variable en la identidad de la persona, nos sitúa en un escenario de reconstrucción social para poder recuperarse y desechar la internalización de mensajes del tipo: "*soy un enfermo mental*" que limitarían el emprendimiento

de nuevas metas de vida y la participación en nuevos escenarios sociales. Ya existen datos congruentes, que relacionan un mayor autoestigma con mayores dificultades sociales y con una menor sensación de sentirse recuperado en Garay, Pousa & Perez (2014).

Posibilitar contextos en donde la persona con problemas de salud mental pueda ser vista por lo que estos escenarios aportan y no por lo que se trae previamente a ellos (*categorizaciones de etiquetas que separan más que alejan*) pudiera ser uno de los caminos necesarios en esa reconstrucción de la identidad.

METODO

PARTICIPANTES.

Participaron 11 empresas en 11 jornadas de responsabilidad social. Tenían en común estar iniciando un camino de apertura hacia la inclusión laboral de la discapacidad y se situaban entre las más importantes por volumen de facturación. La distribución de trabajadores quedó conformada como aparece en la Tabla 1.

Tabla 1
Distribución de trabajadores por empresas

Actividad Empresarial	Nº de participantes	%
Energéticas	5	3,7
Telecomunicaciones	13	9,6
Residuos radiactivos	14	10,4
Farmaceutica1	9	6,7
Seguros	14	10,4
Farmaceutica2	21	15,6
Aeroespacial	12	8,9
Farmacéutica3	11	8,1
Infraestructuras	16	11,9
Servicios	15	11,1
Financiera	5	3,7
Total	135	100

La población empresarial o universo total quedó constituida por 525 trabajadores, seleccionados aleatoriamente un 26%, distribuidos en 135 individuos (54 hombres y 81 mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 62 años (M=39,01; DT=9,251). El 81.5% tenían estudios universitarios, sin hijos (55%). Un 77% de la muestra conocía a alguien con enfermedad mental antes de la experiencia de contacto.

La segunda población o universo, quedó constituida por 120 personas, todas ellas procedentes de 14 dispositivos de rehabilitación de la Red pública de atención social a personas con enfermedad mental, gestionados por Grupo 5 en la Comunidad de Madrid. La muestra valida sobre la que se llevó a cabo los análisis estadísticos quedó conformada por 50 personas (38 hombres y 12 mujeres) que fueron aquellas que autorizaron su participación en el estudio. En la Tabla 2 se describe la procedencia de las personas participantes.

El rango de edad se situó entre 24 y 65 años (M=43,35; DT=10,332). El 66% de las personas presentaban un diagnóstico de esquizofrenia, con una evolución promedio de 14,5 años (DT=9,793) y con un promedio de 30 meses (DT=26,471) en los que un equipo multidisciplinar estaba presente en su recuperación.

El 75% de los participantes no habían tenido ingresos psiquiátricos en los dos últimos años. Un 64% vivía con padres y/o hermanos, solteros (76%), con estudios elementales (54%) y tan solo un 2% estaba trabajando.

Tabla 2
Tipología de dispositivos de rehabilitación de los participantes

Tipo de Recurso	Nº de centros	N	%
Centros de Rehabilitación laboral(CRL)	2	12	24
Centros de Rehabilitación Psicosocial(CRPS)	3	14	28
Centros de Día(CD)	3	24	48
Total	8	50	100

MATERIALES

A la muestra procedente de empresa se le aplicó una escala de distancia social de 6 ítems adaptada por Rivera, De Arriba & Seoane (2008) .Incluimos un ítem más en relación a la aceptación como compañero de trabajo. La escala de respuesta, tipo Likert, se presentó con 4 alternativas (con forzado de respuesta), asignadas de la siguiente forma: 1(sin *duda*), 2 (probablemente) 3 (*poco probable*) 4 (definitivamente *no*). Se formularon en términos de pregunta, midiendo la voluntad de aceptar a personas con enfermedad mental en diferentes niveles de familiaridad (*como vecino, compañero de trabajo, amigo, pareja o como cuidador de los hijos de los consultados*) y ofreciendo oportunidades laborales (*contratarlo en caso de ser empresario*).

A mayor puntuación, mayor deseo de distancia social. Fue precedida de una viñeta de vida empleada para sensibilizar a los trabajadores sobre la población con la que compartirían la experiencia de contacto.

Esta escala se aplicó en tres momentos diferentes: antes del contacto, inmediatamente después y a los 6 meses.

A la muestra procedente de los dispositivos de rehabilitación se le aplicó el SSQ (self-stigma questionnaire); adaptado y validado para población española con esquizofrenia por Ochoa et al., 2015; contiene 14 ítems con una escala de respuesta tipo Likert, cuyo rango va desde 1 (*totalmente de acuerdo*) a 7 (*totalmente en desacuerdo*). Los ítems reflejan situaciones relacionadas con el impacto que puede llegar a tener la etiqueta diagnostica en la identidad de la persona. A mayor puntuación, menor autoestigma. La primera medida se tomaba cuando se incorporaban por primera vez a las acciones con el voluntariado corporativo y la segunda tras la última acción de contacto.

Todas las medidas fueron aplicadas en formato auto administrado.

Las propiedades psicométricas obtenidas fueron adecuadas, tal y como lo demuestra la consistencia interna medida para ambas pruebas en su conjunto: α=0,812 (distancia social) y α=0,897 (SSQ).

PROCEDIMIENTO

La recogida de datos quedó temporalizada en un periodo de dos años dando comienzo en 2014. Los participantes de los centros de rehabilitación podían acumular acciones de contacto durante ese tiempo; no así los participantes de empresas.

La duración del contacto osciló entre 4-6 horas desarrollando conjuntamente tareas relacionadas con el medio ambiente o la gastronomía. Todas las acciones de contacto propiciaron roles igualitarios a través de tareas que implicaban el desarrollo de conductas ajenas a las actividades de todos los participantes en su vida cotidiana.

DISEÑO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estudio descriptivo, exploratorio, ex post facto con el mismo grupo de participantes (panel). Se utilizó el programa SPSS versión 22 para el análisis estadístico, realizándose estadística descriptiva, comparación de medias y análisis de varianza.

Tabla 3
Análisis de muestras emparejadas en la variable distancia social

		n	Media	Desviación estándar	Media de error Estándar	*t*	*gl*
Par 1	DIST1_TOT	96	1,7292	0,48981	0,03264	5,692	95*
	DIST2_TOT	96	1,5434	0,43208			
Par 2	DIST2_TOT	33	1,4444	0,37654	0,07947	5,084	32
	DIST3_TOT	33	1,8485	0,48298			
Par 3	DIST1_TOT	37	1,6667	0,49845	0,08718	20,584	36
	DIST3_TOT	37	1,8919	0,46017			

* t (95)=5,69, p<0,05

RESULTADOS

MUESTRA VOLUNTARIADO CORPORATIVO

Se encontraron diferencias significativas en el contacto cercano en el tiempo (*en nuestro trabajo, la medida inmediatamente después de la experiencia de contacto*).

La tabla 3 recoge los resultados del análisis realizado: los participantes presentan una distancia social significativamente menor después del contacto, que antes del mismo.

La tercera medida obtenida, cuando el contacto se había disipado en el tiempo, no arroja resultados significativos, pero si nos deja un dato, que será comentado en la discusión, al marcar la media más alta de los tres momentos medidos.

PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

La Tabla 4 recoge la distribución de la muestra por acumulación de experiencias de contacto con los diferentes voluntarios de empresa y los promedios en puntuaciones en las dos aplicaciones de la escala seleccionada. En general, se produjo un aumento en las puntuaciones, respecto a la medida inicial, sin que esas diferencias sean significativas (p=0,144>0,05).

Para analizar nuestra hipótesis sobre si el autoestigma mejora en función del número de acciones de contacto acumuladas con el voluntariado corporativo, se valoró la aplicación de un análisis de varianza; se comprobaron los supuestos que la prueba exige: en relación al supuesto de normalidad fue necesario excluir niveles de la variable "número de acciones de contacto" (desde la acción 7 a la 11) procediendo a realizar dicho análisis con el 78% de la muestra inicial (39 personas).

Los resultados de prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, corroboraron la normalidad de la distribución de datos (estadísticos entre 0,877 y 0,983, *gl*:15,8,4 y 6 ; p >0,05); tras la aplicación de la prueba de Levene que dio como resultado la no homogeneidad de varianzas (3,376, p=0,021<0,05), concluimos a través del estadístico de welch la no asociación entre la acumulación de la participación en las diferentes acciones y las puntuaciones en la escala SSQ (estadístico =1,186, p=0,375>0,05).

Tabla 4.
Número de experiencias de contacto acumuladas por la población con enfermedad mental y resultados promedios obtenidos en las dos aplicaciones de la escala SSQ.

Nº de exper. de contacto	N	%	SSQ INICIO	DT	SSQ FINAL	DT	*Sig* Kolm. Smir.	*Sig* Wilcox
1	16	32	68,80	23,797	71,00	11,729		
2	9	18	57,66	21,788	63,12	20,476		
3	4	8	58,33	13,316	65,50	15,864		
4	4	8	58,25	30,170	68,00	14,764		
5	6	12	67,00	15,962	77,50	7,556		
6	3	6	68,00	20,784	74,00	25,980		
7	1	2	27,00	----	41,00	-----		
8	2	4	75,50	9,192	72,50	19,091		
9	2	4	57,50	16,26	57,50	9,192		
10	1	2	45,00	----	50,00	------		
11	2	4	61,50	10,606	63,50	20,506		
MEDIA			63,04	20,882	68,10	15,387	0,048	0,144
Total	50	100						

Tabla 5
Prueba *t* de Student para grupos independientes por tipos de recursos de procedencia

Recurso / Aplicación	n	Media SSQ	DT	*F leven*	*sig leven*	*T*	*Sig.bilateral*
CRPS/CRL Inicial	13/12	54,46 /72,66	23,901/15,334	1,58	0,221	-2,245	0,035*
CRPS/CRL Final	12/12	65,58 /73,75	17,432/14,429	0,460	0,505	-1,250	0,224
CRPS/CD Inicial	13/23	54,46 /62,86	23,901/20,208	0,118	0,734	1,123	0,269
CRPS/CD Final	12/24	65,58 /66,54	17,432/14,711	0,187	0,668	-0,173	0,863
CRL/CD Inicial	12/23	72,66/62,86	15,334/20,208	1,65	0,208	1,469	0,151
CRL/CD Final	12/24	73,75/66,54	14,429/14,711	0,234	0,632	1,394	0,172

*$p<0,05$

El hecho de tener participantes de tres tipologías diferentes de recursos nos permitió establecer comparaciones de medias para muestras independientes con el fin de observar el comportamiento de las muestras en el nivel de autoestigma. Los resultados aparecen en la tabla 5, poniendo de manifiesto una diferencia significativa: las personas procedentes de los centros de rehabilitación laboral se incorporan a las experiencias de contacto con una identidad menos dañada sobre su valía. Estas diferencias se producían de forma significativa con los CRPS.

DISCUSION

Los resultados encontrados nos sitúan ante un efecto claro en relación al impacto que tiene interactuar con personas con una discapacidad por enfermedad mental en la aceptación hacia este colectivo. La disminución de la distancia social inmediatamente después del contacto da cuenta de este efecto. Sin embargo, la interrupción del contacto (operativizado por el paso del tiempo: la tercera medida tomada a los seis meses) hace que la distancia social se incremente. El hecho de no haber controlado si los voluntarios habían recibido acciones de sensibilización previas, antes del primer contacto, nos hace plantearnos hasta qué punto las actitudes iniciales se han podido ver afectadas, esto se señala como una posible limitación; además el hecho de que la muestra se redujera ostensiblemente en la tercera medida también ha podido condicionar los resultados. Los niveles de aceptación inicial y tras el contacto fueron mayores, en este grupo, que en el que no se obtuvo la tercera medida, por lo que una hipótesis plausible es el efecto nocivo que puede tener la interrupción del contacto. El informe de resultados (Case Consulting 2005) señala a los contactos continuos y duraderos en el tiempo con las personas con problemas de salud mental como los más efectivos.

Por otro lado, el nivel de rechazo obtenido ha sido mínimo, las diferentes mediciones no han llegado a la puntuación de 2 (recordemos que a partir de dicha puntuación se inician las dudas sobre la aceptación de la persona con enfermedad mental en los diferentes escenarios consultados ("*probablemente les aceptarían*"). Este dato es congruente con el obtenido en diferentes trabajos que señalan la interrelación entre niveles educativos altos y actitudes más favorecedoras (Angermeyer & Dietrich, 2006). En nuestro caso, el 81,5% de la muestra procedente de empresa había finalizado estudios universitarios.

En relación a las personas con problemas de salud mental, terminaron con puntuaciones más altas en la escala SSQ lo que evidencia una identidad menos dañada por el impacto de la etiqueta diagnostica; sin embargo no podemos concluir que ello haya sido debido a las experiencias de contacto con el voluntariado como

demuestran los resultados obtenidos. El procedimiento por el que fueron seleccionados las personas (prevaleciendo su interés por las acciones por encima del rigor de investigación) propició una acumulación de acciones no homogénea en el total de participantes lo que ha podido condicionar estos resultados.

Por otro lado, sería necesario haber contado con grupos controles en donde la intervención de contacto social estuviera ausente para ambas muestras. El mayor número de hombres en la muestra de enfermedad mental y de mujeres en la muestra del voluntariado también la reflejamos como limitación así como el carácter de voluntariedad de la muestra de empresa que pudiera haber suavizado los resultados encontrados en distancia social.

CONCLUSIONES

Este trabajo pone de manifiesto una estrategia para aminorar el estigma que ha sido menos documentada en la literatura científica, nos referimos al tiempo que ha de perdurar el contacto con las personas con problemas de salud mental para que tenga efectos duraderos en una mayor aceptación social. Como hemos visto, el efecto positivo del contacto de poco sirve si el mismo no se continúa en el tiempo.

A efectos prácticos hay un dato de indudable valor para nosotros, 2 de las 11 empresas han mantenido reducciones en la distancia social a pesar del paso del tiempo por lo que otras variables que quedan al margen de las pretensiones de este artículo pudieran estar operando sobre ello.

El efecto positivo en los procesos de recuperación, debido a la participación en estas experiencias ha sido innegable para muchas de las personas que acudieron y que fue corroborado por algunos de los equipos de profesionales de los centros de procedencia y también por una vivencia de la experiencia altamente satisfactoria de los participantes.

Prestar atención al impacto que la etiqueta diagnostica tiene en la identidad de la persona permite planificar acciones diseñadas para disminuir expectativas negativas sobre las posibilidades de desempeñar nuevos roles laborales. Si esto se hace acompañado de una empresa que brinda esa oportunidad, estará garantizando la continuidad de los contactos que es lo que aminora la distancia social y nos situara frente a una sociedad más justa y tolerante en brindar oportunidades verdaderas de integración laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angermeyer, M., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Pychiatrica Scandinavica, 113,*163-179.

Case Consulting (2005). *The power of contact*. Case consulting.Wellington, New Zealand.

Corrigan, P.W. (2011). Strategic stigma change (SSC): Five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatric Services,* 62, 824-826.

Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels. J., Rafacz, J. D.,& Rusch, N.(2012) Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services,* 63, 963-973. doi: 10.1176/appi.ps.201100529.

Corrigan, P. W. (2016). Enseñanzas aprendidas de las consecuencias imprevistas de programas para erradicar el estigma de las enfermedades mentales. *World Psychiatry, 14,* 67-73. Ed. en español.

Garay, M., Pousa, V. & Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34, 459-475. doi:10.4321/S0211-57352014000300002

Ochoa, S., Martínez, F., Garcia, M., Vilamala, S., Ribas, M. Arenas,O.,… Villellas, R. (2015). Development and validation of the Self-Stigma Questionnaire (SSQ) for people with schizophrenia and its relation to social functioning. *Comprehensive Psychiatry*. 62, 93-99. doi:10.1016/j.comppsych.2015.06.011

Reinke, R., Corrigan, P.W., Leonhard, C., Lundin,K., & Kubiak, M. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology,* 23, 377–389.

Rivera, C., De Arriba, A., & Seoane, G. (2008). Papel de la experiencia en la aceptación vs. Rechazo del paciente con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicología, 40* 73-83.

PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

TRABAJO EN RED Y COORDINACIÓN INTERSERVICIOS. UNA RESPUESTA IMPRESCINDIBLE

WORK IN NETWORK AND INTERDEPARTMENTAL COORDINATION. AN ESSENTIAL RESPONSE

Susana Albuerne González*

Profesora Técnica de Servicios a la Comunidad

Unidad de Orientación del CPEE CASTIELLO, Gijón

Resumen

La respuesta educativa a las necesidades que presenta el alumnado con necesidades educativas especiales, genera una compleja red de relaciones que trasciende al propio centro educativo. El trabajo en red no es meramente una colaboración entre profesionales, si no el intento de dar una respuesta integral a las necesidades que los individuos nos plantean desde cada área de intervención.

Estas colaboraciones institucionales propician coordinaciones entre los distintos servicios que interactúan según el caso, con la finalidad de obtener el mayor rendimiento a los recursos que tenemos a nuestra disposición y complementando el trabajo que se realiza desde cada servicio que interviene.

Sin embargo, en el trabajo diario nos encontramos con que las intervenciones no siempre se pueden realizar con garantías de éxito, con la consiguiente frustración que genera, tanto en los profesionales como en los individuos objeto de intervención, dada la falta de respuesta adecuada a sus expectativas.

Palabras clave: Trabajo social, Coordinación de servicios, Colaboración, Duplicación de esfuerzos, Visión de conjunto.

Abstract

The educational response to the needs presented by the pupils with special educational needs, generates a complex network of relationships that transcends the educational centre. Networking is not merely a collaboration between professionals, if not an attempt to give a comprehensive response to the needs of the individuals we face from each area of intervention.

These institutional partnerships provide to coordination between the different services that interact according to the case, in order to obtain the best performance to the resources we have at our disposal and complementing the work being done from each service involved.

However, in the daily work we find that interventions can not always be guaranteed of success, with the consequent frustration generated, both professionals and individuals subject to intervention, given the lack of adequate response to your expectations.

Key words: Social work, Service coordination, Duplication of effort, Overview.

Las distintas circunstancias educativas, sociales y familiares del alumnado de centros de educación especial, generan una compleja red de relaciones que trasciende la simple realidad del centro educativo. La escolarización de alumnado con diferentes discapacidades, psíquicas, pluri-discapacidad y otros trastornos, con distintos grados de afectación y en diferentes etapas del ciclo vital, hace necesaria la realización de intervenciones programadas que requieren la implicación de varios servicios para la toma de decisiones que ayuden a abordar la problemática.

El trabajo en red, desde la perspectiva de una Unidad de Orientación de un centro específico, parte de la prioridad de dar respuesta a las necesidades que día a día nos plantea el colectivo con el que trabajamos, en

*Correspondencia: Susana Albuerne González
Camino de la Ería 699
C.P: 33394- Gijón, Asturias, España
E-mail: susalbuerne@hotmail.com

relación con los profesionales que les atienden, tanto desde los propios servicios educativos como desde otros servicios y organizaciones (sociales, sanitarios, de ocio y tiempo libre, etc.)

Es importante hablar de una red, entendida en términos socioeducativos, ya que éste es el campo que nos ocupa, como el sistema de relaciones que los y las profesionales establecemos en nuestra labor cotidiana cuando interactuamos y colaboramos con otros y otras profesionales de los distintos servicios y organismos de la comunidad en la que nos movemos.

Estas colaboraciones deben tener un marco de actuación que permita definir los objetivos y concretar las distintas intervenciones y coordinaciones, teniendo en cuenta que cada intervención, ni puede ni debe realizarse al margen de otras que se lleven a cabo. La finalidad será la de obtener el mayor rendimiento de los recursos que tenemos a nuestra disposición, complementando el trabajo que hace cada servicio que interviene e intentando dar respuesta, de una manera integral, a las necesidades que los individuos nos plantean.

En el trabajo diario nos encontramos con dificultades a la hora de llevar a cabo las distintas intervenciones y, al finalizar el curso y evaluar/reflexionar sobre la práctica y la eficacia de las mismas, se muestra más presente la necesidad de un trabajo coordinado con el resto de profesionales con los que tenemos contacto.

MÉTODO

El trabajo en Red, como labor que se realiza conjuntamente con otras personas o grupos, tiene el propósito de lograr un objetivo determinado, partiendo de la atención a una tarea o caso en común. Supone un trabajo de colaboración y complementariedad entre los distintos recursos (educativos, sociales, sanitarios, asociaciones, organizaciones, etc.) del entorno en el que nos movemos.

Necesariamente debe existir una coordinación, en base a acuerdos de colaboración establecidos entre servicios y/o instituciones y, a ser posible, articulada en programas de actuación que posibiliten las intervenciones de manera adecuada.

PARTICIPANTES

A continuación se mencionan algunas de las coordinaciones y colaboraciones que, a lo largo del curso escolar, se realizan con servicios y organismos tanto educativos como sociales o de salud. Hay coordinaciones que están instauradas en la dinámica de funcionamiento de la Unidad de Orientación y se establecen desde el principio de cada curso para facilitar la organización general; otras no se hacen de manera sistemática, solamente cuando es preciso. A lo largo del curso se va contactando con aquellos servicios que resultan precisos para atender las necesidades de nuestro alumnado, haciendo referencia aquí a los que suelen ser más usuales:

COORDINACIÓN ENTRE INSTITUCIONES EDUCATIVAS

• Colegios de Educación Primaria

La coordinación se realiza, fundamentalmente, ante dos situaciones:

→ Alumnado escolarizado en la modalidad de combinada, es decir, unos días acude al colegio ordinario que le corresponde por residencia y otros al centro de educación especial. La finalidad es concederle una intervención específica en sus primeros años de escolarización (segundo ciclo de educación infantil y tres primeros cursos de educación primaria) que determine si puede seguir el ritmo de sus iguales en un centro ordinario o debe escolarizarse a tiempo total en un centro específico. Requiere un trabajo muy coordinado entre los dos centros educativos, compartiendo metodologías y estrategias didácticas, que se plasman en un protocolo específico, concretado con documentos estructurados y reuniones prefijadas, además de contactos frecuentes entre los profesionales implicados.

→ Cuando las necesidades educativas especiales que presenta el alumno o alumna no le permiten continuar su escolarización en el colegio ordinario, los servicios de orientación de dicho centro elaboran el dictamen de escolarización y el correspondiente informe psicopedagógico que le remite al centro de educación especial. Durante este proceso también es necesario establecer reuniones para el traspaso de información entre los dos centros.

• Colegios de Educación Especial

→ En ocasiones se producen traslados de centro por cambio de domicilio o determinados por otras instituciones (sociales, educativas). Los servicios de

orientación de los centros implicados contactan para el intercambio de información relevante.

• Institutos de Enseñanza Secundaria

→ En el caso de alumnado que por sus necesidades educativas especiales no puede continuar su escolarización en IES, los servicios de orientación implicados intercambian información para organizar el traslado al centro específico del alumno o alumna de manera que se favorezca una adecuada integración en la dinámica del colegio de educación especial.

• Servicios de apoyo externo a los centros

Los servicios de apoyo externo a los centros son los Equipos de Orientación Educativa (EOE) y el Equipo Regional para la atención al alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo (NEAE).

Es necesario que exista un informe psicopedagógico y un dictamen de escolarización previos a la escolarización en un centro específico. La coordinación se establece entre el EOE y la Unidad de Orientación del Colegio de Educación Especial para facilitar el traslado de información entre ambas partes.

Las necesidades específicas del alumnado en un colegio de Educación Especial pueden requerir de orientaciones y protocolos establecidos por el Equipo Regional NEAE. Este Equipo, en coordinación con la Unidad de orientación, realiza el seguimiento técnico de los recursos que tiene asignado el alumnado escolarizado en el centro que, además de discapacidad psíquica, presenta discapacidad física o sensorial.

La Unidad de Orientación del centro específico, junto con el Equipo Regional NEAE, también participa en la elaboración y seguimiento de los programas de atención a alumnado con problemas de conducta y las medidas que es necesario poner en marcha para atender la problemática que presenta algún alumno o alumna. Esto puede requerir la implicación de otros servicios no educativos (sociales, de salud) con las coordinaciones pertinentes que ello conlleva para tratar de mejorar la situación, utilizando todos los recursos a nuestro alcance.

COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES

• Ayuntamiento de la localidad

→ Se participa en la coordinación mensual del Proyecto de intervención socioeducativo en el Absentismo Escolar del Ayuntamiento para el intercambio y análisis de información relativa a las causas que motivan el absentismo escolar, y la intervención del ámbito educativo y social en materia de prevención. La derivación de casos de alumnado absentista se hace mediante el protocolo establecido.

→ Se establecen reuniones o contactos telefónicos, por ser más inmediato, con responsables de Unidades de Trabajo Social (UTS), para seguimiento de casos en los que resulta necesaria la coordinación.

→ Se mantienen reuniones con técnicos del ayuntamiento para la recogida de información de campañas educativas organizadas por el mismo (becas y ayudas para materiales, Consejo Municipal de Infancia, grupos de participación juvenil, programas de prevención, etc.) para su posterior difusión entre el alumnado y sus familias.

• Consejería de Servicios y Derechos Sociales

→ Con la Unidad de Recursos de Personas con Discapacidad en relación a las transiciones escolares a Centros de Apoyo a la Integración (CAI), para realizar una adecuada coordinación entre ambos recursos, de cara a favorecer tanto la integración sociolaboral como la continuación del desarrollo personal del alumnado que termina su etapa educativa.

→ Con la sección de Atención a la Dependencia de los Equipos Territoriales de Servicios Sociales, de cara a la derivación del alumnado y sus familias al recurso y la organización de charlas informativas sobre el procedimiento a seguir para la solicitud.

→ Se mantiene contacto con los técnicos de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales para la derivación del alumnado y sus familias hacia la solicitud de recursos especializados de atención a las personas con discapacidad: programa de apoyo en el entorno, programa respiro y de apoyo a la familia (un recurso de alojamiento por tiempo determinado o por necesidad de urgencia familiar), y otros.

COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

• Servicio de Salud Primaria

→ Se establecen cauces de coordinación puntuales con los centros de salud mediante las Unidades de Trabajo Social de los mismos.

• Servicio de Salud Mental Infantil y de Adultos

→ Se mantiene coordinación con el Servicio de

Salud Mental Infantil y de Adultos, de cara a mejorar el conocimiento mutuo sobre la problemática que afecta al alumnado con el que se trabaja en el Centro.

• Hospitales

→ En caso necesario, se mantiene coordinación con el Programa de Aulas Hospitalarias.

COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS: ONGS, ASOCIACIONES

→ Colaboración con distintos programas de ocio y tiempo libre que ayudan a normalizar los hábitos de ocio del alumnado con discapacidad

→ Se establecen los cauces adecuados de coordinación con aquellas ONGs, empresas o instituciones que puedan favorecer el logro de los objetivos contemplados en el proyecto educativo del centro, siempre y cuando sus actividades puedan integrarse en las programaciones escolares y sean aprobadas por el órgano correspondiente.

MATERIALES

Este trabajo de colaboración entre profesionales con la finalidad de responder a una necesidad, se encuadra dentro de un marco organizativo más general, que hace difícil llevar a cabo nuestra intervención profesional al margen de otras que se estén realizando.

Todas las coordinaciones y colaboraciones que se llevan a cabo entre los profesionales que atendemos al colectivo de alumnado con discapacidad, tienen una base legislativa que recoge preceptos y acuerdos para llevar a cabo las coordinaciones entre distintas instituciones y sobre la que se sustentan las intervenciones que realizamos.

Las distintas leyes educativas, leyes de protección al menor, la ley general de derechos de las personas con discapacidad, la normativa autonómica sobre salud escolar, o la ley de bases de régimen local, entre otras, proporcionan el marco para el desarrollo de nuestra actividad y establecen protocolos y guías para organizar las intervenciones y coordinaciones, y que se tengan en cuenta ciertos aspectos comunes que facilitan el trabajo. Podemos nombrar como ejemplo la Ley de Bases del Régimen Local, que al recoger las competencias que deberán ejercer los municipios, habla de la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria. Así han surgido los planes de absentismo que se coordinan desde las distintas corporaciones locales, con los protocolos de actuación oportunos y que conllevan la actuación de profesionales de distintos servicios. Sin embargo, no para todas las intervenciones que es necesario realizar existen protocolos que ayuden a organizar el trabajo por lo que, la forma de llevarlo a cabo queda a criterio de los profesionales que necesitan coordinarse.

PROCEDIMIENTO

Anualmente, en el plan de actuación de la Unidad de Orientación, trazamos las líneas generales que nos ayuden a organizar las coordinaciones con los distintos servicios educativos, sociales y de salud, así como las relaciones previstas con las distintas instituciones y organizaciones del entorno.

Las coordinaciones más formales y estructuradas se organizan en base a programas predeterminados que están relacionados con intervenciones dirigidas a colectivos concretos (planes de absentismo, protocolos ante el maltrato infantil, programas de prevención del acoso escolar, actividades de inclusión, etc.). En estos casos la convocatoria de reuniones, ubicación, materiales de trabajo, etc., parten de la institución competente.

Cuando las intervenciones se dirigen hacia individuos, ante situaciones que les estén afectando en momentos puntuales de su vida y en las que necesitan una atención más personal, las coordinaciones se dan entre los profesionales cercanos a las personas con las que se interviene (problemática de conducta, situaciones familiares estresantes, problemas de salud, solicitud de ayudas, prestaciones u otros recursos o servicios, orientación laboral, etc.). En este caso son los propios profesionales quienes establecen la manera de coordinarse, bien mediante reuniones, telefónicamente o por otras vías, según el caso.

DISEÑO

Los esfuerzos de los profesionales de los servicios e instituciones implicados se dirigen a buscar la máxima participación e implicación. Cada cual debe exponer su perspectiva de la situación, cuáles han sido las actuaciones realizadas hasta el momento y aquellas que se considera prioritario llevar a cabo para mejorar la situación. Con ello se consigue dar coherencia e integrar todos los puntos de vista profesionales, para poder realizar una valoración completa de la situación.

Se basa en el consenso, puesto que se hace necesario la elaboración de un plan de trabajo aceptado por todos, que establezca tiempos para hacer los seguimientos y que evalúe el resultado al finalizar la intervención, y donde cada servicio e institución lleve a cabo la labor que le compete con una visión colectiva del caso.

RESULTADOS

Las reuniones de seguimiento que es necesario establecer, permiten obtener una visión de conjunto de la situación, de los acuerdos tomados y de la línea de intervención que sería necesario continuar para satisfacer con una respuesta adecuada la demanda que cada caso plantea.

No obstante, surgen dificultades que debemos tener en cuenta, ya que contribuyen en buena medida al éxito o fracaso de nuestra labor, y pueden acabar generando cierto malestar. Podemos enumerar las siguientes:

→ Son muchos los servicios con los que es necesario coordinarse ya que el centro específico recibe alumnado de distintos concejos.

→ Los cambios de profesionales que sufren los distintos puestos de trabajo, lo que hace tener la sensación de estar contando casi siempre lo mismo porque hay que poner al día sobre los pasos dados a las personas que se incorporan, con la subsiguiente sensación de que se avanza lentamente.

→ La falta de tiempo para las coordinaciones.

→ Las discrepancias de criterio ante las intervenciones.

→ La falta de información o visión sesgada de la realidad sobre la que se trata de intervenir, ya que a veces no se dispone de todos los datos necesarios para tener un enfoque global.

→ La necesidad de establecer un referente del caso con la finalidad de centralizar determinadas intervenciones, la recogida de la información con la que se ha trabajado, levantar acta de los seguimientos y acuerdos adoptados, y finalizar la intervención.

→ En ocasiones, la buena coordinación depende de las relaciones personales entre profesionales que intervienen desde los diferentes servicios.

→ Los profesionales tratan de solucionar con rapidez y con eficacia las distintas situaciones que se les plantean diariamente, pero se encuentran con que, la mayoría de las veces, les falta capacidad para la gestión de los recursos. Encontrar las soluciones no depende, por tanto, de los técnicos, y la demora en las respuestas genera frustración tanto en éstos como en las personas objeto de la intervención.

→ La conveniencia de establecer un flujo informativo sobre las coordinaciones en las que se interviene puesto que, en ocasiones, tanto por la tardanza en la respuesta, como por las dificultades para la coordinación, no se llega a saber cómo se ha resuelto el caso.

DISCUSIÓN

La realidad con la que solemos encontrarnos en el trabajo diario debe hacernos reflexionar sobre la manera en que estamos llevando a cabo las coordinaciones entre servicios y si éstas se pueden mejorar. Y, en tal caso, cuál debería ser la mejor forma de hacerlo.

A veces, simplemente pararse en detalles como averiguar en qué consiste el trabajo de los demás, para eliminar ideas estereotipadas respecto a las funciones de otros profesionales que nos llevan a pensar que pueden hacer cosas que en realidad no son de su competencia, o la importancia de conocer presencialmente (ponerles cara) a las personas con las que se establecen las coordinaciones, aunque éstas después se realicen por otros medios (teléfono, correo electrónico, etc.), suponen un cambio importante en las relaciones interprofesionales.

CONCLUSIONES

Los beneficios que se obtienen del trabajo colaborativo institucional pueden resumirse de la siguiente manera:

→ Se optimiza la intervención cuando se completan informaciones parciales. Unos servicios disponen de más información que otros y ponerla en común ayuda a obtener una visión de conjunto y a comprender y mejorar el trabajo que se realiza.

→ Se evita la duplicidad en las intervenciones.

→ Al seguir una misma línea de actuación, ésta se hace más eficaz y se refuerza la intervención de otros servicios.

El trabajo en Red puede resultar tedioso si los organismos implicados no aportan todo su potencial o no están motivados por esta metodología, pero una vez que se consigue un protocolo de intervención consensuado, los resultados son mucho más satisfactorios y positivos para todos los implicados (profesionales, alumnado y familias).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS LEGISLATIVAS

Decreto 39/2015, de 3 de junio, por el que se regulan los órganos de coordinación en materia de salud escolar. *Boletín Oficial del Principado de Asturias, de 11 de junio de 2015, nº 134,* p. 1-4.

Decreto 70/2016 de 23 de noviembre, por el que se establecen los órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias. *Boletín Oficial del Principado de Asturias, de 1 de diciembre de 2016, nº 279,* p. 1-5.

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. *Boletín Oficial del Estado, de 3 de abril de 1985, núm. 80*, p. 8945-8964.

Ley 27/2013 de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local. *Boletín Oficial del Estado, de 30 de diciembre de 2013, nº 312*, p. 106430-106473.

Ley 26/2015, de 28 de julio de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia *Boletín O icial del Estado, de 29 de julio de 2015, núm. 180*, p. 64544-64613.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección Jurídica del Menor de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (texto consolidado de 29 de julio de 2015) *Boletín Oficial del Estado, de 17 de enero de 1996, nº 15,* p. 1225-1238.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado, de 4 de mayo de 2006, nº106,* p. 17168-17207

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa, (LOMCE). *Boletín Oficial del Estado, de 10 de diciembre de 2013, nº 295*, p. 97858-97921.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado, de 13 de julio de 2015, nº 175*, p. 61871-61889.

Real Decreto 2274/1993, de 22 de diciembre, de cooperación de las corporaciones locales con el Ministerio de Educación y Ciencia. *Boletín Oficial del Estado, de 22 de enero de 1994, nº 19*, p. 2177-2181.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado, de 3 de diciembre de 2013, nº. 289*, p. 95635-95673.

Resolución de 22 de mayo de 2015 entre Consejerías de Sanidad y Educación Cultura y Deporte por la que se establecen estrategias en materia de salud escolar. *Boletín O icial del Principado de Asturias, de 4 de junio de 2015, nº 128,* p. 1-9.

EFECTOS DE INCLUIR DETALLES SEDUCTORES Y ORGANIZADORES GRÁFICOS EN UN TEXTO EXPOSITIVO ESCRITO

EFFECTS OF INCLUDING SEDUCTIVE DETAILS AND GRAPHIC ORGANIZERS IN A WRITTEN EXPOSITORY TEXT

José Alirio Parra Guarnizo*

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Resumen

El estudio se propuso examinar los efectos de incluir detalles seductores y organizadores gráficos sobre el recuerdo y el aprendizaje a partir de un texto de ciencias presentado en modalidad de exposición escrita. Participaron 120 estudiantes de ambos sexos de último año de una institución de educación secundaria colombiana, con un promedio de edad de 17 años. Se conformaron de manera aleatoria cuatro grupos a partir de la manipulación del detalle y el organizador, siendo estos el grupo sólo texto (Condición Control), texto con detalle seductor verbal (Condición Seductora), texto con organizador gráfico (Condición Efectiva) y texto con detalle seductor y organizador gráfico (Condición Interactiva). Se emplearon tareas de recuerdo y solución de problemas para evaluar el desempeño de los grupos y efectuar comparaciones. Los resultados fueron congruentes con las hipótesis y la investigación previa, que señala que los detalles seductores tienen un efecto nocivo sobre el desempeño. Asimismo, se confirmó que la inclusión del organizador gráfico mejoró el rendimiento, principalmente en la tarea de solución de problemas, y también logró reducir el efecto del detalle seductor. A partir de esto, se sugiere no incluir agregados seductores en los textos expositivos escolares, y se establecen algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

Palabras-clave: Detalles seductores, organizadores gráficos, recuerdo, aprendizaje a partir del texto.

Abstract

The study examined the effects of including seductive details and graphic organizers on recall and learning from a science text presented in written exposure modality. A total of 120 students, men and women of last year of a Colombian secondary education institution, with an average age of 17 years. Four groups were randomly formed from the manipulation of the detail and the organizer, these being the group only text (Control Condition), text with verbal seductive detail (Seductive Condition), text with graphic organizer (Effective Condition) and text with seductive detail and graphic organizer (Interactive Condition). Recall and problem-solving tasks were used to assess group performance and make comparisons. The results were congruent with the hypotheses and previous research, which points out that seductive details have a detrimental effect on performance. Also, it was confirmed that the inclusion of the graphic organizer improved the performance, mainly in the problem solving task, and also managed to reduce the effect of the seductive detail. Therefore, it is suggested not to include seductive aggregates in school expository texts, and some recommendations for future research are established.

Key words: Seductive details, graphic organizers, recall, learning from text.

Diferentes trabajos empíricos evidencian que el desempeño cognitivo en tareas de lectura es mayor cuando el material interesa que cuando no (Ainley, Hidi, & Berndorff, 2002; Hidi & Harackiewicz, 2000; Hidi & Renninger, 2006) y en concordancia, que aumentar el interés del texto puede mejorar tanto su comprensión, como el aprendizaje a partir de éste (Hidi & Harackiewicz, 2000; Schraw & Lehman, 200).

*Correspondencia: José Alirio Parra Guarnizo
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Calle 40 No. 33 A 32, Centro, Villavicencio-Meta, Colombia.
Código postal 500001
E-mail: jose.parra@uniminuto.edu; japarragu@gmail.com

Una estrategia que puede usarse para aumentar el interés del texto, consiste en agregarle detalles entretenidos que refieran a temáticas de relevancia para la mayoría de los seres humanos, como el peligro, el poder, la muerte o el sexo (Hidi & Baird, 1988). En todos los casos, dichos detalles deben estar relacionados con el tema general que se expone, aunque sean irrelevantes respecto a la secuencia de causas y efectos que se intenta explicar. Su objetivo es aumentar el nivel de alerta para que el lector atienda y codifique la mayor cantidad de información, esperándose que una vez se haya interesado en el texto, específicamente en los detalles entretenidos, redirija su atención hacia la información relevante asociada a éstos (Harp & Mayer, 1997, 1998).

Fueron Garner, Gillingham y White (1989) quienes utilizaron por primera vez el apelativo de detalles seductores para referirse a estos detalles que son considerados como atractivos y entretenidos. En dicho estudio pionero, los autores establecieron que la inclusión de este tipo de detalles causaba un deterioro en el recuerdo de la información textual importante, al que denominaron "*efecto de los detalles seductores*" *(p. 49)*. En correspondencia con este trabajo, diversas investigaciones han corroborado y extendido este efecto seductor al constatar que la inclusión de los detalles seductores afecta la retención, la comprensión y el aprendizaje a partir del texto (Rey, 2012), sin importar si la lección es presentada en formato simple (Garner, Alexander, Gillingham, Kulikowich, & Brown, 1991; Garner et al., 1989; Hidi, 1990) o en formato multimedia (Harp & Mayer, 1997, 1998; Mayer, Heiser, & Lonn, 2001; Mayer, Griffith, Jurkowitz, & Rothman, 2008).

En definitiva, luego de más de dos décadas de investigación, una importante conclusión que se desprende de los estudios previos es que existe evidencia suficiente para asegurar que el efecto nocivo de los DS sobre la comprensión y el aprendizaje es robusto (Rey, 2012), independientemente del contenido de la lección, la forma de presentación del material -texto o multimedia-, o el canal sensorial implicado, ya sea visual o auditivo.

A pesar de esto, algunos investigadores han sugerido que los DS podrían mejorar la comprensión y el aprendizaje si cumplen dos requisitos, a saber, (a) que se relacionen con el material objetivo y activen los esquemas apropiados (Schraw, 1998); y (b) que su procesamiento no sobrecargue la memoria de trabajo al ocupar todos los recursos de procesamiento disponibles (Sanchez & Wiley, 2006).

Una estrategia que ha sido empelada para mejorar los procesos de comprensión y aprendizaje consiste en agregar ilustraciones efectivamente diseñadas (Mayer, 2005). Las ilustraciones efectivas son materiales de apoyo que se utilizan junto con el texto y que, en un formato distinto, presentan la información relevante de éste (Marefat & Ghahari, 2009). Los organizadores gráficos son un ejemplo de este tipo de agregado pictórico, ya que mediante un conjunto de palabras dispuestas espacialmente representan la organización conceptual del texto, promoviendo su comprensión (McCrudden, Schraw, Lehman & Poliquin, 2007).

En general, la investigación ha demostrado que las ilustraciones efectivas son amigables para el lector, facilitan el procesamiento y mejoran el desempeño en tareas de comprensión y aprendizaje (Sung & Mayer, 2012). Actualmente se sostiene que este tipo de adjuntos permiten representar las relaciones semánticas de modo más preciso y sintético que el texto, facilitándole al lector centrar la atención en los conceptos fundamentales, construir una representación organizada de la información relevante e integrarla al conocimiento previo (Stull & Mayer, 2007).

Con base en lo anterior, es posible preguntarse si un organizador gráfico podría mitigar el efecto negativo de los detalles seductores, más aún cuando el impacto de incluir este tipo de agregados visuales en textos que contienen detalles seductores verbales ha sido poco examinado (Rowland et al., 2009), y sobre todo dentro de los estudios experimentales en lengua castellana.

Por lo tanto, el presente estudio se propuso examinar los efectos de incluir detalles seductores y organizadores gráficos sobre el recuerdo y el aprendizaje de un texto expositivo escrito. De igual forma, se plantearon dos objetivos específicos, el primero, analizar si el detalle seductor verbal influye negativamente sobre el recuerdo y aprendizaje a partir del texto, y el segundo, establecer si la presencia de un organizador gráfico puede reducir los efectos negativos sobre el recuerdo y el aprendizaje atribuidos al detalle seductor verbal.

En correspondencia con los objetivos, se formularon las siguientes hipótesis de trabajo:

→ H1. El detalle seductor disminuirá el desempeño en las tareas de recuerdo y aprendizaje del texto, en comparación con condiciones de lectura del mismo texto que no incluyan el detalle.

→ H2. La inclusión del organizador gráfico reducirá el efecto del detalle seductor sobre el recuerdo y el

aprendizaje a partir del texto. Lo cual se verá reflejado en un menor rendimiento de las condiciones que no incluyan el organizador.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaron voluntariamente 120 estudiantes de último año de secundaria de una institución con orientación técnico industrial colombiana, quienes fueron informados acerca del propósito del estudio, el procedimiento experimental y dieron su consentimiento informado por escrito. Del total, 49 fueron mujeres y 71 hombres, con una media de edad de 17,0 años (*DS* = 0,64). Una vez concluido el experimento, las hipótesis y los resultados esperados se transmitieron grupalmente.

MATERIALES

Se empleó una ficha de caracterización sociodemográfica para solicitar información básica como la edad y el sexo.

→ **Texto expositivo.**

Se diseñó un cuadernillo de una página a blanco y negro para presentar el texto escrito, conformado por 496 palabras distribuidas en ocho párrafos y que explicaban cómo el virus de la gripe infecta el cuerpo humano. El texto no incluyó títulos o subtítulos. Tanto el detalle seductor verbal, como el detalle neutro verbal y el organizador gráfico fueron adaptados del estudio de Mayer et al. (2008). La inclusión del detalle neutro permitió controlar la cantidad de palabras que se presentaron a los participantes en las condiciones que no contemplaron el agregado de información seductora, de modo que los efectos del detalle seductor pudieran atribuirse a su carácter seductor, y no simplemente a diferencias en la longitud del texto.

Detalle seductor. Un estudio de la Universidad de Wilkes en Pennsylvania, reveló que las personas que hacen el amor una o dos veces por semana, son más inmunes a los resfriados que las personas que se abstienen. Los investigadores creen que la actividad sexual estimula un anticuerpo del sistema inmune denominado IgA.

Detalle neutro. Un virus es aproximadamente 10 veces más pequeño que una bacteria, que es aproximadamente 10 veces más pequeña que una célula humana. Una célula humana es 10 veces más pequeña que un cabello humano. Por tanto, se puede concluir que un virus es 1000 veces más pequeño que un cabello humano.

Organizador gráfico. Ilustración a blanco y negro con etiquetas que describe en seis pasos cómo el virus de la gripe ataca el cuerpo humano. Se presentó en forma connotativa, e incluyó la siguiente oración por debajo "Cómo un virus ataca al cuerpo humano".

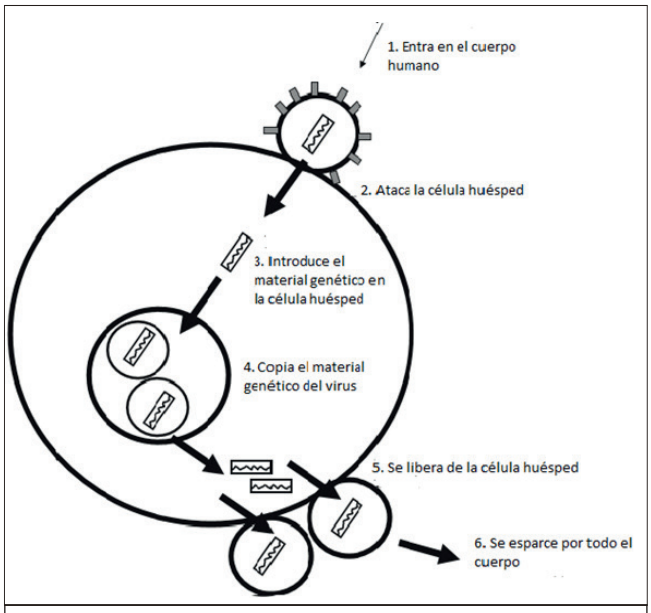


Figura 1. Organizador gráfico. Adaptado de Mayer et al. (2008).

→ **Medidas de recuerdo y aprendizaje.**

Se utilizaron dos cuadernillos, uno para evaluar el recuerdo y otro para el aprendizaje, los cuales se presentaron siempre en ese mismo orden. Para evaluar el recuerdo se facilitó a los participantes una hoja en blanco con la instrucción "*Con base en el texto que leíste, explica cómo el virus de la gripe ataca el cuerpo humano*". En el caso del aprendizaje, se empleó la técnica de preguntas de transferencia (Mayer, 2001), específicamente, se incluyeron 4 preguntas abiertas en hojas separadas y presentadas a los participantes en dos secuencias aleatorias diferentes. Se incitó a los participantes a escribir la mayor cantidad de soluciones posibles para los problemas que se les plantearon.

Las preguntas fueron las siguientes:

Si una persona infectada estornuda sobre ti y tú no te enfermas, ¿qué pudo haber pasado?

Si pudiera, ¿cómo cambiaría el cuerpo humano para minimizar las posibilidades de infección viral?

¿Qué pasaría con los virus si las células de nuestros cuerpos desarrollaran membranas más gruesas?

¿Qué tienen que ver las membranas celulares con la infección viral?

PROCEDIMIENTO

La aplicación se realizó en sesiones de 30 participantes, siendo los sujetos asignados aleatoriamente a una de las cuatro condiciones. Primero, se firmó el consentimiento informado y se diligenció la ficha de caracterización. Luego se dieron las instrucciones y se les entregó a los participantes el cuadernillo con el texto para que lo leyeran. A continuación, se les retiró el cuadernillo y realizaron las tareas de recuerdo. Finalmente, se les entregó de nuevo el cuadernillo y realizaron la tarea de solución de problemas.

DISEÑO

Fue un estudio explicativo, con un diseño intersujeto con medidas post-tratamiento y con un abordaje cuantitativo para determinar diferencias significativas entre grupos. Se manipularon la inclusión de un detalle seductor (DS) y un organizador gráfico (OG) junto con el texto, para conformar cuatro grupos: (1) sólo texto (condición control); (2) texto con DS verbal (condición seductora); (3) texto con OG (condición efectiva); y (4) texto con OG más DS verbal (condición interactiva). En todas las condiciones, el texto expositivo fue presentado en modalidad escrita.

RESULTADOS

RECUERDO

Para analizar los protocolos de recuerdo se identificaron las ideas contenidas en el texto y se asignó un punto por cada idea presente en el protocolo y 0 por cada idea no mencionada o incorrecta, pudiéndose obtener un puntaje máximo de 20 puntos.

Tabla 1
Tasa de recuerdo para cada condición experimental

Condición experimental	Recuerdo	
	M	*DS*
Control	4.52	2.46
Seductora	2,86	1.42
Efectiva	5.14	2.68
Interactiva	3.65	1.83

En general, el recuerdo del texto expositivo fue bajo en las cuatro condiciones, dado que la calificación promedio fue de 4 puntos (de 22 posibles). No obstante, al comparar la cantidad de ideas recordadas por cada condición, se observaron diferencias en el desempeño de los grupos. La condición Efectiva presentó el mejor desempeño, aportando el 35% de las ideas recordadas, seguida por la condición Control (30%) y la condición Interactiva (21%). El grupo con el peor desempeño fue el de la condición Seductora, que contribuyó únicamente con el 14% de las ideas recordadas. De esta forma, las condiciones que recordaron más ideas fueron aquellas no que incluyeron información seductora. La siguiente Tabla 1 presenta la media aritmética y la desviación estándar para cada condición experimental.

Se realizaron ANOVAs de una vía sobre la cantidad de ideas recordadas, tomando el Grupo como factor. Los análisis revelaron un efecto significativo del Grupo sobre el recuerdo del texto, F (3,121) = 4.18, MS_e = 3.79, p = .006. Comparaciones post-hoc pareadas (Bonferroni) revelaron que el grupo de la condición Seductora recordó una cantidad significativamente menor de ideas en comparación con las condiciones Efectiva (p = .006) y Control (p = .018), que presentaron las tasas de recuerdo más altas. Ningún otro contraste mostró diferencias significativas. La Figura 2 muestra los promedios de recuerdo con consideración de los análisis post-hoc.

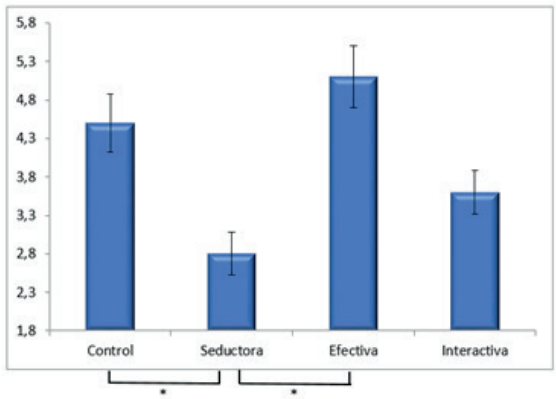


Figura 2. Cantidad de ideas recordadas del texto según Condición Experimental.
Nota: *: p< .05. Las barras representan los errores estándar.

APRENDIZAJE

Para la codificación de las respuestas dadas a cada pregunta, se consolidó una lista de soluciones válidas. En todos los casos se procedió otorgando 1 punto a cada respuesta que presentaba una idea similar a

las consignadas en la lista, y 0 puntos a las omisiones o aquellas respuestas que estaban incompletas y/o exponían opiniones personales más que soluciones reales. El análisis de las respuestas se ejecutó teniendo en cuenta el desempeño global, es decir, la cantidad total de soluciones válidas propuestas para las cuatro preguntas.

Al comparar el desempeño de los grupos, se detectó que la condición Seductora presentó el peor rendimiento, ya que en esta condición se formuló el menor número de soluciones válidas a los problemas (33). Las condiciones Interactiva (48) y Control (55) se ubicaron en el tercer y segundo lugar, respectivamente, aunque la diferencia entre estos dos grupos no fue amplia. Por su parte, la condición Efectiva mostró el mejor rendimiento, al plantearse en ésta un total de 93 soluciones, puntaje que casi triplica las que generó la condición Seductora. La Tabla 2 presenta el promedio y la desviación estándar de cada condición en la tarea de solución de problemas.

Se realizaron ANOVAs de una vía sobre la cantidad de respuestas válidas dadas a los problemas, tomando el Grupo como factor. Se encontró un efecto significativo del Grupo sobre la cantidad de respuestas dadas a los problemas, F (3,121) = 6.27, MS_e = 4.13, p = .001. Comparaciones post-hoc pareadas (Bonferroni) revelaron que el grupo de la condición Efectiva planteó una cantidad significativamente mayor de soluciones en comparación con las tres condiciones restantes, a saber, Seductora (p = .001), Interactiva (p = .005), y Control (p = .037). Ningún otro contraste mostró diferencias significativas. La Figura 3 muestra los promedios de soluciones dadas con consideración de los análisis post-hoc.

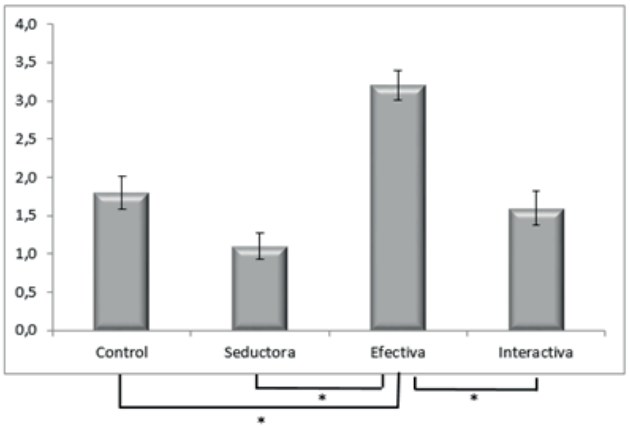


Figura 3. Cantidad de soluciones según Condición Experimental.
Nota: *: p< .05. Las barras representan los errores estándar.

DISCUSIÓN

Este apartado se propone analizar los resultados obtenidos por las cuatro condiciones en función de las hipótesis y dentro del marco explicativo que propone la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Multimedia (Mayer, 2001, 2005).

RECUERDO DEL TEXTO

En primer lugar, la tasa de recuerdo fue baja para las cuatro condiciones, obteniéndose un recuerdo aproximado de 4 ideas por condición de un total de 20 ideas existentes. Este recuerdo disminuido de las ideas relevantes se ajustó a lo esperado y pudo deberse a la tipología textual, ya que, por sus particularidades, el texto expositivo suele acarrear mayores dificultades, entre otros motivos, porque hace uso recurrente de términos técnicos y conceptos abstractos. Adicionalmente, debe mencionarse que por su por su carácter demostrativo y argumentativo, el texto expositivo demanda mayores recursos tanto atencionales como de memoria, debido a que presenta hechos y fenómenos haciendo especial énfasis en las relaciones causales que es establecen entre estos, algo con lo que el lector puede no estar necesariamente habituado (Graesser, León & Otero 2002).

Ahora bien, a pesar de la baja tasa de recuerdo, se presentaron diferencias significativas en la ejecución de los grupos. En concreto, la condición Seductora refirió el peor desempeño, distanciándose del resto de las condiciones que terminaron presentando un desempeño más homogéneo entre sí. De mayor relevancia aún, fue el hecho de que el desempeño de la condición MM Seductora llegó a ser significativamente

Tabla 2
Desempeño por condición en solución de problemas

	Control		MM Seductor		MM Efectivo		Interactiva	
	M	*DS*	*M*	*DS*	*M*	*DS*	*M*	*DS*
Total (todos los problemas)	1.8	1.27	1.1	.96	3.2	1.89	1.6	1.32

inferior al observado en las condiciones Control y Efectiva. Dicho resultado se alinea directamente con lo planteado en H1, al confirmar que la inclusión del detalle seductor verbal afectó significativamente el recuerdo de la información importante, tal y como ha sido reportado en investigaciones previas (Rey, 2012).

APRENDIZAJE

En esta tarea, la condición Seductora presentó el peor desempeño general, y terminó agrupándose en el extremo inferior con las condiciones Control e Interactiva, mientras que la condición Efectiva se ubicó en el extremo superior y reportó diferencias significativas con estas tres condiciones. Estos resultados evidencian que la manipulación de los agregados tuvo un efecto opuesto sobre el aprendizaje y la transferencia de los conocimientos adquiridos a partir del texto expositivo. En el caso de los contenidos seductores, estos produjeron un deterioro general del desempeño en la condición Seductora, asociándose su inclusión a puntuaciones más bajas que las obtenidas por las demás condiciones, lo cual confirma la hipótesis H1. Por el contrario, la adición del organizador gráfico en la condición Efectiva provocó un aumento significativo de la productividad con relación a los demás grupos. Los beneficios de incluir el OG también se hicieron patentes en la condición Interactiva, ya que ésta tuvo una mayor cantidad (no significativa) de respuestas validas que la condición Seductora, lo cual nuevamente sugiere que el organizador, aunque no neutralizó el DS, en alguna medida lo mitigó. Tomados en conjunto, estos resultados confirman la hipótesis H2.

CONCLUSIONES

A nivel global, los resultados de las dos fueron congruentes con las dos hipótesis del estudio. En primer lugar, en la tarea de recuerdo el detalle seductor se asoció a un menor número de ideas recordadas, y el organizador gráfico redujo este efecto en la condición Interactiva. Asimismo, en la tarea de solución de problemas el detalle deterioró y el organizador favoreció a nivel general, además de mitigar el efecto seductor en la condición Interactiva. En conclusión, la inclusión del detalle seductor se asoció a una menor productividad en los indicadores de recuerdo y aprendizaje, mientras que el organizador gráfico mejoró el desempeño y logró mitigar tal efecto nocivo. En otras palabras, los resultandos son congruentes con las hipótesis y los estudios previos que proponen que la inclusión de detalles seductores afecta el desempeño, y que el organizador gráfico mejora el desempeño y logra disminuir este efecto nocivo sobre las tareas de recuerdo y aprendizaje de textos expositivos (Garner et al., 1989, 1991; Harp & Mayer, 1997, 1998; Rowland et al, 2009).

Para terminar, las futuras investigaciones deberían incluir medidas del conocimiento previo o de las habilidades de lectura de los participantes, ya que estas afectan su desempeño en las tareas de lectura de textos expositivos. Asimismo, se podrían incluir otras tareas para evaluar la comprensión del texto como la titulación o la verificación de inferencias. De igual forma, sería importante estudiar la modalidad de presentación del texto, ya que este puede ser escrito o presentarse como una grabación, y en ambo casos, es relevante determinar los efectos de incluir agregados seductores o efectivos sobre textos en lengua castellana (Ginns, 2005).

REFERENCIAS

Ainley, M., Hidi, S., & Berndorff, D. (2002). Interest, learning, and the psychological processes that mediate their relationship. *Journal of Educational Psychology, 94,* 545-561.

Garner, R., Alexander, P., Gillingham, M., Kulikowich, J., & Brown, R. (1991). Interest and learning from text. *American Educational Research Journal, 28,* 643-659.

Garner, R., Gillingham, M., & White, C. (1989). Effects of "seductive details" on macroprocessing and microprocessing in adults and children. *Cognition and Instruction, 6,* 41-57.

Ginns, P. (2005). Meta-analysis of the modality effect. *Learning and Instruction, 15*, 313-331.

Graesser, A., León, J. A. & Otero J. (2002). Introduction to the psychology of science text comprehension. En J. Otero, J. A. León y A. Graesser (Eds.). *The Psychology of science text comprehension.*

Harp, S. F., & Mayer, R. E. (1997). The role of interest in learning from scientific text and illustrations: On the distinction between emotional and cognitive interest. *Journal of Educational Psychology, 89*(1), 92-102.

Harp, S. F., & Mayer, R. E. (1998). How seductive details do their damage: A theory of cognitive

interest in science learning. *Journal of Educational Psychology*, *90*(3), 414-434.

Hidi, S., & Baird, W. (1988). Strategies for increasing text-based interest and student's recall of expository texts. *Reading Research Quarterly, 23*, 465-483.

Hidi, S., & Harackiewicz, J. (2000). Motivating the academically unmotivated: A critical issue for the 21st century. *Review of Educational Research, 70,* 151-179.

Hidi, S., & Renninger, K. A. (2006). The four-phase model of interest development. *Educational Psychologist, 41*, 111-127.

McCrudden, M. T., Schraw, G., Lehman, S., & Poliquin, A. (2007). The effect of causal diagrams on text learning. *Contemporary Educational Psychology, 32*(3), 367-388.

Marefat, H. & Ghahari, S. (2009). (Incorporating) Adjunct Displays: a Step toward Facilitation of Reading Comprehension. *Porta Linguarum, 11*, 179-188.

Mayer, R. E. (2001). *Multimedia learning*. New York: Cambridge University Press.

Mayer, R. E. (Ed). (2005). *Cambridge Handbook of Multimedia Learning*. New York: Cambridge University Press.

Mayer, R. E., Griffith, E., Jurkowitz, I. N., & Rothman, D. (2008). Increased interestingness of extraneous details in a multimedia science presentation leads to decreased learning. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, *14*(4), 329-339.

Mayer, R. E., Heiser, J., & Lonn, S. (2001). Cognitive constraints on multimedia learning: When presenting more material results in less understanding. *Journal of Educational Psychology, 93,* 187-198.

Rey, G. D. (2012). A review of research and meta-analysis of the seductive detail effect. *Educational Research Review, 7*, 216-237.

Rowland-Bryant, E., Skinner, C. H., Skinner, A. L., Saudargas, R., Robinson, D. H., & Kirk, E. R. (2009). Investigating the interaction of graphic organizers and seductive details: Can a graphic organizer mitigate the seductive-details effect? *Research in the Schools 16*(2), 29-40.

Sanchez, C. A., & Wiley, J. (2006). An examination of the seductive details effect in terms of working memory capacity. *Memory & Cognition*, *34*(2), 344-355.

Schraw, G. (1998). Processing and recall differences among seductive details. *Journal Of Educational Psychology*, *90*(1), 3-12.

Schraw, G., & Lehman, S. (2001). Situational interest: A review of the literature and directions for future research. *Educational Psychology Review, 13,* 23-52.

Stull, A. T., & Mayer, R. E. (2007). Learning by doing versus learning by viewing: Three experimental comparisons of learner-generated versus author-provided graphic organizers. *Journal of Educational Psychology, 99*(4), 808-820.

Sung, E. & Mayer, R. E. (2012). When graphics improve liking but not learning from online lessons. *Computers in Human Behavior, 28*, 1618-1625.

PISA 2012: ¿QUÉ ESTRATEGIAS UTILIZAN LOS ESCOLARES CON BAJO RENDIMIENTO EN MATEMÁTICAS?

TÍTULO INGLES: PISA 2012: WHAT STRATEGIES DO LOW SCHOOLCHILDREN APPLY IN MATH?

Esperanza Bausela-Herreras*

Universidad Pública de Navarra (UPNA)

Resumen

Introducción. En PISA 2012 se introduce por vez primera el análisis de las estrategias que utilizan los estudiantes, que se clasifican en: control, reflexión-relación y memorísticas. Objetivo. Identificar las estrategias que utilizan los escolares con bajo rendimiento en matemáticas y predecir el rendimiento en función de las mismas. Resultados. Los resultados del análisis de regresión logística indican que los estudiantes que utilizan estrategias de memorización tienen un riesgo de 26.33% superior de tener bajo rendimiento en la competencia matemática; los estudiantes que utilizan estrategias de elaboración tienen un riesgo próximo al 19.97%; y, mientras que los estudiantes que utilizan estrategias de control un riesgo de 14.84%.

Conclusiones. Se constata la asociación entre las estrategias de aprendizaje que utiliza el estudiante y el rendimiento en la competencia matemática. Son necesarios programas psicoinstruccionales que incidan en estrategias de tipo "control" para reducir el riesgo de tener bajo rendimiento en la competencia matemática.

Palabras clave: Bajo rendimiento, competencia matemática, estrategias de control, estrategias de elaboración y estrategias de memorización.

Abstract

Introduction. In PISA 2012, the analysis of the strategies used by students is classified as: control, reflection-relation and memorization.

Objective. Identify the strategies used by students with low achievement in mathematics and predict performance based on them. Results. The results of the logistic regression analysis indicate that students who use memory strategies have a 26.33% higher risk of having poor performance in mathematical competence; Students using processing strategies have a risk close to 19.97%; and, while students using control strategies a risk of 14.84%.

Conclusions. The association between the student's learning strategies and the performance in mathematical competence is verified. Psycho-instructional programs that focus on "control" strategies are needed to reduce the risk of underachievement in math competence.

Key words: Low performance, mathematical competence, control strategies, elaboration strategies and memorization strategies.

Los estudios son también concluyentes en relación a la asociación entre el uso de estrategias de aprendizaje (cognitivas y metacognitivas) y el rendimiento académico (e.g. Zimmerman y Martínez, 1986).

*Correspondencia: Esperanza Bausela Herreras.
Universidad Pública de Navarra (UPNA), Departamento de Psicología y Pedagogía
C.P: 31006, Pamplona, España.
E-mail: esperanza.bausela@unavarra.es

En España destacamos el estudio impulsado por el Gobierno de Navarra, el Instituto Nacional de Evaluación Educativa y la Fundación Santilla que concluyen que las prácticas docentes que se alejan de la selección magistral y de la realización sistemática de problemas o ejercicios como forma de fomentar la memorización tienen un efecto significativo y positivo en el rendimiento en una o varias materias básicas evaluadas en PISA 2012.

Rosario, LourenÇo, Paiva, Núñez, González y Valle (2012) vinculan igualmente el rendimiento con el uso de estrategias de aprendizaje autorregulado, así como el fracaso escolar con una menor autoeficacia y utilidad percibida para autorregular el aprendizaje.

Liu (2009) se centra en el uso por parte estudiantes de enseñanza media de diferentes tipos de estrategias (cognitivas, metacognitivas y comportamentales) aplicadas en el campo de las matemáticas, no encontrándose diferencias en su uso a lo largo de dicha etapa. Igualmente, Gasco, Villaroel y Goñi (2014) no hallaron diferencias estadísticamente significativas en el uso de estrategias de aprendizaje entre cursos en enseñanza obligatoria.

Los resultados del estudio desarrollado por Altun y Erden (2013) concluyen que el grupo de estudiantes que sigue una instrucción en habilidades metacognitivas en matemáticas puntúa significativamente más alto que el grupo control que no recibió dicha instrucción.

En la misma dirección apuntan los resultados del estudio de Oppermann, Anders y Hachfeld (2016) que indican que las habilidades de regulación y las percepciones de autoeficacia son factores que inciden de forma significativa en el rendimiento en matemáticas.

Los resultados del estudio desarrollado por Caro, Lenkeita y Kyriakides (2016) proporcionan evidencias de una relación curvilínea positiva entre las estrategias de activación cognitiva de los docentes y el rendimiento en matemáticas. Confirman que la activación cognitiva y la instrucción directa del docente está relacionada positivamente con el rendimiento en matemáticas. Esta asociación tiende a ser más fuerte en escolares con un clima disciplinario positivo y para estudiantes con un estatus socioeconómico ventajoso.

El uso de estrategias de aprendizaje por parte de los propios estudiantes está relacionado con otras variables que no son objeto de este estudio, en concreto con la motivación y la percepción de autoeficacia por parte del propio estudiante. Existe una relación bidireccional y recíproca entre dichas variables (ver Berger y Karabenick, 2011). El modelo propuesto por Borkowski et al. (2000) ahonda en esta relación, entre la eficiencia, el uso de estrategias y el rendimiento.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En esta investigación se utiliza la base de datos PISA de 2012 para España facilitada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

La muestra generadora de datos está constituida por 25313 jóvenes españoles de ambos sexos, de 15 años, que ha sido asignada a dos grupos en función del nivel del rendimiento en la competencia matemática de PISA 2012.

El 19.5% de los escolares tienen bajo rendimiento en la competencia matemática. En este estudio la categoría bajo rendimiento corresponde al Nivel 1 que representa el nivel de competencia más bajo, obteniendo una puntuación que oscila entre [357.7; 420.1] (ver Tabla 1).

MATERIALES

En PISA 2012, se evalúan tres competencias básicas de Educación Secundaria al finalizar esta etapa (competencia Lectora, Matemática y Científica) en el último curso de Educación Secundaria Obligatoria (Cuarto curso). El rendimiento en las tres competencias PISA 2012 es categorizado en diferentes niveles de competencia, siendo el Nivel 1 (nivel inferior) y el Nivel 6 (nivel superior). Así, por ejemplo, se dice que un estudiante tiene un Nivel 1 en competencia Lectora cuando es capaz de localizar información explícita que ocupa un lugar destacado en un texto y que tiene una estructura sintáctica sencilla y un estudiante tiene un Nivel 6 cuando es capaz de realizar inferencias, comparaciones o contrates.

Además, incluye un conjunto de información muy extensa sobre el contexto del aprendizaje del alumnado a través de cuestionarios cumplimentados por los propios estudiantes, padres, profesores,

Tabla 1
Frecuencia de exposición a factores psicosociales

	Frecuencia	Porcentaje
No	20389	80.5
Si	4924	19.5
Total	25313	100.0

Source: This study has been development from PISA 2012 (Spanish sample).

directores de los centros educativos.

El informe español PISA 2012 está centrado en analizar las cuestiones enfocadas a conocer la frecuencia con la que los estudiantes emplean distintas estrategias en su estudio cotidiano.

Es un cuestionario constituido por cuatro preguntas con tres opciones de respuesta, la primera respuesta corresponde con:

→ i) Estrategias de control: el alumno controla el proceso de aprendizaje y determina en cada momento lo que necesita saber y aquello que desconoce.

→ ii) Estrategias de reflexión-relación: el estudiante reflexiona sobre lo que estudia y busca relacionar esos conocimientos con otras asignaturas o con la vida real.

→ iii) Estrategias memorísticas: el estudiante basa su aprendizaje, sobre todo, en memorizar los conceptos y repetir los ejercicios propuestos en clase.

En la Tabla 2 se presentan las preguntas del cuestionario sobre estrategias de aprendizaje en matemáticas y la clasificación de las mismas.

PROCEDIMIENTO

La aplicación PISA 2012 es realizada por personas especializadas ajenas a los centros educativos en abril y mayo de 2012, en todo el territorio nacional.

Los estudios PISA son trianuales, esto permite desarrollar estudios longitudinales, analizando la evolución de los distintos sistemas educativos participantes.

DISEÑO

No experimental o ex-post facto. Descriptivo basado en la aplicación de un cuestionario.

Tabla 2
Preguntas del cuestionario sobre estrategias de aprendizaje en matemáticas

Para cada grupo de los tres ítems, escoge por favor el ítem que mejor describe tu acercamiento hacía las matemáticas
Partes importantes vs. Conocimientos previos vs. Aprender de memoria
Control_Cuando estudio para un examen de matemáticas, intento determinar qué es lo más importante.
Elaboración_Cuando estudio para un examen de matemáticas, intento entender nuevos conceptos relacionándolos con cosas que ya sé.
Memorización_Cuando estudio para un examen de matemáticas, me aprendo de memoria todo lo que puedo
Mejorar comprensión vs. Distintos modos de encontrar respuesta vs. Memorizar
Control_Cuando estudio matemáticas, intento darme cuenta de qué conceptos no he entendido todavía del todo.
Elaboración_Cuando estudio matemáticas, pienso en distintos modos de hallar la respuesta.
Memorización_Cuando estudio matemáticas, repaso para ver si recuero lo que ya he estudiado.
Otros temas vs. Objetivos de aprendizaje vs Ensayar Problemas
Control_Cuando estudio matemáticas, empiezo pensando exactamente qué necesito aprender.
Elaboración_Cuando estudio matemáticas, intento relacionar lo que estudio con cosas que he aprendido en otras asignaturas.
Memorización_Cuando estudio matemáticas, repito tan a menudo algunos problemas que siento que los podría resolver dormido.
Repetir Ejemplos vs. Aplicaciones cotidianas vs. Más información
Control_Cuando no entiendo algo en matemáticas, siempre busco información para aclarar el problema.
Elaboración_Pienso en cómo pueden ser útiles en la vida cotidiana las matemáticas que he aprendido.
Memorización_Para recordar el método para resolver un problema de matemáticas, me miro los ejemplos una y otra vez.

Source: OECD Programme for International Student Assessment 2012.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron sometidos a análisis descriptivos univariados (frecuencias) y bivariados (Pearson Chi-Square y Symmetric Measures: Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient).

Con el fin de predecir la ocurrencia de bajo rendimiento en función de las estrategias de aprendizaje, se consideró que la técnica más adecuada, es el modelo logit (Logistic Probability Unit) (método introducir).

RESULTADOS

ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE QUE UTILIZAN TODOS LOS ESCOLARES (MUESTRA GLOBAL)

En general (muestra total) se observa como las estrategias que predominan son las: (i) de control: "*Cuando estudio para un examen de matemáticas, intento determinar qué es lo más importante*" 26.9% del total de la muestra; "*Cuando estudio matemáticas, intento darme cuenta de qué conceptos no he entendido todavía del todo*" 30.8% del total de la muestra. "*Cuando no entiendo algo en matemáticas, siempre busco información para aclarar el problema*" 39.2% del total de la muestra y (ii) de elaboración: "*Cuando estudio matemáticas, intento relacionar lo que estudio con cosas que he aprendido en otras asignaturas*" 34.8% del total de la muestra.

En la Tabla 3 y Figura 1 se presentan los descriptivos (frecuencia y porcentaje) de las estrategias de aprendizaje que utilizan los estudiantes de la muestra española participante en el estudio.

Tabla 3
Estrategias de aprendizaje (frecuencia y porcentaje)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Partes importantes vs. Conocimientos previos vs. Aprender de memoria		
Control_Cuando estudio para un examen de matemáticas, intento determinar qué es lo más importante.	6816	26.9
Elaboración_Cuando estudio para un examen de matemáticas, intento entender nuevos conceptos relacionándolos con cosas que ya sé.	6743	26.6
Memorización_Cuando estudio para un examen de matemáticas, me aprendo de memoria todo lo que puedo	2960	11.7
No sabe, no contesta, perdido, no válido	8794	34.7
Mejorar comprensión vs. Distintos modos de encontrar respuesta vs. Memorizar		
Control_Cuando estudio matemáticas, intento darme cuenta de qué conceptos no he entendido todavía del todo.	7786	30.8
Elaboración_Cuando estudio matemáticas, pienso en distintos modos de hallar la respuesta.	3434	13.6
Memorización_Cuando estudio matemáticas, repaso para ver si recuero lo que ya he estudiado.	5282	20.9
No sabe, no contesta, perdido, no válido	8811	34.8
Otros temas vs. Objetivos de aprendizaje vs Ensayar Problemas		
Control_Cuando estudio matemáticas, empiezo pensando exactamente qué necesito aprender.	3122	12.3
Elaboración_Cuando estudio matemáticas, intento relacionar lo que estudio con cosas que he aprendido en otras asignaturas.	8815	34.8
Memorización_Cuando estudio matemáticas, repito tan a menudo algunos problemas que siento que los podría resolver dormido.	4500	17.8
No sabe, no contesta, perdido, no válido	8876	35.1
Repetir Ejemplos vs. Aplicaciones cotidianas vs. Más información		
Control_Cuando no entiendo algo en matemáticas, siempre busco información para aclarar el problema.	9930	39.2
Elaboración_Pienso en cómo pueden ser útiles en la vida cotidiana las matemáticas que he aprendido.	2638	10.4
Memorización_Para recordar el método para resolver un problema de matemáticas, me miro los ejemplos una y otra vez.	3870	15.3
No sabe, no contesta, perdido, inválido	8875	35.1

Source: This study has been development from PISA 2012 (Spanish sample).
N/A, missing, invalid= No sabe, no contesta, pérdido, inválido

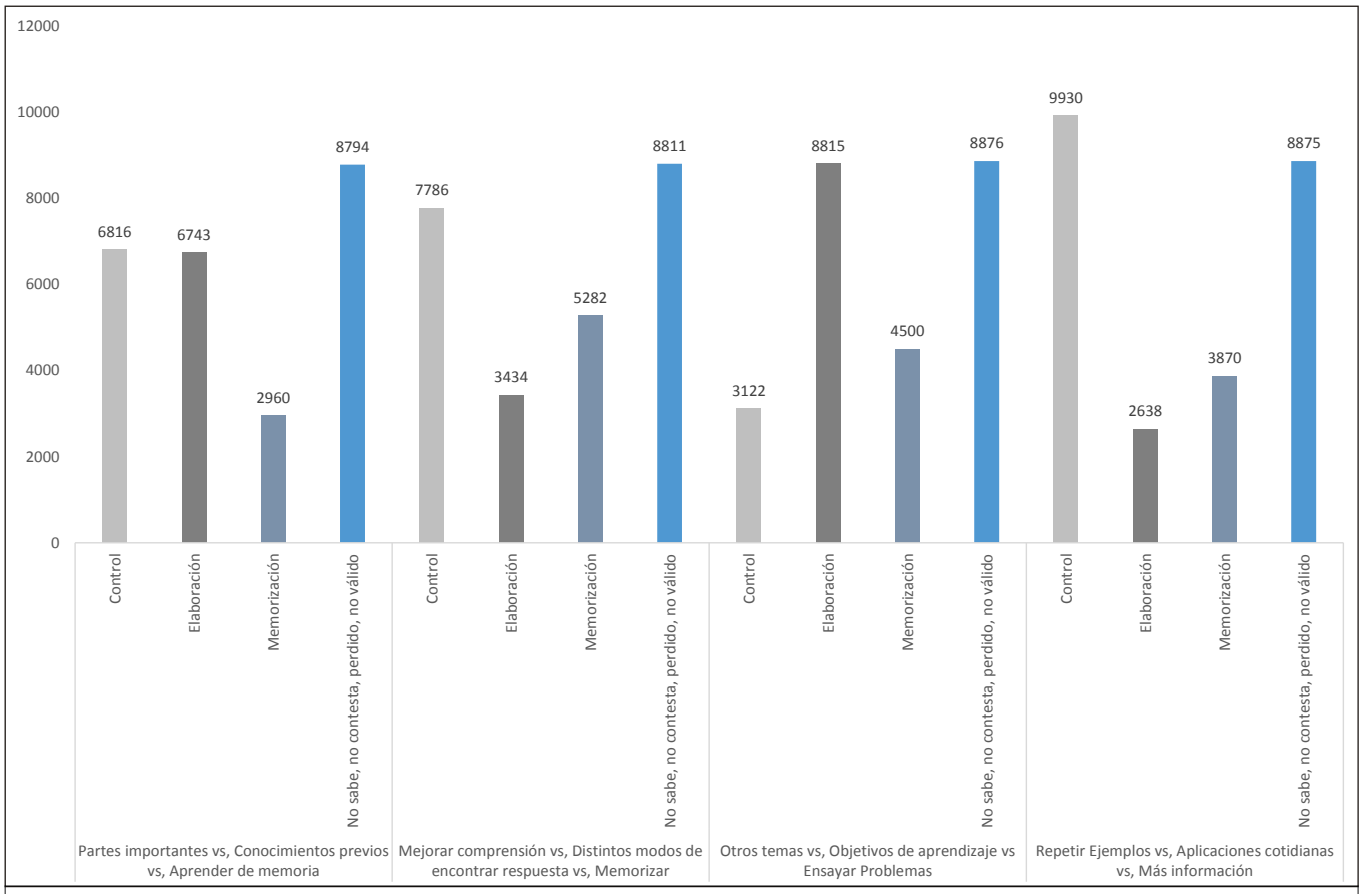


Figura 1. Estrategias de aprendizaje (porcentaje).
Source: This study has been development from PISA 2012 (Spanish sample).

ASOCIACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE Y BAJO RENDIMIENTO EN MATEMÁTICAS: COEFICIENTE DE CONTINGENCIA

La asociación entre la variable dependiente (rendimiento en la competencia matemática) y la variable independiente principal (estrategias de aprendizaje) se ha estudiado con diferentes estadísticos (ver Tabla 4) siendo en todos ellos y en todas las estrategias estadísticamente significativo. Estos coeficientes nos indican la independencia entre la variable dependiente (rendimiento en la competencia matemática) y la variable independiente (estrategias de aprendizaje).

En la Figura 2 se representa el tipo de estrategias que utilizan los estudiantes en función de su rendimiento en matemáticas (bajo rendimiento versus no bajo rendimiento).

En la Figura 2 se representa el tipo de estrategias en función del rendimiento en la competencia matemática.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE Y EL RENDIMIENTO EN LA COMPETENCIA MATEMÁTICA: ÁRBOL DE SEGMENTACIÓN

Para la consecución del objetivo se ha optado por CHAID ya que se pueden formar segmentos con más de dos categorías al unísono y no permite segmentaciones que no sean estadísticamente significativas.

Se han aplicado *filtros en la fusión de valores y de la segmentación de grupos* (*p*=1), con el fin de obtener un número de nodos terminales manejable. Al escoger este valor del parámetro, la segmentación formará con una determinada variable tantos grupos como categorías tenga.

Respecto a los *filtros de asociación* Answer Tree del SPSS no contempla la posibilidad de utilizarlos para el control de la segmentación (*Phi, V de Cramer* y Coeficiente de Contingencia han sido calculados de forma independiente y en todos ellos se han obtenido valores de significación iguales .000).

Respecto a los *filtros de tamaño* se ha fijado un mínimo de casos en un nodo filial (100) y un mínimo de casos en un nodo parental (50) antes de la segmentación,

Tabla 4
Coeficientes de asociación: Pearson Chi-Square y Symmetric Measure (Phi, Cramer's V y Contingency Coefficient)

		Matematicas_ bajo		Pearson Chi-Square			Symmetric Measures (Phi, Cramer's V, Contingency Coefficient)	
		NO	SI	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	Aprox. Sig
Partes importantes vs. Conocimientos previos vs. Aprender de memoria	Control_Cuando estudio para un examen de matemáticas, intento determinar qué es lo más importante.	5492	1324	405.947$_a$	2	.000	.157	.000***
	Elaboración_Cuando estudio para un examen de matemáticas, intento entender nuevos conceptos relacionándolos con cosas que ya sé.	5861	882					
	Memorización_Cuando estudio para un examen de matemáticas, me aprendo de memoria todo lo que puedo	2061	899					
Mejorar comprensión vs. Distintos modos de encontrar respuesta vs. Memorizar	Control_Cuando estudio matemáticas, intento darme cuenta de qué conceptos no he entendido todavía del todo.	6593	1193	113.714$_b$	2	.000	.083	.000***
	Elaboración_Cuando estudio matemáticas, pienso en distintos modos de hallar la respuesta.	2690	744					
	Memorización_Cuando estudio matemáticas, repaso para ver si recuero lo que ya he estudiado.	4125	1157					
Otros temas vs. Objetivos de aprendizaje vs Ensayar Problemas	Control_Cuando estudio matemáticas, empiezo pensando exactamente qué necesito aprender.	2504	618	7.859$_c$	2	.020	.022	.020*
	Elaboración_Cuando estudio matemáticas, intento relacionar lo que estudio con cosas que he aprendido en otras asignaturas.	7149	1666					
	Memorización_Cuando estudio matemáticas, repito tan a menudo algunos problemas que siento que los podría resolver dormido.	3718	782					
Repetir Ejemplos vs. Aplicaciones cotidianas vs. Más información	Control_Cuando no entiendo algo en matemáticas, siempre busco información para aclarar el problema.	8209	1721	65.480$_d$	2	.000	.063	.000***
	Elaboración_Pienso en cómo pueden ser útiles en la vida cotidiana las matemáticas que he aprendido.	1999	639					
	Memorización_Para recorder el método para resolver un problema de matemáticas, me miro los ejemplos una y otra vez.	3159	711					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 556.38. // b. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 643.85. c. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 582.35 // d. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 492. 84. Source: This study has been development from PISA 2012 (Spanish sample).
* $p < 0.05$.
** $p < 0.01$.
*** $p < 0.001$.

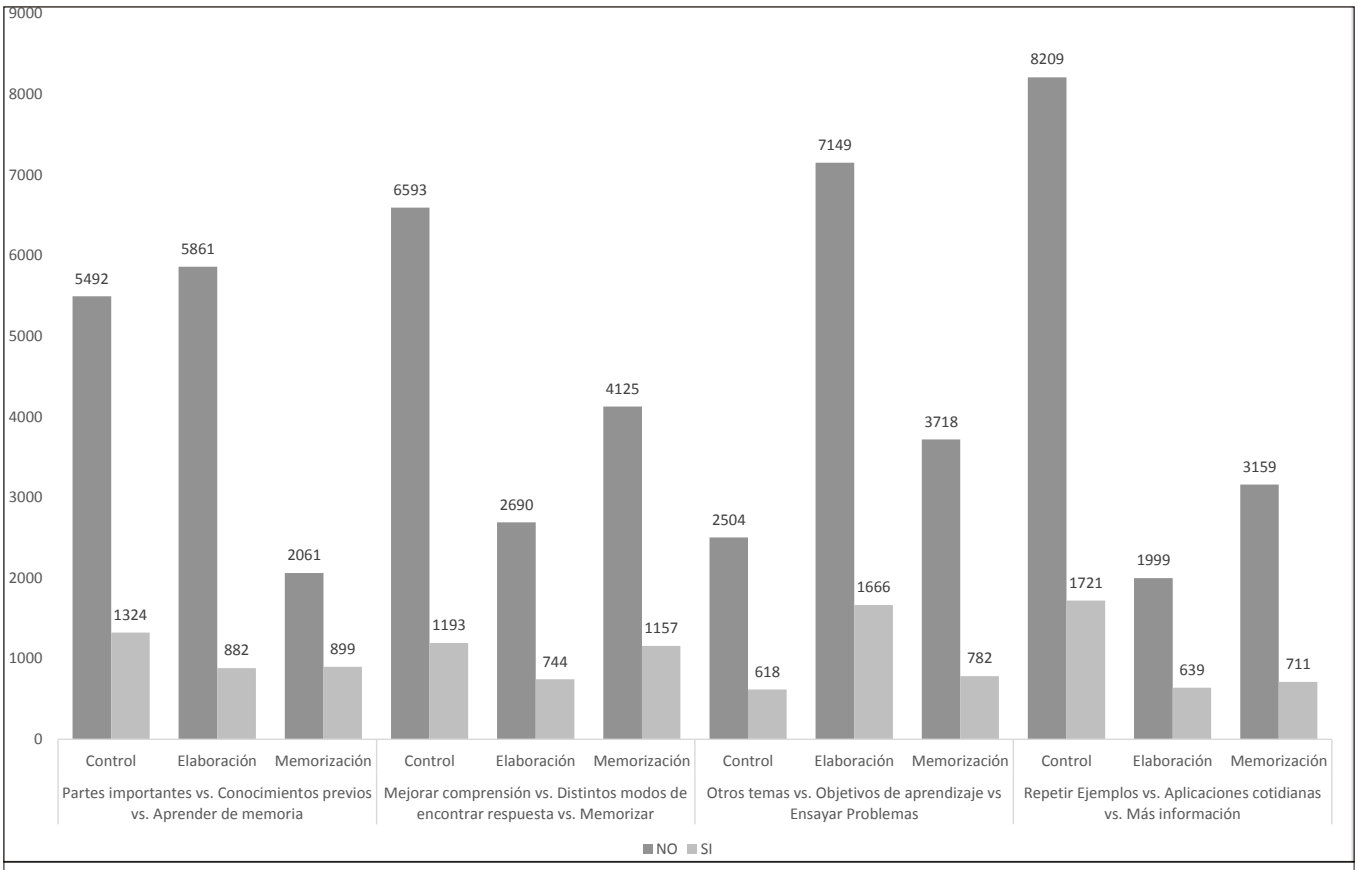


Figura 2. Tipo de estrategias en función del rendimiento en la competencia matemática.
BR NO= No bajo rendimiento en matemáticas. BR SI= Si bajo rendimiento en matemáticas
Source: This study has been development from PISA 2012 (Spanish sample).

Tabla 5
Resumen del modelo aplicado.

Especificaciones	Método de crecimiento	CHAID
	Variable dependiente	MATEMATICAS_BAJO
	Variables independientes	→ Partes importantes vs. Conocimientos previos vs. Aprender de memoria
		→ Mejorar comprensión vs. Distintos modos de encontrar respuesta vs. Memorizar
		→ Otros temas vs. Objetivos de aprendizaje vs Ensayar Problemas
		→ Repetir Ejemplos vs. Aplicaciones cotidianas vs. Más información
	Validación	Cross Validation
	Máxima profundidad de árbol	3
	Mínimo de casos en un nodo filial	100
	Mínimo de casos en un nodo parental	50
Resultados	Variables independientes incluidas	→ Partes importantes vs. Conocimientos previos vs. Aprender de memoria
		→ Mejorar comprensión vs. Distintos modos de encontrar respuesta vs. Memorizar
		→ Otros temas vs. Objetivos de aprendizaje vs Ensayar Problemas
		→ Repetir Ejemplos vs. Aplicaciones cotidianas vs. Más información
	Número de nodos	20
	Número de nodos terminales	12
	Profundidad	3

Source: This study has been development from PISA 2012 (Spanish sample).

que se detiene en el supuesto de que haya un grupo que haya descendido de un determinado número de sujetos.

En relación a los filtros de nivel se ha fijado la significación en 1.0 y respecto a la *profundidad* se ha optado por el nivel 3.

En la Tabla 5 se resumen las características del modelo aplicado.

En la Figura 3 se muestran la segmentación obtenida que coincide básicamente con los datos obtenidos en la Tabla 5.

En cada cuadrado se incluye el valor de la variable pronosticadora, el porcentaje de la variable dependiente y el número de casos que lo conforman.

Los resultados nos indican que hay diferencias en el uso de las estrategias cuando se compara a estudiantes con bajo rendimiento versus no bajo rendimiento. Así, en: (i) la estrategia de elaboración "*Cuando estudio para un examen de matemáticas intento entender nuevos conceptos relacionándolos con cosas que ya sé*": el 86.9% de los escolares con no BR en matemáticas la utilizan mientras que el 13.1% de los escolares con BR la utilizan. (ii) En relación a la estrategia de memorizar "*Cuando estudio para un examen de matemáticas me prendo de memoria todo lo que puedo*": el 69.6% de los escolares con no BR en matemáticas la utilizan mientras que el 30.4% de los escolares con BR la utilizan. (iii) En relación a la estrategia de control "*Cuando estudio para un examen de matemáticas, intento determinar que es lo más importante*": el 80.6% de los escolares con no BR en matemáticas la utilizan mientras que el 19.4% de los escolares con BR la utilizan.

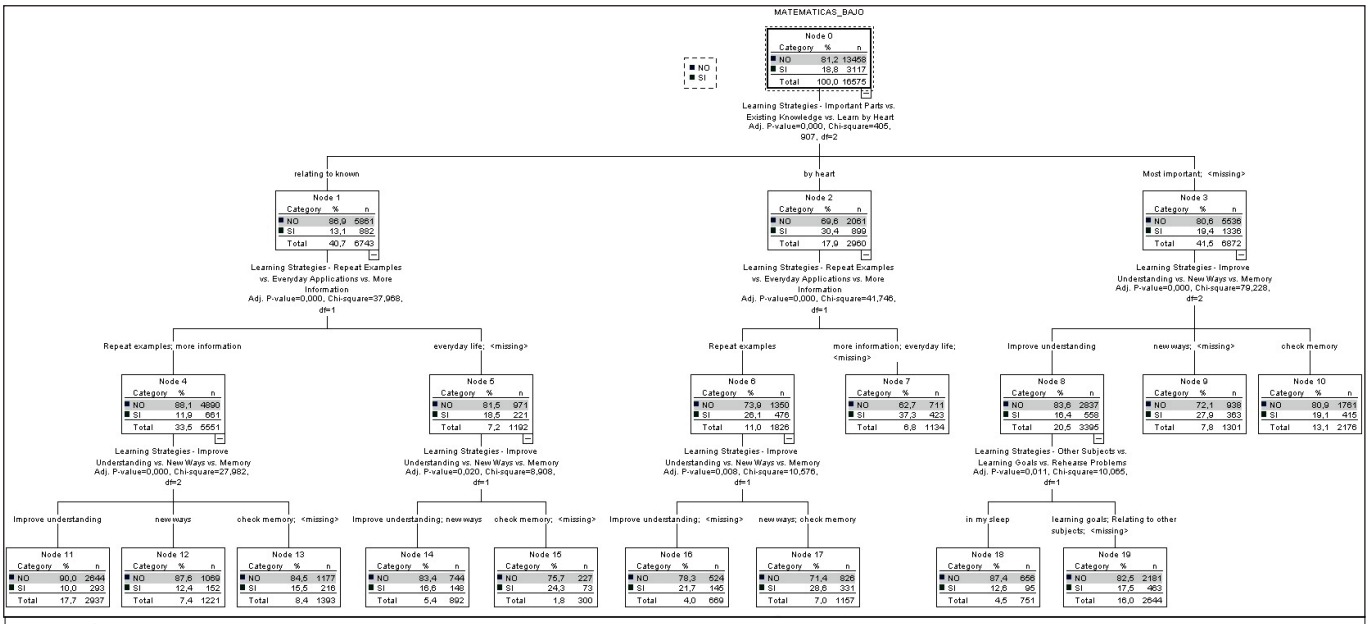


Figura 3. Árbol de segmentación: tipo de estrategias y su tipología (control, elaboración y memorización) y rendimiento en competencia matemáticas.
Source: This study has been development from PISA 2012 (Spanish sample).

Tabla 6
Resultados del modelo de regresión logística

	β	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(β)	95 % C.I. para EXP (β)	
							Inferior	Superior
Partes importantes vs. Conocimientos previos vs. Aprender de memoria	.197	.027	52.204	1	.000***	1.218	1.154	1.285
Mejorar comprensión vs. Distintos modos de encontrar respuesta vs. Memorizar	.207	.023	81.090	1	.000***	1.230	1.176	1.287
Otros temas vs. Objetivos de aprendizaje vs Ensayar Problemas	-.103	.030	11.807	1	.001***	.902	.851	.957
Repetir Ejemplos vs. Aplicaciones cotidianas vs. Más información	.058	.024	5.951	1	.015**	1.060	1.012	1.111
Constante	-2.106	.097	466.982	1	.000	.122		

Chi-Cuadrado (4): 162.677. Número de observaciones: 25313. Source: This study has been development from PISA 2012 (Spanish sample).
* $p < 0.05$.
** $p < 0.01$.
*** $p < 0.001$.

PREDICCIÓN DEL BAJO RENDIMIENTO EN MATEMÁTICAS EN FUNCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA

Con el propósito de comprobar la asociación existente entre las variables independientes (estrategias de aprendizaje) con el bajo rendimiento en la competencia matemática y predecir se ha decidido ajustar el siguiente modelo (ver Tabla 6):

$Ln\ [P/(1-P)]=\alpha+\beta_1\ (Estr.1)+\beta_2\ (Estr.2)+\beta_3\ (Estrategia\ 3)+\beta_4\ (Estr.4)$.

Los resultados de la Tabla 6 se pueden expresar mediante la siguiente ecuación:

Ln [P/(1-P)]=-2.106 +.058 (Estr. 1) + -.103 (Estr. 2) +.207 (Estr. 3) +.197 (Estr. 4).

En la Figura 4 se representa la probabilidad estimada tener bajo rendimiento y no tener bajo rendimiento en la competencia matemática en función del tipo de estrategia utilizada: control, elaboración y memorización. Los resultados indican que los estudiantes que utilizan estrategias de memorización tienen un riesgo de 26.33% superior de tener bajo rendimiento en la competencia matemática, mientras que los estudiantes que utilizan estrategias de elaboración tienen un riesgo próximo al 20% y los que utilizan estrategias de control tienen un riesgo de 14.84%.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio nos permiten apoyar la asociación entre diversas variables relacionado con el sujeto que aprende (estrategias de aprendizaje) y el rendimiento en la competencia matemática. Estos datos se unen a los de otros estudios (ver Altun y Erden, 2013; Gasco, Villaroel y Goñi, 2014; Liu, 2009) que señalan la existencia de diferencias en el rendimiento en función de las estrategias empleadas por los estudiantes. Estos resultados permiten orientar programas psicoinstruccionales de prevención del bajo rendimiento, en el Plan de Apoyo al Proceso de Enseñanza - Aprendizaje.

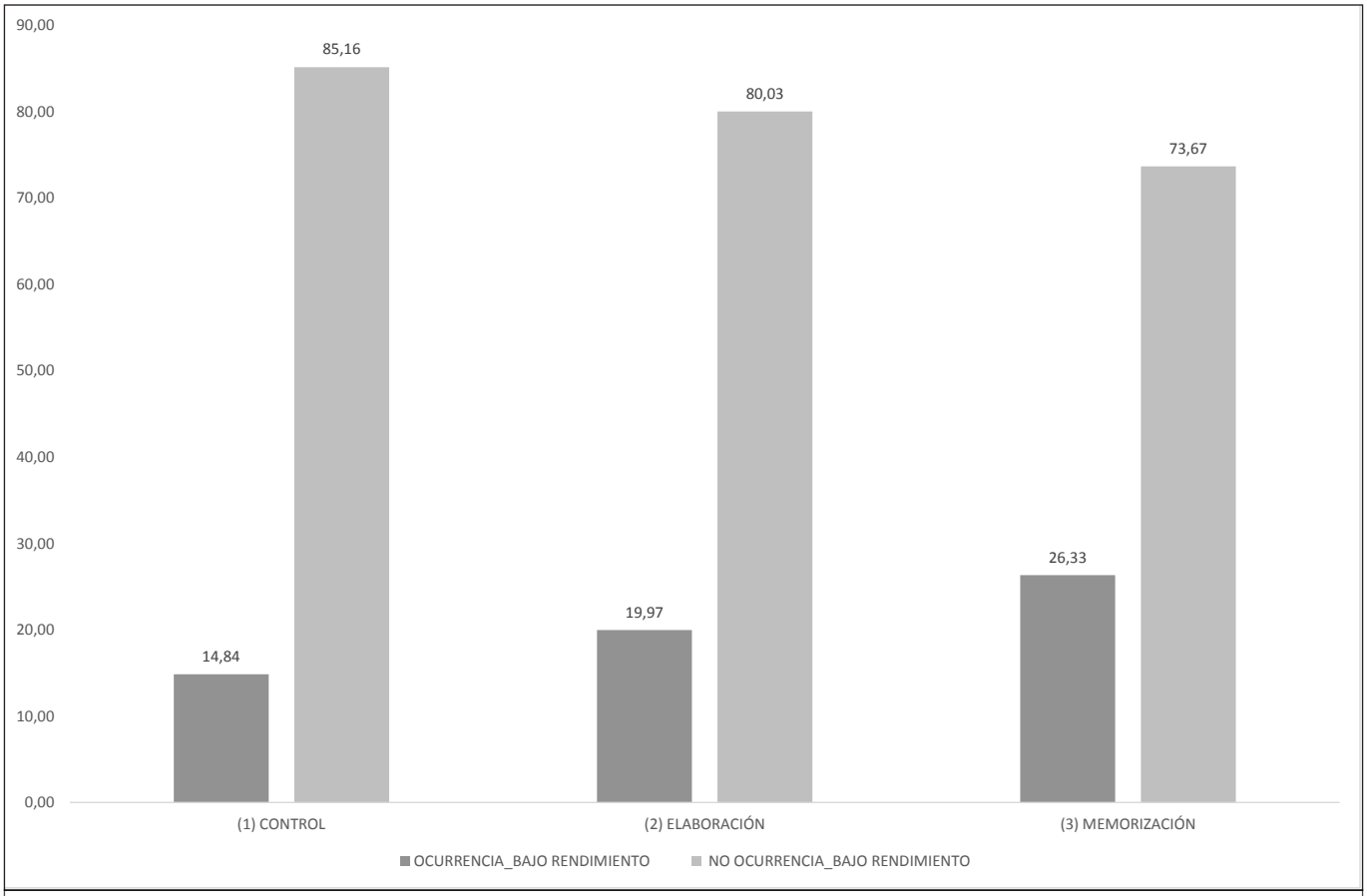


Figura 4. Probabilidad estimada tener bajo rendimiento y no tener bajo rendimiento en la competencia matemática en función del tipo de estrategia utilizada

CONCLUSIONES

Los alumnos que utilizan estrategias memorísticas tienen mayor riesgo de tener bajo rendimiento en comparación con los estudiantes que utilizan estrategias de elaboración, permitiendo un aprendizaje significativo. Esto conduce a la necesidad de plantear propuestas que incidan en el desarrollo de estrategias de reflexión – relación (ver Piafarré y Sanuy, 2001), fomentando un aprendizaje significativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altun, S. y Erden, M. (2013). Self-regulation based learning strategies and self-efficacy perceptions as predictors of male and female students' mathematics achievement. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 106*, 2354-2364. doi:10.1016/j.sbspro.2013.12.270

Berger, J.L., & Karabenick, S.A. (2011). Motivation and students' use of learning strategies: Evidence of unidirectional effects in mathematics classrooms. *Learning and Instruction* 21416e428. doi:10.1016/j.learninstruc.2010.06.002

Borkowski, J. G., Chan, L. K. S., & Muthukrishna, N. (2000). A processoriented model of metacognition: links between motivation and executive functioning. In G. Schraw, & J. C. Impara (Eds.), *Issues in the measurement of metacognition* (pp. 1e41). Lincoln, NE: Buros Institute.

Caro, D.H., Lenkeita, J., & Kyriakides, L. (2016). Teaching strategies and differential effectiveness across learning contexts: Evidence from PISA 2012. *Studies in Educational Evaluation 49*, 30–41. doi: 10.1016/j.stueduc.2016.03.005

Gasco, J., Villaroel, J.D., & Goñi, A. (2014). Differences in the use of learning strategies in mathematics in 8th and 9th grade. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 116*, 1040 – 1043. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.342

Liu, O. L. (2009). Evaluation of a learning strategies scale for middle school students. *Journal of Psychoeducational Assessment, 27*(4), 312-322. doi: 10.1177/0734282908327935

Oppermann, E., Anders, Y., & Hachfeld, A. (2016). The influence of preschool teachers' content knowledge and mathematical ability beliefs on their sensitivity to mathematics in children's play. *Teaching and Teacher Education 58,* 174-184. doi: 10.1016/j.tate.2016.05.004

Pifarré, M. y Sanuy, M. (2001). La enseñanza de estrategias de resolución de problemas matemáticos en la ESO. Un ejemplo concreto. *Enseñanza de las Ciencias, 19* (2), 297-308.

Rosario, P., LourenÇo, A., Paiva, M.O., Núñez, J.C., González-Pienda, J.A., & Valle, A. (2012). Autoeficacia y utilidad percibida como condiciones necesarias para un aprendizaje académico autorregulado. *Anales de Psicología, 28*(1), 37-42.

Zimmerman, B. J., & Martinez-Pons, M. (1986). Development of a structured interview for assessing student use of self-regulated learning strategies. *American Educational Research Journal, 23*, 614-628.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN UN ALUMNO CON PROBLEMAS DE CONDUCTA

PROPOSAL FOR INTERVENTION IN A STUDENT WITH PROBLEMS OF CONDUCT

Mª Teresa Duarte Llaneza*

Orientadora Educativa

Resumen

Actualmente en los centros educativos hay que dar respuesta a los alumnos con problemas emocionales, sociales y de conducta, desde un enfoque más inclusivo e integrador. Los problemas conductuales en el aula son los más difíciles de tratar y los que crean mayor nivel de nerviosismo entre los profesionales, quienes tienden a responder ante esa situación con una intervención rápida y descontextualizada, lo cual lleva a que en muchas ocasiones no sólo no se minimice el problema sino que se mantenga o agrave la situación con la consiguiente frustración y desmotivación del profesorado.

Con el fin de planificar una intervención realista, ajustada y con posibilidades de éxito, es necesario realizar un análisis y reflexión de la situación de partida, conocer y analizar las respuestas dadas hasta el momento, las señales que pueda manifestar el alumno previas a la aparición de la conducta, así como establecer una relación positiva con el alumno.

A la hora de diseñar el plan de trabajo individualizado del alumno, es necesaria la coordinación de todos los profesionales y servicios que actúan directa o indirectamente con èl, estableciendo claramente cómo se va a llevar a cabo.

Para lograr cambios en el proceso de desarrollo del niño, es fundamental la implicación familiar.

Palabras clave: Trastornos de conducta, Intervención, Plan de trabajo individualizado, Implicación familiar, Coordinación.

Abstract

At present, in schools, it is necessary to respond to students with emotional, social and behavioral problems, from a more inclusive and inclusive approach. Behavioral problems in the classroom are the most difficult to deal with and those that create a greater level of nervousness among professionals, who tend to respond to this situation with a rapid and decontextualized intervention, which in many cases not only do not Minimizes the problem but maintains or aggravates the situation with the consequent frustration and demotivation of the teaching staff.

In order to plan a realistic, adjusted and successful intervention, it is necessary to analyze and reflect on the starting situation, to know and analyze the responses given so far, the signs that the student may manifest prior to the appearance Of the behavior, as well as establishing a positive relationship with the student.

When designing the individualized work plan of the student, it is necessary to coordinate all professionals and services that act directly or indirectly with him, clearly establishing how it will be carried out.

To achieve changes in the child's development process, family involvement is essential.

Key words: Conduct disorders, Intervention, Individualized work plan, Family involvement, Coordination.

*Correspondencia: Mª Teresa Duarte Llaneza.
Equipo de Orientación Educativo del Nalón
C.P: 33930 La Felguera. Asturias, España.
E-mail: maiteastur@gmail.com

Mediante la exposición de un caso de una niña con problemas de conducta, se intentará mostrar los diferentes pasos a seguir en la intervención con este tipo de alumnado, siempre teniendo en cuenta que

las circunstancias personales y contextuales varían en cada situación concreta.

Para finalizar se exponen los resultados obtenidos tras la intervención realizada en los tres ámbitos de actuación: escolar, familiar y social, así como las conclusiones tras la respuesta educativa ofrecida.

MÉTODO

En un cetro público de una localidad pequeña, cuyo alumnado es mayoritariamente con necesidades educativas, se empieza a intervenir con una niña de siete años a raíz de su comportamiento. La niña presenta explosiones graves de agresividad, en las que tira el estuche da patadas a la mesa, tapa los oídos, a veces llora. Amenaza y pega a los compañeros. Es una niña muy irritable, reta a los profesores, se enfurruña.

Ante estas conductas el profesorado le llama la atención, intenta conversar con ella para tranquilizarla, pero la niña responde agresivamente a los mismos.

Para poder llevar a cabo una intervención realista, ajustada y con posibilidades de éxito lo primero que se realizo fue un análisis y reflexión de la situación de partida, para a partir de ella enfocar la respuesta educativa más adecuada.

Ante estos comportamientos de la niña, tras la recogida de datos con el equipo docente y la observación de la niña, se realizó una entrevista con la madre, la cual manifiesta que la niña vivió muchas situaciones conflictivas en la familia y de ahí viene su comportamiento.

En el transcurso de esa entrevista nos ponemos en contacto con el Centro Asesor de la Mujer y con los Servicios Sociales de la zona ya que la madre es usuaria de los mismos. Empezando su intervención dichos servicios de manera coordinada con el centro educativo.

En dicha entrevista se recoge la información familiar y social relevante: La niña vive con sus padres. Tiene un hermano mayor que se ha casado hace pocos menos y con el cual la niña está muy unida.

Tras esta intervención se realiza a la niña una evaluación psicopedagógica, presentando a continuación las pruebas aplicadas y los resultados de las mismas.

Cuestionario de personalidad para niños ESPQ:

→ Emocionalmente afectada.

→ Excitable, impaciente, exigente.

→ Es una niña despreocupada, desatenta a las reglas.

→ Aprensiva, con sensación de culpabilidad, insegura, turbable.

→ Puntúa alto en ansiedad.

Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)

→ Nivel alto de ansiedad.

En el CDI, Inventario de depresión infantil.

→ No tiene sintomatología depresiva

→ El análisis cualitativo de las respuestas emitidas en cada uno de los elementos de la escala. Destacan por su intensidad alta:

→ Estoy cansada siempre.

→ Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

→ Me siento sola siempre.

→ Me peleo siempre.

Con respecto al nivel de competencia curricular, la niña se encuentra a un nivel correspondiente a 1º de Educación Primaria. Tiene una lectura lenta, con silabeo y cometiendo errores, para la comprensión lectora necesita ayuda. Mala caligrafía. Presenta dificultades para resolver problemas.

Para promover la adquisición y consolidación de un nivel de competencia curricular lo más similar posible al conjunto de la clase, de tal modo que se facilite su máxima integración en la dinámica escolar y evitar que se desmarque de la misma, se considera (tanto por todos los profesiones que trabajan con la niña, como por los padres) que la opción educativa más adecuada para la niña es la repetición.

Con todos los datos recogidos se deriva el caso a Salud Mental Infantil, al EITAF (Equipo de Intervención Técnica en el Ámbito Familiar). Se realiza el informe psicopedagógico con las medidas educativas propuestas y las líneas del plan de trabajo individualizado. En ese momento se decide no darla de alta como alumna de Necesidades Educativas Especiales y esperar a ver la evolución de la niña en el curso siguiente.

PARTICIPANTES

La intervención se plantea en tres ámbitos: Educativo, familiar y social.

Dentro del ámbito educativo intervendrá el equipo docente, orientador, PTSC.

En el ámbito social, en este caso intervendrá Servicios Sociales y Salud Mental Infantil.

En el ámbito familiar, la familia de la menor.

MATERIALES

Para la consecución de estos objetivos se ha utilizado el siguiente material:

→ La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil.

→ El juego de las habilidades sociales.

→ Animales rabiosos

→ Ser, convivir y pensar.2 Educación Primaria: Convivencia y Acción Tutorial.

→ Maletín sentimientos y valores. Sentimientos y valores. De la A a la Z.

→ Tranquilos y atentos como una rana.

→ 100 metáforas para cambiar la mirada.

Vídeos:

https://youtu.be/S1LEhmhxS0g (autoestima)

https://youtu.be/xOiMws3Isaw (dejarnos contagiar por los demás)

https://youtu.be/eIZdaM2_xgI (tolerancia)

PROCEDIMIENTO

Ante la preocupación del profesorado por las conductas disruptivas presentadas por la niña se realizó una observación en distintos contextos escolares, un estudio comprensivo de la recogida de información exhaustiva. Se hizo la entrevista familiar, en el transcurso de la cual ya se empezó la intervención con la misma desde el Centro Asesor de la Mujer y Servicios Sociales.

A partir de aquí se realizó la evaluación psicopedagóca, los resultados de la misma, así como las medidas y líneas del plan de trabajo individualizado fueron comunicados a la familia y al equipo docente. A partir de aquí se realizó el plan trabajo individualizado de la niña, se programaron las reuniones de seguimiento del mismo con el equipo docente.

Se derivo a la niña a Salud Mental Infantil, a Servicios Sociales de este al EITAF (Equipo de Intervención Técnica en el Ámbito Familiar), estableciendo reuniones periódicas, contactos teléfonicos, con los mismos con el fin de llevar a cabo un plan de trabajo coordinado y en la misma línea por todos.

DISEÑO

Con el fin de tratar de alcanzar las condiciones que permitan llevar a cabo un desarrollo personal, escolar y social lo más adecuado posible, es necesario tener presente:

→ La enseñanza básica es obligatoria y universal, es decir, todo menor tiene el derecho y deber de recibir educación así como desarrollar al máximo sus potencialidades sea cual sea su condición o situación.

→ En la enseñanza obligatoria, el alumnado debe adquirir tanto conocimientos y habilidades curriculares, como estrategias de relación personal, de autonomía personal, de interacción social, y cuantos elementos posibiliten llegar a ser una persona adulta autónoma, independiente y plenamente adaptada socialmente.

→ Cuando un niño o una niña muestra un comportamiento agresivo, violento o inadecuado, puede responder a la intención de:

→ Comunicarnos algo que no sabe decir de otro modo: "préstame atención", "no me haces caso…"

→ Dar rienda suelta a sus emociones porque se siente atacado: "me dices que soy malo, pues me porto como tal", "me vas a reñir y me altero"…

→ El trabajo desarrollado con la alumna fue fruto de la estrecha coordinación entre todos los profesionales que actuaron directa o indirectamente con ella: Servicios Sociales, Centro Escolar y Equipo de Orientación, Salud Mental Infantil y Entorno Familiar.

→ **Ámbito Educativo :**

Como líneas generales del plan de trabajo para dar respuesta a las necesidades de la niña, fueron:

→ Coordinar todo el trabajo del equipo docente y otras personas del centro que tengan intervención directa con la alumna, siguiendo las mismas pautas y objetivos.

→ Introducir en su currículo contenidos y habilidades relacionados con:

→ Habilidades sociales desde niveles mínimos, capacidad de interaccionar con iguales y adultos de un modo adaptado y no conflictivo, cómo acercarse a los demás, expresión de deseos e intenciones, comunicación no conflictiva.

→ Vocabulario de sentimientos, emociones. Reconocimiento de emociones en sí mismo y en los demás. Expresión de emociones.

→ Habilidades de resolución de problemas: capacidad de interpretar la realidad de diferentes maneras, búsqueda de soluciones, aprender a pedir ayuda.

→ Autoconocimiento, autorregulación.

→ Desarrollo de la capacidad de observar a los demás, desarrollo de la empatía.

→ Control de la ira y de los impulsos.

→ Valores prosociales: necesidad de los demás, de la amistad, de ayudar y ser ayudado.

→ Desarrollar el sentimiento de capacidad y el reconocimiento de los propios valores.

→ Adquisición de palabras y frases que le sirvan de autodirección en su conducta mediante modelado. Aplicación de las autoinstrucciones.

→ Otras habilidades necesarias para manifestar una conducta ajustada y adecuada socialmente.

→ Promover el sentido de la responsabilidad.

→ Instaurar el lenguaje verbal como regulador de las emociones y del comportamiento: Un léxico suficiente sobre las emociones y sentimientos es necesario para identificar su estado de ánimo, el de los demás, y para aprender a reconocer su nivel de ira o alteración y aprender a controlarse y a manejar su ira y su agresividad, así como para relacionarse de un modo adecuado y adaptado con iguales y adultos.Estos contenidos y habilidades conjuntamente con el desarrollo de aquellos más curriculares en los que la alumna presente más desfase, serán tarea del profesorado Especialista de PT y AL en coordinación con el profesorado tutor o de área.

→ Con el fin de aprovechar todas las observaciones y las distintas habilidades de los y las profesionales docentes que intervienen y tratan con la alumna, se establece una reunión periódica mensual o quincenal en la que se establezcan unos objetivos básicos a trabajar con la alumna en las semanas siguientes, con consecuencias positivas y negativas de determinadas conductas, la pautas y se evalúen los resultados obtenidos. Sería conveniente reflejarlo en una tabla, comunicarlo a la alumna y asumirlo por todos y todas las docentes que intervienen con ella.

→ Favorecer las coordinaciones con los servicios externos al Centro educativo que intervienen con la familia y con el alumno: Servicios Sociales y Salud Mental Infantil. Intentar consensuar enfoques de trabajo y objetivos a conseguir tanto a corto como a medio plazo.

Para llevar a cabo estas líneas generales, en el ámbito educativo es necesario:

→ Reuniones periódicas para establecer objetivos, pautas, y para evaluar resultados.

→ Reparto de tareas entre los componentes del equipo docente: tutores, PT, AL, orientador, equipo directivo, otros.

→ Organización de apoyos específicos.

→ Organización del control en espacios y momentos conflictivos. Anticiparse.

→ Establecimiento de pautas y normas a aplicar por todo el centro escolar.

→ Coordinación con la familia de la menor, tanto padre como madre.

Dada la situación actual de la alumna, se considera necesaria la intervención del Profesorado de pedagogía terapeútica, que se centrará en los siguientes aspectos específicos:

→ Habilidades sociales desde niveles mínimos, capacidad de interaccionar con iguales y adultos de un modo adaptado y no conflictivo, cómo acercarse a los demás, expresión de deseos e intenciones, comunicación no conflictiva.

→ Disminución de posible ansiedad: técnicas de relajación diversas, estrategias de disminución de la ansiedad.

→ Vocabulario de sentimientos, emociones. Reconocimiento de emociones en sí mismo y en los demás. Expresión de emociones.

→ Habilidades de resolución de problemas: capacidad de interpretar la realidad de diferentes maneras, búsqueda de soluciones, aprender a pedir ayuda.

→ Autoconocimiento, autorregulación.

→ Desarrollo de la capacidad de observar a los demás, desarrollo de la empatía.

→ Control de la ira y de los impulsos.

→ Valores prosociales: necesidad de los demás, de la amistad, de ayudar y ser ayudado.

→ Desarrollar el sentimiento de capacidad y el reconocimiento de los propios valores.

→ Desarrollar el nivel de competencia curricular en las áreas deficientes, en coordinación con el profesorado de área.

→ Adquisición de palabras y frases que le sirvan de autodirección en su conducta mediante modelado. Aplicación de las autoinstrucciones.

→ Otras habilidades necesarias para manifestar una conducta ajustada y adecuada socialmente.

→ Promover el sentido de la responsabilidad.

→ Instaurar el lenguaje verbal como regulador de las emociones y del comportamiento. Es importante también recabar información sobre sus valores y concepciones del mundo, ver su idoneidad y modificar lo que se vea necesario para lograr una adecuada adaptación social.

Respecto al apoyo especializado del profesorado de Audición y Lenguaje, tratará de:

→ Potenciar el desarrollo verbal mediante el fomento de la conversación en las dinámicas de trabajo. Para ello debe disponerse de estímulos como fichas, dibujos, láminas, cuentos etc.

→ Realizar tareas que impliquen el uso de habilidades de categorización, uso adecuado del vocabulario y adquisición de conceptos.

→ Tareas que impliquen el uso de estructuras de comparación, causalidad, descripción, secuenciación y problema-solución.

→ Tareas que impliquen el uso de relaciones semánticas de semejanza, finalidad, oposición, sinonimia, inclusión de clase…

→ Tareas que impliquen el uso de inferencias.

→ Trabajar procesos de comprensión y procesos de producción.

→ Además procede resaltar tareas que impliquen atención, concentración, memoria, coordinación viso-motora y viso-espacial.

→ Animar a la niña mientras realiza sus tareas, e incentivarle mediante refuerzos, de forma demorada por sus esfuerzos.

→ Comprobar que ha comprendido las instrucciones antes de comenzar el trabajo a realizar.

→ Dividir las tareas en partes para que se puedan realizar a intervalos.

→ Actuar sobre aspectos específicos de iniciación de la lectura y escritura, trabajar de forma individualizada y sistemática estos procesos.

→ Buscar actividades variadas y significativas, con consignas claras e informándole de lo que va aprendiendo.

→ Trabajará además con la niña técnicas de Relajación y de manejo de las emociones a través de la Respiración y de la conciencia del propio cuerpo, introduciendo en función de la observación del niño, autoinstrucciones verbales que le ayuden a regular y controlar su conducta y su respuesta emocional.

Los OBJETIVOS de trabajo con la alumna serán:

→ Promover de un modo prioritario el desarrollo de habilidades sociales básicas que permitan al alumno interaccionar y relacionarse con iguales y adultos de forma adecuada y no conflictiva.

→ Promover un acercamiento afectivo hacia sus iguales y hacia adultos docentes. Promover la adquisición de un nivel de empatía suficiente para evitar sus actuaciones violentas y agresivas.

→ Promover la consolidación de un nivel de competencia curricular básico que permita su integración y máxima participación en la dinámica escolar de aula y del centro escolar y prevenga su distanciamiento del trabajo de aula diario. Mejora de su caligrafía.

→ Promover la adquisición de una rutina o proceso en su actuación que le permita efectuar las tareas con el mayor éxito posible.

→ Promover el establecimiento de un vínculo afectivo estable y consistente entre la alumna y al menos algún adulto del centro escolar, y con algún compañero de su edad.

→ Instaurar valores prosociales, adaptados y adecuados en el alumno.

→ Llevar a cabo una reestructuración cognitiva, es decir, la sustitución de creencias erróneas o inadecuadas que sustentan su conducta, por otras creencias adaptadas y adecuadas para su desarrollo personal, escolar y social. Incidir de modo específico en los roles y objetivos de profesorado y alumnos.

→ Proporcionarle el mayor número posible de momentos y situaciones agradables en entornos normalizados, con personas que puedan servir de modelos adecuados de conducta para llevar a cabo una dinámica vital adaptada y normalizada. Posible sustitución de modelos de conducta y valores sociales inadecuados por otros que favorezcan su integración social y su desarrollo personal.

→ Mejorar su manejo de la atención.

→ Establecer un clima de trabajo agradable, donde la alumna se sienta ayudada, aceptada y segura, no criticada, atacada y tratada con hostilidad.

→ **Ámbito familiar**:

Es imprescindible la colaboración familiar con el profesorado del centro escolar a fin de evitar desajustes en la intervención, así como para lograr cambios en el proceso de desarrollo de la niña, para ello se les orienta a:

→ Recurrir y emplear todas las vías posibles para tratar de evaluar y mejorar la conducta de la nicña, incluyendo los Servicios Sanitarios, como son Pediatría y Salud Mental Infantil. Cumplir las citas prescritas.

→ Manifestar afecto, protección y apoyo a la menor, mediante manifestaciones verbales y compartiendo momentos y juegos juntos. Eliminar conductas agresivas. Dedicarle tiempo.

→ Evitar descalificar y desacreditar a los profesionales que intervienen con la menor. Establecer coordinación

y colaboración, conociendo y valorando su trabajo con la niña. Participar en el proceso de mejora. Colaborar y participar en las pautas aportadas por los servicios de orientación y de sanidad.

→ Establecer normas y límites claros: tiene que saber claramente las normas que hay en el ámbito familiar y las consecuencias de no cumplirlas. Estas normas deben ser coherentes y consistentes en su aplicación. Acordar unas normas y criterios comunes en los dos ámbitos familiares.

→ Prestarle atención cuando se porta bien: la niña debe sentir que se le presta atención cuando realiza las tareas que le proponemos y cuando se porta de un modo adaptado, en cualquier ámbito: familiar, con iguales, en el colegio, otros.

→ Prevenir sus problemas de conducta: tiene que ser capaz de decir cuándo está mal, si se encuentra en una situación que le provoca tensión o estrés que pueda llevarle a descontrolar su conducta. Se tratará de evitar situaciones que se consideren de riesgo.

→ Ante la impulsividad y las conductas desafiantes: Tratar de mantener la calma, permanecer quietos e ignorar su conducta (siempre que no haya peligro para personas o enseres). Intentar reconducir la situación para que readapte su conducta.

→ Potenciar una visión de la niña más positiva y responsable con la asignación de tareas domésticas e implicación en las actividades familiares cotidianas.

→ Favorecer la mayor participación posible de la niña en actividades lúdicas y de ocio, adaptadas a las necesidades de relación personal y social. Procurar su disfrute y diversión. Incrementar los tiempos de ocio lúdico y gratificante de la niña, con niños de su edad.

→ Comunicarse con regularidad con el centro escolar, aportar información relevante y asumir objetivos sobre el menor. Colaborar, participar, eliminar enfrentamientos, malentendidos y hostilidades.

→ Acercarse más afectivamente a la niña, compartiendo momentos, juegos, tareas, y tiempos.

→ Evitar ser modelo de conductas inadecuadas, o que reciba modelos de conducta no adaptados.

→ **Ámbito social:**

→ Promover la incorporación de la alumna a las actividades y recursos del entorno local y municipal que sean posible, especialmente las deportivas y lúdicas.

→ Mantener contacto fluido con el ámbito escolar, servicios sociales para establecer una intervención coordinada.

A la hora de realizar la intervención con la alumna se han encontrados los siguientes inconvenientes:

→ Falta de intervención del EITAF, que aun sigue pendiente debido al volumen de trabajo que tienen.

→ Ambiente familiar inestable.

→ Ambiente del aula el curso anterior.

RESULTADOS

La evolución del caso ha sido muy positiva, la niña ha tenido alguna pequeña explosión de agresividad al inicio de curso con algún compañero, pero ha sido capaz de ir regulando su conducta.

Se ha visto muy favorecida con el cambio de curso, ya que se encontraba repitiendo con un grupo más tranquilo, con el que encajo perfectamente.

En todas las reuniones de seguimiento llevadas a cabo, todos los especialistas y profesionales han constatado esta mejoría de la niña; sin plantearse en ningún momento darla de alta como alumna de Necesidades Educativas por Trastorno Grave de Conducta.

Ha sido dada de alta en Salud Mental Infantil.

DISCUSIÓN

Tras la intervención realizada y lo resultados obtenidos, cabe plantear una serie de cuestiones:

¿Podemos intervenir sin realizar un análisis y reflexión de la situación de partida? Con este caso práctico se pone de manifiesto que es fundamental y necesario realizarla siempre y no plantear una intervención sin tener en cuenta las respuestas dadas hasta el momento, ni las señales que pueda manifestar el alumno previas a la aparición de conducta.

¿Se puede conseguir resultados positivos teniendo en cuenta sólo una respuesta educativa? Los resultados alcanzados no habrían sido tan buenos, si la intervención no se hubiera planteado en los tres ámbitos de actuación: escolar, social y familiar. Es imprescindible la actuación conjunta de los tres, así como la coordinación para establecer objetivos, pautas, así como para evaluar los resultados.

CONCLUSIONES

Para poder ofrecer una respuesta educativa al alumnado con problemas de conducta, es fundamental y necesario, realizar un análisis y reflexión previa de la

situación de partida; así como establecer una relación positiva con el alumno o alumna. Solamente a partir de aquí se puede plantear una intervención realista, que debe ser un conjunto de actuaciones contextualizadas, planificadas, coordinadas y dirigidas a mejorar la calidad de vida del alumno o alumna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barudy, J. y Dantagman, M. (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*. Barcelona, España: Editorial Gedisa S. A.

Berg, B. (2010). *El juego de las habilidades sociales*. Madrid, España: TEA Ediciones, S. A.

Mariah, K. (2009). *Animales rabiosos*. Madrid, España: TEA Ediciones, S. A.

Marrodán Gironé, M. J. (2003). *Ser, convivir y pensar.2 Educación Primaria: Convivencia y Acción Tutorial.* Editorial: ICCE Instituto Calasanz de Ciencias.

Monreal, M. (2016). *Maletín sentimientos y valores. Sentimientos y valores. De la A a la Z*. Biblioteca de inteligencia emocional y educación en Valores. Madrid, España: Editorial San Pablo Comiunicación SSP.

Ponts Sauné, L. y Portolé de Funes, S. (2012). *100 metáforas para cambiar la mirada*. Recuperado de http://blocs.xtec.cat/escoladepapes/files/2012/11/metafores.pdf

Snel, E. (2015). *Tranquilos y atentos como una rana. La meditación para los niños … con sus padres*. Edición en Castellano: Editorial Kairós.

MEJORA DE LA CONVIVENCIA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA VIRTUAL ANÓNIMA

IMPROVING COEXISTENCE: RESULTS OF AN ANONYMOUS VIRTUAL SURVEY

Francisco Manuel Morales-Rodríguez[1*]

Manuel Alejandro Narváez-Peláez[2]

**Universidad de Granada. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación*

***Universidad de Málaga. Departamento de Fisiología Humana y de la Educación Física y Deportiva*

Resumen

El objetivo de este trabajo es aportar los resultados de la aplicación de una encuesta anónima cumplimentada a través del campus virtual en uno de los temas de la asignatura Mejora de la Convivencia en los centros escolares (Libre configuración campus virtual). Los aspectos a los que dicha encuesta hacen referencia están relacionados con el grado en que la realización de las Prácticas son importantes para la asignatura, fomentan el trabajo entre los compañeros, ayuda a comprender los conceptos de la parte teórica, permiten consolidar conocimientos y son una forma de aprender a manejar instrumental científico así como otras cuestiones relacionadas con la utilidad de las mismas. En alguna de dichas prácticas se propone la búsqueda, análisis y utilización de instrumentos de evaluación psicológica (cuestionarios, entrevistas, informes, autoinformes) de conductas agresivas por parte del alumnado. Para la evaluación de dichas prácticas se consideran aspectos relacionados con la calidad y cantidad de la información aportada, rigor científico, claridad, argumentación y coherencia, etc. Los resultados demuestran que la realización de prácticas es muy importante para la asignatura según indica el alumnado que ha cumplimentado dicha encuesta. Además puede señalarse la importancia de los contenidos para la mejora de la convivencia social que se transmiten a través del campus virtual en una asignatura en la que se aborda esta línea temática.

Palabras clave: Campus virtual, Encuesta, Mejora de la convivencia.

Abstract

This work contributes the results of an anonymous survey completed via the virtual campus in one of the themes in the subject Improving Coexistence in Schools (elective subject of the virtual campus). The survey was about aspects relating to the level of importance of practical work for the subject - it encourages teamwork, helps students understand the concepts discussed in the theoretical part, lets them consolidate what they have learned, and are a way of learning to use scientific instruments and other matters relating to their usefulness. Some practical work involves searching for, analysing and using psychological assessment instruments (questionnaires, interviews, reports, self-reports) of aggressive conduct by students. To evaluate these practices, aspects are considered relating to the quality and quantity of the information provided, scientific rigour, clarity, argument, coherence, etc. The results show that practical work is very important for the subject, as indicated by the students who completed the survey. We can also point to the importance of the content for improving social coexistence, as transmitted via the virtual campus in a subject which deals with this line of work.

Keywords: Virtual campus, Survey, Improving coexistence.

El presente trabajo se enmarca en el proyecto de innovación docente titulado *Evaluación formativa transversal de competencias, con el apoyo de TIC, en las ramas de conocimiento de Ciencias, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Jurídicas y en la docencia de ámbito Internacional (PIE15-97)*. Entre los objetivos que se pretenden conseguir con el proyecto se encuentran el de "*Diseñar y/o adaptar estrategias para la evaluación*

*Correspondencia: Francisco Manuel Morales Rodríguez.
Campus Universitario de La Cartuja.
C.P: 18071. Granada, España.
E-mail: fmmorales@ugr.es

formativa de competencias transversales que puedan ser aplicadas de forma común en la docencia teórica de asignaturas de Grado y máster que se imparten en diversas titulaciones de Ciencias y Ciencias de la Salud y en Ciencias Sociales y Ciencias Jurídicas de la Universidad de Málaga." Para ello entre las actividades que se llevaron a cabo se propone la de "*Identificar las competencias transversales que se desarrollan durante la docencia teórica comunes a las asignaturas sujetas a innovación y clasificarlas en las diferentes categorías (competencias de conocimientos, de habilidades y destrezas, y de actitudes y valores). Además, se evaluarán una serie de competencias interpersonales en las distintas ramas de conocimiento, como son las relacionadas con la empatía, actitudes solidarias, educación vial y responsabilidad social*".

Además del fomento de competencias como las relacionadas con el tratamiento de la información y de las TIC (Tecnologías de la Información y de la Comunicación) a través de las actividades que se proponen en la asignatura contribuye al desarrollo de competencias interpersonales, socioemocionales y para la prevención de la violencia en sus distintas manifestaciones. Precisamente algunas de las competencias más demandadas en el ámbito social y laboral son las menos desarrolladas por los universitarios, tales como el trabajo en equipo, compromiso ético y habilidades en las relaciones interpersonales (Casado, Cuadrado y Morales, 2013). En dicho estudio se señala también una valoración negativa en la percepción que tienen los egresados en el papel de la universidad en el fomento de tales competencias. Se plantea que la Universidad debe contribuir más al desarrollo de competencias tales como el liderazgo, la capacidad de negociación y las relaciones con los otros.

Cada vez se pueden encontrar más trabajos en el ámbito universitario relacionados con la adquisición de competencias sociemocionales (Gordillo y Sánchez-Herrera, 2015), evaluación de la *competencia comunicativa "Hablar en público"* y de inteligencia emocional (Morales-Domínguez y Navarro-Abal, 2013) tras el entrenamiento en habilidades interpersonales. Otro trabajo también destaca la importancia el entrenamiento en habilidades sociales en universitarios para conseguir éxito tanto social como profesional (Bueno-Moreno, Durán-Segura y Garrido-Torres, 2013).

Incluso se vienen planteando modelos basados en el coaching educativo y emocional para el desarrollo de competencias como las intrapersonales e interpersonales, como el que proponen Sánchez-Mirón y Boronat-Mundina (2014) que señalan que "*…en el contexto de la enseñanza universitaria, seleccionamos el coaching, como la técnica metodológica que favorece el desarrollo del potencial humano y ayuda a los estudiantes a progresar, de donde están hoy hacia donde pretenden llegar mañana. Esta metodología se basa en el establecimiento de metas personales y en la ejecución de una serie de acciones planificadas que permiten al sujeto poner en práctica determinadas formas de ser y de actuar (p. 221)*".

García-Merino, Urionabarrenetxea y Bañales-Mallo (2016) ponen de manifiesto en un estudio en el que participaron 1,276 estudiantes de la Universidad del País Vasco que los cambios en las metodologías docentes y de evaluación introducidos insertos en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) como, por ejemplo, el mayor peso que se otorga a la evaluación continua permiten observar mejoras en las calificaciones conferidas por el profesorado. Asimismo, encuentran que los estudiantes perciben que mejora la adquisición de competencias llamadas instrumentales (relacionadas con las habilidades para gestionar la información o la capacidad de organización, planificación, análisis y síntesis) y sistémicas (como las relacionadas con el aprendizaje autónomo y a lo largo de toda la vida), pero no perciben mejoras en las llamadas competencias interpersonales (como por ejemplo, el trabajo en equipo, capacidad de crítica o autocrítica o para apreciar la diversidad). En otro trabajo (Torbay, Muñoz de Bustillo y Hernández, 2001) en el que emplearon una muestra de 341 universitarios con edades comprendidas entre 18 y 42 años de la titulación de Psicopedagogía, Pedagogía y Logopedia de la Universidad de La Laguna; encontraron que el alumnado de estas carreras muestran un perfil óptimo en habilidades sociales tales como la habilidad de "recibir emociones" siendo los estudiantes de Psicopedagogía los que en este estudio demuestran poseer un perfil más variado en competencia social.

Otro trabajo reciente como el de Martínez-Lirola (2016) plantea que "la enseñanza universitaria debe fomentar la formación integral del alumnado por medio de una formación basada en la adquisición de distintos tipos de competencias" (pág. 83). Asimismo Martínez-Lirola (2016) propone en dicho trabajo una selección de actividades cooperativas para el fomento de la educación para la paz, educación emocional y las relaciones interpersonales que permite la adquisición

de competencias sociales como la competencia comunicativa y la cooperación.

En un estudio previo (Morales-Rodríguez, Morales, Borroto y Narváez, 2014) se presentaron evidencias de un periódico solidario que contribuyó a fomentar la adquisición de competencias solidarias. Los participantes fueron 160 estudiantes universitarios de 1º de Grado en Logopedia de la asignatura de Psicología de la Educación de los cursos académicos 2011-2012 y 2012-2013 que mostraron un alto grado de satisfacción con las actividades prácticas educativas a favor de la solidaridad para fomentar en los estudiantes competencias sociales y ciudadanas demandadas en el Espacio Europeo de Educación Superior.

La implantación del Espacio Europeo de Educación Superior supone un cambio paradigmático en los procesos de enseñanza y aprendizaje en el ámbito universitario. Se establece la necesidad de utilizar metodologías más activas para el aprendizaje en el ámbito universitario con el objetivo de fomentar en los estudiantes la adquisición de competencias transversales (Morales, Narváez y Morales, 2013).

Actualmente se demanda la adquisición de nuevas competencias metacognitivas y la integración de las TIC en el currículo acompañada de la correspondiente reflexión de los postulados educativos que permita el cambio metodológico (Área, 2004; Gutiérrez, Palacios y Torrego, 2010).

Área (2004) pone de manifiesto, entre otros, como motivos para trabajar la competencia digital en el ámbito universitario, la necesidad de fomentar un aprendizaje constructivista centrado en el estudiante, que le permitan trabajar de forma autónoma con la selección, reelaboración y construcción de su propio conocimiento.

Santamaría, San Martín y López-Catalán (2014) consideran que las TIC constituyen una herramienta esencial para la docencia en la actualidad. Con respecto a los resultados obtenidos en este estudio puede destacarse que el alumnado tiene distintas preferencias respecto al uso de las TIC y que es necesario debatir sobre el establecimiento de diferentes estrategias de enseñanza sobre la base de dichas preferencias de cada estudiante.

En otro estudio llevado a cabo por Maquilón-Sánchez, Mirete-Ruiz, García-Sánchez y Hernández-Pina (2013) se encuentra que la valoración de las TIC positiva guarda relación con un enfoque profundo de aprendizaje. Asimismo se encuentra que las experiencias didácticas en las que mediaron las TIC han tenido una valoración positiva por parte del alumnado. Los participantes en este estudio fueron 808 estudiantes en su mayoría mujeres pertenecientes a las áreas de Arte y Humanidades, Ciencias Sociales y Jurídicas, Ciencias, Ciencias de la Salud, Ingeniería y Arquitectura. Entre los datos obtenidos encontraron que el 93.4% de los estudiantes del Grado en Pedagogía que participaron en dicho estudio valoran la Web Didáctica como útil o muy útil. No se encuentran en dicho estudio diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción en función del sexo.

Se viene planteando en esta investigación y en otros estudios (Maquilón-Sánchez et al., 2013; Sánchez-López, García-Sánchez, Martínez-Segura y Mirete-Ruiz, 2012) que la web didáctica permite a los estudiantes disponer de información de interés de las Guías docentes de las asignaturas tales como por ejemplo la evaluación, la metodología, bibliografía, actividades para realizar y competencias para adquirir y/o desarrollar.

El objetivo de este trabajo es aportar los resultados de la aplicación de una encuesta anónima cumplimentada a través del campus virtual en uno de los temas de la asignatura Mejora de la Convivencia en los centros escolares (Libre configuración campus virtual).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 36 estudiantes, matriculados en la asignatura de Libre configuración ad hoc no presencial de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga.

MATERIALES

Los aspectos a los que encuesta anónima según escala tipo Likert de 1 a 5 según el grado de acuerdo con la afirmación que se presenta (siendo *1= Poco y 5= Mucho*) cumplimentada a través del campus virtual en uno de los temas de la asignatura hacen referencia están relacionados con el grado en que la realización de las Prácticas mediante TIC son importantes para la asignatura, fomentan el trabajo entre los compañeros, ayuda a comprender los conceptos de la parte teórica, permiten consolidar conocimientos y son una forma de aprender a manejar instrumental científico así como otras cuestiones relacionadas con la utilidad de las mismas.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó al alumnado participante que otorgue una puntuación según escala tipo Likert de 1 a 5 según el grado de acuerdo con la afirmación que se presenta (siendo *1= Poco y 5= Mucho*) en la encuesta cumplimentada de forma anónima a través del campus virtual de la asignatura.

En alguna de dichas prácticas mediante el uso continuo de las TIC se propone, por ejemplo, actividades y tareas como la búsqueda, análisis y utilización de instrumentos de evaluación psicológica (cuestionarios, entrevistas, informes, autoinformes) de conductas agresivas por parte del alumnado. Para la evaluación de dichas prácticas se consideran aspectos relacionados con la calidad y cantidad de la información aportada, rigor científico, claridad, argumentación y coherencia, etc. También se les pide al alumnado que valore la satisfacción y utilidad que les reporta las prácticas realizadas mediante TIC (uno de los últimos apartados de la actividad es el de la valoración e importancia de la misma.

DISEÑO

Con respecto al tipo de investigación puede señalarse que se trata de un estudio descriptivo al presentarse datos empíricos cuantitativos.

RESULTADOS

Los resultados demuestran que la realización de prácticas mediante TIC es muy importante para la asignatura según indica el alumnado que ha cumplimentado dicha encuesta (Tabla 1).

Tabla 1
Percepción sobre metodologías de evaluación formativa de competencias transversales

Ítems significativos encuesta online (selección)	*Media*
La realización de actividades prácticas con las metodologías empleadas son importantes para una asignatura	4,6
Las prácticas son importantes para fomentar el trabajo entre compañeros	3,7
Las prácticas ayudan a comprender los conceptos de la parte teórica	4,4
Las prácticas sirven para consolidar conocimientos de la asignatura	4,5
Valore en general la utilidad que cree que tienen las prácticas	4,4

Las metodologías a las que se refiere principalmente el ítem 1 de la Tabla 1 son informes de actividades, cuestionarios online, registros, etc usando campus virtual.

Puede comprobarse que el uso de las TIC y redes sociales es mayor además de muy relevante en el alumnado y profesorado mientras que perciben que se fomentan menos las relaciones interpersonales entre compañeros al tratarse de una asignatura que se desarrolla sin clases presenciales.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tenía como objetivo principal presentar los resultados de aplicar una encuesta anónima cumplimentada a través del campus virtual en la asignatura Mejora de la Convivencia en los centros escolares (Libre configuración campus virtual).

El alumnado de esta asignatura muestra un alto grado de satisfacción con la realización de las actividades teórico-prácticas mediante TIC propuestas en la asignatura; considerando que son de utilidad para comprender los conceptos de la parte teórica, clarificar y consolidar conocimientos de la asignatura. En las valoraciones y comentarios más cualitativos también se desprende que dichas actividades teórico-prácticas son de utilidad para la adquisición de competencias. Para ello en dicho proceso y especialmente en esta asignatura las TIC (Tecnologías de la Información y de la Comunicación) manifiestan que les resultan de gran ayuda. Permiten un seguimiento continuo a través de la tutoría virtual; el realizar comentarios y aportaciones en muchas de las prácticas en foros, wiki, encuestas, cuestionarios, glosario online, entrega de actividades a través de la plataforma, etc. Además son de gran apoyo al servir como herramientas de evaluación (por ejemplo, un foro para debatir noticias de actualidad relacionadas con la línea temática de la asignatura, para la resolución de dudas, comunicar las calificaciones tanto cualitativa como cuantitativamente con el feedback y las sugerencias de mejora a través de la plataforma, etc). Las valoraciones y percepciones que se desprenden del presente trabajo podemos considerarlas congruentes con lo que se señala en el estudio De Pablos (2007) en el que se indica que las características propias de las TIC y los procesos para su integración en la Educación pueden relacionarse con la idea de que su presencia puede ser interpretada como sinónimo de calidad educativa.

En dicho estudio también se pone de manifiesto que el 71,9% del profesorado de la Universidad de Sevilla manifiestan integrar las TIC en la formación universitaria. En ese sentido, en otra investigación (Robertson, 2004) se muestra que el profesorado universitario emplea las herramientas TIC sólo si están en sintonía con sus creencias sobre los procesos de enseñanza/aprendizaje determinando de este modo dicha sintonía el aprovechamiento de la tecnología. En el caso del estudio que aquí se presenta, tanto los docentes como el alumnado, perciben claramente la utilidad de estas actividades mediante TIC para el logro de los objetivos propuestos y competencias a través de esta asignatura virtual.

También se defiende en este trabajo que al igual que se plantea en otras investigaciones (Javaloy, Espelt y Cornejo, 2001) el uso del instrumento tecnológico empleado puede contribuir al fomento del llamado "paradigma de la identidad" en el que se pone énfasis a aspectos psicosociales como la conciencia social y los valores. En ese sentido, puede señalarse que los valores como la importancia de la no violencia, la solidaridad, la igualdad, los valores democráticos y el apreciar la diversidad, etc son objeto del binomio enseñanza/aprendizaje.

En un futuro se podrían seguir empleando con más frecuencia en esta asignatura herramientas como la wiki y el uso de las redes sociales con contenidos educativos en general. De hecho, en el estudio llevado a cabo por Gómez, Roses y Farias (2012) se aplicó una encuesta a una muestra de 938 estudiantes de la Universidad de Málaga encontrándose en el alumnado una disposición favorable hacia el uso de las redes sociales como recurso educativo siendo escaso el uso académico que aún se da a dichas redes sociales. En otro trabajo reciente (Morales y Morales-Rodríguez, 2017) también se pone de manifiesto la utilidad del empleo de las redes sociales con fines académicos para la mejora del proceso de enseñanza/aprendizaje en el ámbito universitario.

En futuros trabajos se pretende seguir profundizando y cruzando los datos obtenidos mediante esta encuesta online con los de otras asignaturas y grupos.

CONCLUSIONES

Se concluye señalando que el alumnado considera que las diversas actividades trabajadas con uso de Tecnologías de la Información y de la Comunicación (foros, wiki, chats, glosarios, cuestionarios online, entre otras actividades) son de utilidad para la adquisición de competencias transversales y específicas de esta asignatura desarrollada a través del campus virtual. Además, en las reflexiones y comentarios de las actividades valoran muy positivamente la importancia de los contenidos para la mejora de la convivencia social que se transmiten a través del campus virtual en una asignatura en la que se aborda esta línea temática de utilidad para su futuro profesional. El profesorado también percibe la utilidad y motivación de una asignatura que puede contribuir a la adquisición y/o entrenamiento de competencias instrumentales (como, por ejemplo, las relacionadas con la *capacidad de análisis y síntesis, de recuperación de la información de diversas fuentes, etc*); competencias interpersonales (por ejemplo, fomento del *razonamiento crítico* y del *compromiso ético*); y competencias sistémicas (por ejemplo, la *capacidad para aplicar los conocimientos a la práctica profesional*, fomento del *aprendizaje autónomo, el pensamiento divergente y la creatividad y la motivación por la calidad)*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Área, M. (2004). *De la Biblioteca al Centro de Recursos para el Aprendizaje e investigación*. Dirección General de Universidades. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Bueno-Moreno, M. R., Durán-Segura, M. y Garrido-Torres, M. A. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad de Educación Primaria: un estudio preliminar. *Apuntes de Psicología 31*(1) 85-91.

Casado, A., Cuadrado, F. y Morales, F. M. (2013). Una reflexión sobre el desarrollo de las competencias transversales: El comportamiento responsable y la reputación en la enseñanza de Educación Superior. En M. C. Pérez y M. M. Molero (Comps.), *Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar* (pp. 285-290). Almería: Asoc. Univ. de Educación y Psicología.

De Pablos, J. (2007). El cambio metodológico en el Espacio Europeo de Educación Superior y el papel de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. RIED. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, 10*(2), 15-44.

García-Merino, J. D., Urionabarrenetxea, S. y Bañales-Mallo, A. (2016). Cambios en metodologías

docentes y de evaluación: ¿Mejoran el rendimiento del alumnado universitario? *Revista Electrónica de Investigación Educativa, 18*(3), 1-18. Recuperado de http://redie.uabc.mx/redie/article/view/691

Gómez, M., Roses, S. y Farias, P. (2012). El uso académico de las redes sociales en universitarios. *Comunicar, 38*, 131-138. Doi: 10.3916/C38-2011-03-04

Gordillo, M. D. y Sánchez-Herrera, S. (2015). ¿Adquieren nuestros alumnos competencias emocionales en el grado de magisterio? *Opción, 31*(2), 532-556.

Gutiérrez, A., Palacios, A. y Torrego, L. (2010). Tribus digitales en las aulas universitarias. *Comunicar, 34*(XVII), 173-181.

Javaloy, F., Espelt, E. y Cornejo, J. M. (2001). Internet y movimientos sociales: un enfoque psicosocial. *Anuario de Psicología, 32*, 31-37.

Maquilón-Sánchez, J. J., Mirete-Ruiz, A. B., García-Sánchez, F. A. y Hernández-Pina, F. (2013). Valoración de las TIC por los estudiantes universitarios y su relación con los enfoques de aprendizaje. *Revista de Investigación Educativa, 31*(2), 537-554. Doi:10.6018/rie.31.2.151891

Martínez-Lirola, M. (2016). Propuesta de actividades para fomentar la educación para la paz en la enseñanza superior. *Educatio Siglo XXI, 34*(2), 83-102. Recuperado de http://dx.doi.org/10.6018/j/263821

Morales, A. M. y Morales-Rodríguez, F. M. (2017, Junio). El contenido de las redes sociales como material didáctico en el aula para los alumnos de grado universitario. Póster presentado en el *XIV Foro Internacional sobre la Evaluación de la Calidad de la Investigación y de la Educación Superior (FECIES)*, Granada, España.

Morales-Rodríguez, F. M., Morales, A. M., Borroto, D. O. y Narváez, M. A. (2014). Elaboración de un periódico solidario por parte de estudiantes de grado. En J. J. Maquilón y J. I. Alonso (Eds.), *Experiencias de Innovación y Formación en Educación* (pp. 425-434). Murcia: Asociación Universitaria de Formación del Profesorado y Ediciones de la Universidad de Murcia.

Morales, F. M., Narváez, M. y Morales, A. M. (2013). Adquisición de competencias solidarias en estudiantes universitarios mediante el uso de TIC. En Sánchez, J.; Ruiz, J. y Sánchez, E. (Coords.). *Buenas prácticas con TIC en la investigación y la docencia*. Málaga: Universidad de Málaga.

Morales-Domínguez, Z. y Navarro-Abal, Y. (2013). Evaluación de la competencia comunicativa "Hablar en público" en un grupo de universitarios tras un curso sobre habilidades interpersonales. *Revista de Enseñanza Universitaria, 39,* 1-10.

PIE15-97. *Evaluación formativa transversal de competencias, con el apoyo de TIC, en las ramas de conocimiento de Ciencias, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Jurídicas y en la docencia de ámbito Internacional.* Proyecto de Innovación Educativa de la Universidad de Málaga. Málaga, Universidad de Málaga.

Robertson, I. (2004, December). *Teachers at the interface: A model of implementation*. Paper presented at the AARE, Annual Conference, Melbourne, Recuperado de http//:www.aare.edu.au/04pap/rob04192.pdf.

Sánchez-Mirón, B. y Boronat-Mundina, J. (2014). Coaching educativo: Modelo para el desarrollo de competencias intra e interpersonales. *Educación XXI, 17*(1), 221-242. Doi: 10.5944/educss1.17.1.1072

Sánchez-López, C., García-Sánchez, F. A., Martínez-Segura, M. J., y Mirete-Ruiz, A. B. (2012). Aproximación a la valoración que el alumnado hace de recursos online utilizados para la docencia universitaria. Pixel-Bit. *Revista de Medios y Educación, 40*, 35-45. Recuperado de http://acdc.sav.us.es/pixelbit/images/stories/p40/03.pdf

Santamaría, M., San Martín, S. y López-Catalán, B. (2014). Perfiles de alumnos según el uso deseado de las TIC por el profesor universitario. Píxel-Bit. *Revista de Medios y Educación, 45*, 37-50. Doi: 10.12795/pixelbit.2014.i45.03

Torbay, A., Muñoz de Bustillo, M. C. y Hernández, C. (2001). Los estudiantes universitarios de carreras asistenciales: Qué habilidades interpersonales dominan y cuáles creen necesarias para su futuro profesional. *Aula Abierta, 78,* 1-17.

ENFOQUE PREVENTIVO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA Y RESPUESTA EDUCATIVA ACTUAL

PREVENTIVE APPROACH OF BEHAVIOR PROBLEMS AND CURRENT EDUCATIONAL RESPONSE

Mª del Carmen Pérez Portillo*

Psicóloga Sanitaria. Psicopedagóga

Resumen

En nuestros centros escolares nos encontramos con un número significativo de problemas de conducta, observándose un incremento progresivo en cuanto a la demanda de intervención, respecto a este tipo de casos, pero también viéndose ese incremento en edades cada vez más tempranas.

Hoy en día, la actuación frente a los problemas de conducta es reactiva, es decir actuamos cuando el problema se ha manifestado claramente y estas actuaciones, suelen ir encaminadas a intentar hacer desaparecer la conducta "inadecuada" manifestada por el alumno o alumna.

La conducta, es una manifestación externa del individuo mediante la cual nos comunica algo. Conocer la causa o causas de esas manifestaciones nos ayudará a entender que pasa y por tanto, a adoptar las estrategias más adecuadas para mejorar la situación del alumno o de la alumna y de su entorno. Por tanto, este enfoque del problema nos situaría en una óptica menos "sintomática" y más "etiológica", entendiendo así que el problema no es la conducta manifestada, sino lo que causa ese tipo de respuesta.

Los problemas de conducta requieren estrategias de intervención coherentes y acoradas por parte de todos los agentes intervinientes en el centro escolar, pero además, la mayor parte del alumnado que presenta problemas de conducta, recibe atenciones profesionales por parte de otros servicios ajenos al educativo. La coordinación y el trabajo es red se hace imprescindible en estos casos. Sin esta condición, se hace muy difícil que se dé una evolución positiva en las condiciones de vida de este alumnado.

Es necesario contemplar el abordaje de los problemas de conducta desde la óptica de la prevención primaria, actuando sobre los factores de riesgo que en muchos de estos casos se observan desde la etapa de educación infantil. Contamos, por un lado, con los datos de un análisis cuantitativo del alumnado con necesidades educativas especiales realizado en el Principado de Asturias en etapas no universitarias en el que aparece el dato del alumnado con trastornos de conducta y por otro lado, contamos con un análisis cualitativo de los casos estudiados y su evolución.

Los resultados, nos indican las dificultades existentes para un adecuado abordaje de esta problemática por parte de los profesionales de los centros escolares y que están relacionadas con carencias formativas, actitudes personales del docente, concepción de la educación, recursos personales existentes en los centros escolares, características y limitaciones del sistema educativo…

Las dificultades existentes, en el momento actual, para dar una respuesta adecuada, a gran parte del alumnado que presenta problemas de conducta, requiere una reflexión por parte de los profesionales y de los legisladores que permitan buscar alternativas diferentes a las ofrecidas hoy.

Palabras clave: Problemas Conducta, Prevención, Respuesta Educativa.

*Correspondencia: Mª del Carmen Pérez Portillo.
Equipo de Orientación Educativa
C/ Del Muelle nº 8
C.P: 33402, Avilés, Asturias, España.
E-mail: mcpportillo@hotmail.com

Abstract

In our schools we find a significant number of behavioral problems, with a progressive increase in the demand for intervention in this type of cases, but also seeing this increase in ages earlier and earlier.

Nowadays, the behavior problem is reactive, that is to say we act when the problem has clearly manifested itself and these actions are usually aimed at trying to make disappear the "inappropriate" behavior manifested by the student.

Behavior is an external manifestation of the individual through which it communicates something to us. Knowing the cause or causes of these manifestations will help us to understand what happens and therefore to adopt the most appropriate strategies to improve the situation of the student or the student and their environment. Therefore this approach to the problem would place us in a less "symptomatic" and more "etiological" perspective, understanding that the problem is not the manifested behavior but what causes that kind of response.

Behavioral problems require coherent and agreed intervention strategies on the part of all the agents involved in the school, but in addition, the majority of students with behavioral problems receive professional attention from other non-educational services. Coordination and work is network becomes essential in these cases. Without this condition it becomes very difficult to give a positive evolution in the living conditions of this student body.

It is necessary to contemplate the approach of the problems of behavior from the perspective of primary prevention, acting on the risk factors that in many of these cases are observed from the stage of infantile education.

We have, on the one hand, the data of a quantitative analysis of the students with special educational needs carried out in the Principality of Asturias in non-university stages in which the data of students with behavior disorders appears and on the other hand, we have an analysis Qualitative of the cases studied and their evolution.

The results indicate the difficulties of an adequate approach to this problem on the part of the professionals of the schools and that are related to formative deficiencies, personal attitudes of the teacher, conception of the education, personal resources existing in the schools, Characteristics and limitations of the educational system ...

The difficulties that exist today to give an adequate response, to a large part of the students that presents behavior problems, requires a reflection on the part of the professionals and the legislators that allow to look for alternatives different from those offered today.

Key words: Problems Behavior, Prevention, Educational Response.

Las aulas de nuestros centros educativos representan un mosaico variado en cuanto a las diferentes características bio-psico-sociales que configuran a cada uno de los alumnos y alumnas como ser individual. En las aulas esta variabilidad de características se ha dado siempre, pero en la actualidad, nuestro marco legislativo educativo contribuye a que estas sean más visibles y más variadas, al ser la escolarización un derecho de toda la población entre los 3 y los 16 años, con independencia de sus características individuales.

Es en este marco, en el que encontramos un tipo de alumnado que presenta problemas de conducta a los que generalmente se responde de forma reactiva y no proactiva, es decir, actuamos cuando el problema está presente pero no lo hacemos a priori, actuando para evitar su aparición. Hablando en términos de prevención, podemos decir que en los centros educativos estamos trabajando desde la prevención secundaria y/o terciaria, sin priorizar en primer lugar la prevención primaria, que sería la que mejores resultados obtendría respecto a una disminución en la aparición de casos de alumnado con problemas importantes de conducta.

Conocer los datos encontrados respecto a este perfil de alumnado, las características de la respuesta educativa, las necesidades detectadas respecto a la intervención, los aspectos que tenemos que tener en cuenta para que se dé un cambio en el enfoque y la respuesta ofrecida son algunos de los aspectos que se desarrollaran en este trabajo.

MÉTODO

El método de estudio empleado consiste por un lado, en un análisis cuantitativo de los datos encontrados respecto al alumnado con trastorno de conducta en el Principado de Asturias en etapas no universitarias y por otro lado, un análisis cualitativo de los casos estudiados y su evolución.

PARTICIPANTES

Los participantes en el estudio realizado fueron 3270 alumnos y alumnas que era la totalidad del alumnado que presentaba necesidades educativas especiales (NEE) existente en los centros sostenidos con fondos públicos en Asturias, de los que 259 presentaban trastorno de conducta y 40 alumnos y alumnas de los que se hizo un seguimiento individualizado durante varios cursos escolares.

MATERIALES

Tablas diseñadas para el estudio de los datos cuantitativos. Revisión de informes psicopedagógicos, cuestionarios, registros, observación directa del alumnado, entrevistas con distintos agentes, (alumnado, familias, profesorado, profesionales educativos y no educativos), que trabajaban con el alumnado, además de reuniones de coordinación entre diferentes profesionales para la realizar una valoración cualitativa.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento seguido fue, la recogida de información contenida en la aplicación informática en la que se registra el alumnado existente en los centros escolares, además de otra recogida de información más cualitativa mediante la observación, la revisión de documentación escolar del alumnado en seguimiento y materiales diseñados para ello (entrevistas, registros y cuestionarios).

DISEÑO

El diseño partió de la recogida de información, elaboración de tablas, cuestionarios y registros que permitiesen tanto la recogida, como el análisis cuantitativo de la información obtenida sobre el alumnado de NEE, centrando el trabajo posterior en el alumnado con trastorno de conducta y profundizando en el estudio cualitativo de los casos individuales abordados, buscando elementos comunes que nos ayuden a sacar conclusiones para posteriores intervenciones.

RESULTADOS

Los datos encontrados en el estudio realizado por Fernández, Pérez. y Martínez, en 2016 y recogido en el libro "Evolución de la Educación Especial y Análisis de la realidad actual en Asturias" nos permiten ver el dato cuantitativo del alumnado con esta problemática existente en ese momento en los centros escolares en Asturias. Este dato, que es importante cuantitativamente, lo es más si tenemos en cuenta los aspectos cualitativos que rodean cada caso de problemas de conducta.

En el momento del estudio se encontraron que del alumnado con n NEE escolarizado en etapas no universitarias, 259 presentaban trastorno de conducta lo que representaba el 7.92% del alumnado con NEE. Del alumnado con NEE escolarizado en centros Específicos de Educación Especial (CEE), los que estaban registrados como trastorno de conducta eran 7 lo que suponía el 1,29% del alumnado escolarizado en estos centros.

Si consideramos solo el aspecto cuantitativo, estos datos representan cifras "menores" dentro del sistema educativo, pero la gran mayoría de estos casos requieren intervenciones largas, con participación de diferentes profesionales del ámbito educativo y en muchos casos también, ajenos a este, provocan un clima negativo en el centro escolar y todo ello no contribuye a una resolución positiva de dichos casos. Estas situaciones inciden negativamente en la calidad de vida del individuo, que manifiesta ese problema de conducta, y de las personas que forman parte de los contextos en los que se desenvuelve, ya que dicho problema, en general, no solo está presente en el centro escolar.

Una situación muy frecuente es el cambio de centro de este tipo de alumnado, después de un expediente disciplinario, esto no solo no resuelve el problema sino que lo va prolongando. La llegada de nuevo alumnado a un centro escolar requiere un tiempo para conocer a ese alumnado en su nuevo contexto, lo que impide, durante un tiempo, poder dar continuidad a la intervención previamente establecida. Por otro lado, ese alumnado que llega al nuevo centro como consecuencia de un "castigo", acudirá con una predisposición negativa hacia el mismo y hacia los profesionales que tengan que intervenir. Si estamos hablando de un perfil de alumnado cuyas manifestaciones conductuales nos indican sus escasos recursos de afrontamiento, no

podemos esperar que respuestas como un cambio de centro, en las circunstancias señaladas, contribuya a mejorar la situación. Lo esperable es el empeoramiento de la misma, por lo menos de forma inmediata.

En no pocas ocasiones, se da también junto con el cambio de centro escolar un cambio de modalidad de escolarización, pasando el alumnado de estar escolarizado en centro ordinario a estarlo en CEE, por presentar un trastorno de conducta, aunque no esté presente una discapacidad intelectual. Esta situación merece una profunda reflexión sobre lo que estamos ofreciendo, en estos casos, a ese alumnado presentándoselo como una "ayuda" del sistema para "mejorar" su difícil situación.

Como he citado anteriormente, estamos dando respuestas reactivas a estos problemas, cuando existe ya el problema, repuestas "sintomatológicas", es decir no contemplando el problema real sino solamente lo externo, lo que vemos, que es la manifestación conductual desadaptada, sin contemplar la globalidad de la persona y siendo respuestas en muchos casos, descontextualizadas es decir, no ajustadas a la realidad de los contextos donde se va a intervenir.

Deberíamos trabajar poniendo el énfasis en el desarrollo de factores de protección y actuando así para minimizar los factores de riesgo y tener en cuenta todos los factores de riesgo existentes de tipo personal, familiar y social, que en muchos casos, están presentes desde que el alumno o alumna comienza le etapa de educación infantil sin que se preste una especial atención a estas situaciones, contribuyendo así a la aparición futura de problemas de conducta que se han ido gestando a lo largo de los años.

¿Cómo podemos actuar teniendo en cuenta los factores de tipo personal?. Profundizando en la atención a la diversidad. Se han hecho ajustes del currículo general para desarrollar programas concretos dirigidos a un perfil determinado de alumnado, pero ese programa concreto, no se ajusta a las particularidades individuales de cada alumno o alumna que forma parte de ese perfil global al que se dirige el programa. Por tanto, estamos ante el reto de la verdadera individualización del proceso educativo al que aún no hemos llegado.

¿Cómo debería actuar el sistema educativo ante los factores de riesgo de tipo familiar?. Este es un aspecto muy importante de la prevención primaria pues en muchos casos nos encontramos con familias con escasos conocimientos, pobres recursos personales y actitudes negativas para afrontar su papel de padres o madres. Estas dificultades son claros factores de riesgo para el buen desarrollo psicosocal de sus hijos e hijas, por ello el sistema educativo junto con otras instituciones, deberían facilitar apoyo para el buen desarrollo de esa función parental, supervisando el mismo y realizando las intervenciones necesarias y ajustadas a las situaciones concretas.

¿Qué hacer ante los factores de riesgo social? Aquí, tendríamos que trabajar desarrollando programas concretos que favorecen un desarrollo psicosocial positivo como pueden ser, programas de desarrollo de habilidades sociales, de conocimiento y manejo de las emociones, desarrollo de autoconcepto positivo… Pero además, en este ámbito social no podemos dejar de tener en cuenta un aspecto de gran importancia como es el ocio. Favorecer el desarrollo de alternativas de ocio saludable es una tarea que la escuela, junto con otras instituciones, tiene que contribuir a educar. Manejar los tiempos de ocio con alternativas saludables, es algo que se puede o no aprender y en ello, la escuela tiene un papel protagonista pero necesita una continuidad más allá del contexto escolar, por lo que la coordinación con otras instituciones es fundamental.

Por tanto, como podemos ver, las tareas a desarrollar respecto a la prevención primaria requieren la participación coordinada de otros sistemas además del educativo, como son el sistema sanitario, social y también algunas ONGs y/o asociaciones que trabajan con colectivos concretos.

Para poder llevar a cabo una verdadera prevención primaria se observan una serie de necesidades con respecto al alumnado, al profesorado y a la familia y estas serían las siguientes:

Con respecto al alumnado, es necesario contemplar conjuntamente sus necesidades afectivo-emocionales, curriculares y de ocio.

Con respecto al profesorado en general, es necesario tener en cuenta la formación del mismo en aspectos relacionados con las manifestaciones conductuales, su significado, la relación con las emociones, con la comunicación…

No podemos olvidar la importancia de la formación de los servicios de orientación dada la relevancia de estos en el proceso de asesoramiento, acompañamiento e intervención en los casos. Deberíamos asegurar una formación mínima para todos los servicios de orientación de forma que la rotación de profesionales por los distintos servicios no "afectase ", en gran medida, a la

respuesta educativa ofrecida a un alumno o alumna cuando cambia el profesional o cuando ese alumnado cambia o es cambiado de centro como citamos más arriba.

Otra necesidad importante, a tener en cuenta, para poder desarrollar intervenciones con ciertas garantías de éxito, es la estabilidad en la plantillas de los centros escolares. En general la intervención en estos casos se tiene que contemplar a medio o largo plazo y es difícil el desarrollo de la misma en centros, donde el porcentaje de personal interino supera el 50%. Cada comienzo de curso implica casi empezar de cero la intervención, con alumnado que necesita, más que otros, referencias estables.

Deberíamos también contemplar la incorporación de nuevos perfiles profesionales a los centros educativos, como puede ser el de educador social, que en el caso de este alumnado podría jugar un papel muy positivo e importante respecto a la adquisición y manejo de habilidades para el desarrollo de un ocio sano, como señale anteriormente, sirviendo además de nexo entre los contextos escolar y social.

Para desarrollar una intervención que tenga como pilar fundamental la prevención primaria, nos encontramos con una serie de dificultades como son:

Las limitaciones de nuestro marco legal. En el se han establecido las etapas educativas, el horario, las áreas, el número de horas de las mismas… con muy poco margen de flexibilidad en todo ello.

La rigidez de nuestro sistema educativo. Esto impide o no facilita tomar medidas adecuadas a las necesidades individuales, si estas no están recogidas en la etapa educativa en la que se encuentra ese alumno o alumna.

La falta de agilidad en las respuestas de la administración. Pueden pasar meses sin responder sobre medidas solicitadas para una intervención que ofrezca una respuesta inclusiva, mientras el alumno o alumna asiste diariamente al centro escolar, teniendo que darle respuesta sin las condiciones adecuadas para ello.

El clima del centro. Este se ve siempre enrarecido con la existencia de alumnado con problemas de conducta. Las situaciones de este tipo nos ponen frente a nuestras limitaciones y en muchos casos, no queremos verlas, nos angustian… lo que contribuye a buscar responsables de la situación en el centro, respecto a los episodios que se dan con ese alumnado, respecto a su continuidad en el centro… y esto genera un clima negativo que no favorece la intervención con dicho alumnado.

Falta de unificación en los criterios de intervención. Con el alumnado intervienen diferentes personas y en general, no todas siguen los criterios adoptados para la intervención, lo que dificulta la misma y la evaluación que podamos hacer de ella. Pero lo más negativo es que esta falta de unificación en la respuesta, afectará negativamente al posible progreso positivo del alumnado.

Dificultades en la coordinación intra e interinstitucional. Como ya se ha dicho, con este alumnado, intervienen en general diferentes servicios, tanto educativos como externos al sistema educativo por lo que la adopción de medidas coordinadas se hace especialmente necesario y no siempre esto es posible, en ocasiones por la falta de cultura de la importancia del trabajo en red y en otras, porque ni siquiera existen tiempos específicos para dichas coordinaciones, que en estos casos deberían ser estrechas, constantes y fluidas.

DISCUSIÓN

La experiencia vivida a lo largo de los años, con los diferentes casos, en contextos escolares distintos, con diversas modalidades de escolarización, me lleva a plantear una serie de interrogantes que ayuden a reflexionar a las diferentes personas que puedan leer este trabajo y estos son los siguientes:

1- ¿Está nuestro sistema educativo preparado para dar respuestas individuales a esta problemática?

2- ¿Qué necesitamos para poner énfasis en la prevención primaria?

3- ¿Los cambios necesarios son solo cuestión de recursos?

4- ¿Han permitido nuestras leyes educativas la verdadera individualización del proceso educativo?

5- ¿Los planteamientos de formación facilitan unos conocimientos mínimos para abordar la problemática?

6- ¿La orientación educativa no especializada contribuye a dar calidad a las respuestas ofrecidas?

CONCLUSIONES

Con todo lo expuesto, me gustaría señalar una serie de reflexiones sobre aspectos básicos, que deberían ser tenidos en cuenta en el diseño y puesta en práctica de la intervención con el alumnado que presenta problemas graves y/o trastornos de conducta:

1. Las manifestaciones conductuales son manifestaciones comunicativas.

2. Comprender lo que subyace a la manifestación conductual nos ayuda a plantear la intervención

3. Hay que contemplar la globalidad del individuo concreto y sus contextos para proponer una intervención ajustada y realista.

4. Es imprescindible contar con una figura estable de referencia.

5. La información generada a lo largo de la intervención debe de ser gestionada por una única persona para garantizar una toma de decisiones ajustada.

6. No enviar mensajes contradictorios desde las distintas personas o instituciones que intervienen.

7. Establecer tres tipos de objetivos de trabajo en la intervención (inmediatos, a medio y a largo plazo).

8. Generar expectativas realistas.

9. Utilizar un lenguaje positivo con y hacia el alumno o alumna.

Cualquier intervención que se establezca para dar respuesta a un alumnado que presenta muchas dificultades en las relaciones interpersonales, tiene que tener como objetivo último mejorar la calidad de vida de dicho alumnado y por tanto, de las personas que le rodean en los diferentes contextos. Para ello la intervención tiene que ofrecer respuestas: "Integrales, Flexibles, Coordinadas y Permanentes " (Pérez et al. 2016).

A modo de conclusión final, me gustaría señalar que todo el alumnado tiene derecho a una atención de calidad, que respete las características y necesidades individuales y esta, debe ser ofrecida por un sistema educativo compensador de las dificultades, debiendo, las mismas, ser atendidas, al menos, desde los primeros momentos de la detección, si no se hace previamente interviniendo sobre los factores de riesgo, esta sería la actuación verdaderamente compensadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainscow, M. (2000). Desarrollo de Escuelas Inclusivas. Madrid. Narcea

Anaya, D. (2002). Diagnostico en educación. Madrid. Sanz y Torres.

Arco, J.L., Fernández, A. (2004). Necesidades educativas especiales. Manual de evaluación e intervención psicológica. Madrid. McGraw-Hill.

Arnáiz, P. (2003). Educación inclusiva. Una escuela para todos. Málaga. Aljibe.

Cabrerizo, J y Rubio, M. J. (2007). Atención a la diversidad. Teoría y Práctica. Madrid. Pearson.

Carlson, N.R. (1993): Fisiología de la conducta. Barcelona. Ariel.

Carr, E. et al. (1.994/1.996). Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio positivo. Madrid. Alianza.

Carulla, L.S., Novell, R., Rueda, P., & Forgas, E. (2002) Salud Mental y Alteraciones de la Conducta en las Personas con Discapacidad Intelectual. Guía Práctica para Técnicos y Educadores. Madrid. FEAPS

Casanova, M. A, Cabra de Luna, M. A. (Coords.) (2009). Educación y personas con discapacidad: presente y futuro. Madrid. Fundación ONCE.

Fernández, G.M., Pérez, M.C. & Pino M.J. (2014) Evolución de la educación especial y diversidad de respuestas educativas. En AEPC (Ed.), *Avances en ciencias de la educación y del desarrollo 2014*, 425-456. Disponible en: http://congresoeducacion.es/edu_web5/librodecapitulos.html

Fernández, G.M., Pérez, M.C. & Martínez M.L.(2016) *Evolución de la educación especial y análisis de la situación actual en Asturias*. Oviedo. Ediuno

Ferré, J., & Aribau, E. (2008) El desarrollo neurofuncional del niño y sus trastornos. Barcelona. Ediciones Lebón

Franco, M. (1998) Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Evaluación e Intervención. Zamora. Edintras.

García Sánchez, J.N. (1999) Intervención Psicopedagógica en los Trastornos del Desarrollo. Madrid. Pirámide

Goñi, M.J., Martínez, N, & Zardoya, A. (2008) Apoyo conductual positivo. Algunas Herramientas para afrontar las conductas difíciles. Madrid. FEAPS. Cuadernos de buenas prácticas.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la mejora de la calidad educativa. (LOMCE). Grau, C. (1994). Educación Especial, integración escolar y necesidades educativas especiales. Promolibro, Valencia.

Martínez- Pecino, & R., Guerra, J.M (coord). (2014). Aspectos psicosociales de la comunicación. Madrid. Pirámide

Paula, I. (2015). La ansiedad en el autismo. Comprenderla y tratarla. Madrid. Alianza Editorial.

Pérez, F., & Timoneda, C. (2000): Neuropsicopedagogía. Cognición, Emoción y Conducta. Girona. Universitat.

Pérez, M.C., Pino M.J., Albuerne S., Duarte M.T., Cueto L., & Victorero P. (2016 Discapacidad intelectual y Problemas de conducta: Guía Práctica de intervención. Madrid: EOS.

Pérez, M.C. (2017) La situación actual de la atención a la diversidad: cambios necesarios. *Educar y Orientar, nº* 6, 18-21. Disponible en: http://www.copoe.org/revista-copoe-educar-y-orientar/n6-mayo-2017

Stainback, W. (2001). Aulas inclusivas. Un nuevo modo de enfocar y vivir el currículo. Madrid. Narcea.

Torres, J. (1999). Educación y diversidad. Bases didácticas y organizativas. Archidona. Aljibe.

UNESCO (2009). La educación inclusiva: el camino hacia el futuro. Oficina Internacional de Educación. Ginebra.

Verdugo, M.A. (2009) Discapacidad Intelectual Adaptación Social y Problemas de Comportamiento. Madrid. Pirámide

Watzlawick, P., Heimick, J. & Jackson, D. (1985). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder .

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

EL SENTIDO DE LA VIDA Y LA RESILIENCIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

SENSE OF LIFE AND RESILIENCE IN PATIENTS WITH DEPRESSION

Mª Milagros Armas-Arráez[1*], Antonio Sánchez-Cabaco[2] y Antonio López-Castedo[3]

[1]Doctora en Psicología por la UPSA, Psicóloga Clínica del Hospital Santa Cruz y Psicóloga Forense externa del IML

[2]Catedrático de Psicología Básica de la UPSA

[3]Profesor Titular de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la UVIGO

Resumen

La sociedad necesita esperanzas y desarrollar valores para el bienestar, utilizando la resiliencia ante las dificultades vitales, porque la falta de sentido de la vida lleva a la depresión. Se pretende determinar las diferencias del sentido de la vida en función de distintas variables (sexo, edad, nivel de estudios, lugar de residencia, la religión y su práctica, la experiencia vicaria y propia ante la muerte) en una muestra de pacientes con depresión. Operativamente, se trata de explicar cómo el sentido de la vida influye en los trastornos depresivos, evaluando el constructo sentido de la vida, a través del inventario PIL, realizando una investigación de corte cuantitativo. Los resultados muestran diferencias en las variables analizadas, que pueden explicar el sentido de la vida. Por tanto, la vida cargada de sentido, no sólo evita la depresión, sino que aumenta resiliencia ante las dificultades cotidianas.

Palabras clave: sentido de la vida, depresión, bienestar, valores, resiliencia.

Abstract

Society needs hope and develop values for well-being, using resilience in the face of vital difficulties, because the lack of meaning of life leads to depression. It is intended to determine the differences in the meaning of life according to different variables (sex, age, level of education, place of residence, religion and practice, vicarious experience and death) in a sample of patients with depression. Operationally, it is about explaining how the meaning of life influences depressive disorders, evaluating the construct meaning of life, through the PIL inventory, conducting a quantitative research. The results show differences in the analyzed variables, which may explain the meaning of life. Therefore, life full of meaning not only avoids depression, but also increases resilience to everyday difficulties.

Keywords: Sense of life, depression, well-being, values, resilience.

El consumismo exacerbado ha alejado a las personas del sentido de su existencia, llevándolos a la búsqueda del efímero placer, por lo que se necesitan aportaciones significativas que les llenen de esperanza y metas. Otros cambios en pautas religiosas hacen necesario el renacer de la espiritualidad y la autosatisfacción personal, sin olvidar los valores y el desarrollo de una conciencia moral, para alcanzar el bienestar siendo resilientes ante las dificultades del desempeño vital.

Desde la perspectiva de la psicología existencial humanista, el sentido de la vida supondría el afrontamiento de las dificultades, dando sentido al sufrimiento y buscando lo más altos valores más allá del placer inmediato (Frankl, 1994). Puesto que una postura de huida y comportamientos regresivos nos pueden llevar a la depresión. Mientras, la perspectiva de la psicología positiva postula la búsqueda de la felicidad, desarrollando las fortalezas y los vínculos positivos con los demás, para alcanzar los auténticos valores (Seligman, 2011). La felicidad requiere un cambio de planteamiento sobre las acciones del ser humano y un cambio en las cogniciones de los sucesos para el bienestar. De lo que se suscita que la disconformidad con el sentido de la vida, podría provocar depresión.

*Correspondencia: Mª Milagros Armas Arráez.
C/ Méjico nº 66. Arrecife.
C.P: 35500, Islas Canarias, España.
E-mail: milagrosarmaspsicologa@hotmail.com

Existe una amplia literatura, sobre la relación entre lo que el individuo experimenta en el plano vital (del sentido y el propósito existencial) con el vacío existencial: en jóvenes (Dewitz, Woolsey & Walsh, 2009), en universitarios (Cuny, 2007), en la educación superior (Cabaco, Risco & Salvino, 2008) y en la vejez (Herrera, 2006), entre otros. Sin embargo, existe muy pocos estudios sobre el sentido de la vida en depresión (Arango & Ariza, 2014).

Algunos estudios, sobre el sentido de la vida en psicopatologías ponen de manifiesto que la desesperanza es un predictor, moderado o alto, de riesgo de suicidio y el sentido de la vida, un indicador nulo o bajo de suicidio (García-Alandete, Gallego-Pérez & Pérez-Delgado, 2009). A su vez, el sentido de la vida produce un efecto mediador entre la depresión y la desesperanza en TLP (Marco, García-Alandete, Pérez & Botella, 2014) y que la desmoralización del final de la vida y la depresión eran significativamente distintas por la falta de sentido y de realización sobre todo en la vejez (García-Soriano & Martín, 2008). Por tanto, la falta de sentido de la vida podría predisponer a la depresión.

El sentido de la vida depende del bienestar subjetivo, de la valoración de la propia vida, de la satisfacción personal, de las metas y objetivos, porque promueven la búsqueda de sentido en todas las áreas de la vida (Gómez, Medina & Aguilar, 2011). Una conversión de la actitud existencial implica replantearse que el sentido es igual al sufrimiento vivido, mirado con una correcta actitud (Miramontes, 2014), reelaborando las experiencias difíciles y con la necesidad de formar la moral (Chacón, 2014). Los sesgos de la información emocional, tanto la evitación, como la negación y el pensamiento ilusorio, llevan a esquemas disfuncionales que pueden llevar a la depresión (Cámara & Calvete, 2010). La resiliencia se adquiere ante situaciones difíciles y se consigue con la búsqueda de sentido y positividad en la vida, reelaborando esas experiencias.

En esta línea, la presente investigación tiene como objetivo analizar la fiabilidad como criterio métrico de la calidad global (consistencia interna) y la estructura factorial exploratoria del PIL en pacientes con depresión, y, por otra, identificar las variables (edad, género, estudios, procedencia, clase social, materia religiosa, práctica religiosa, experiencia vicaria y experiencia propia cercana a la muerte) asociadas al sentido de la vida en pacientes con depresión.

MÉTODO

La investigación se llevó a cabo con una la **participación** de una muestra, de la comunidad de Canarias, no probabilística de 200 sujetos con edades comprendidas entre los 16 y los 70 años, con una media de edad de 36,64 años y una desviación típica de 11,68. De los 200 sujetos, 68 son hombres y 132 mujeres, una considerable feminización de la muestra. Todos los sujetos fueron diagnosticados desde psiquiatría y derivados a consulta para la realización de psicoterapia. Se obtuvo el consentimiento informado de participación y se respetaron todos los procedimientos éticos en esta investigación.

El **material** utilizado ha sido el instrumento PIL (Purpose in life) diseñado por Crumbaugh y Maholick (1964) y cuya adaptación y validación española fue realizada por Noblejas (1994, 2011). Se trata de una escala de actitud diseñada para medir el grado en que el individuo experimenta que su vida tiene sentido y propósito, así como para detectar el vacío existencial. Está formada por 20 ítems, en los que el sujeto se posiciona en una escala tipo Likert de 1 a 7 entre dos sentimientos extremos. La posición 4 se considera neutral y se emplean distintos términos descriptivos para las dos posiciones extremas (1 y 7). La puntuación obtenida en la prueba es la simple suma de los valores señalados. La corrección es directa, excepto para los ítems 2, 5, 7, 10, 14, 15, 17, 18 y 19, para los cuales se invierten las puntuaciones de las respuestas. La interpretación de la prueba es en sentido ascendente: las mayores puntuaciones en el PIL indican mayor sentido de la vida. Se tomaron los baremos americanos de Crumbaugh y Maholick (1964) y español Noblejas de la Flor (2011), para establecer las correspondencias entre ambos en relación con la muestra.

El **procedimiento** de cálculo se realizó empleando el programa de análisis estadístico SPSS. 20 para Windows con los siguientes análisis: el análisis de frecuencias y porcentajes de cada una de las variables, las puntuaciones medias y desviación típica de las variables cuantitativas: puntuación directa, media y desviación estándar (DE), análisis de varianza (ANOVA), análisis de fiabilidad a través del Alpha de Cronbach, y análisis de validez por medio del Análisis Factorial Exploratorio (AFE).

El **diseño** se encuadró dentro del enfoque cuantitativo de corte: descriptivo, porque el propósito de describir, en este caso, el sentido de la vida en las personas

con una psicopatología depresiva; comparativo, porque evalúa las diferencias existentes en el sentido de la vida en las personas con depresión en función de las variables estudiadas; correlacional, porque mide el grado de relación que existe entre dos o más variables; y analítico, ya que busca las causas de los fenómenos. Además, se definió como una investigación no experimental, es decir, se realiza sin manipular deliberadamente variables, observando el fenómeno (sentido de la vida) tal como se da en su contexto natural (psicopatología de depresión), para posteriormente ser analizado; de carácter transversal, al recolectar los datos en un solo momento, con el propósito de conocer y profundizar sobre el sentido de la vida en psicopatología depresiva.

RESULTADOS

La utilización de todo instrumento de medición en un estudio científico, conlleva la necesidad de analizar la calidad de sus características técnicas. Entre los requisitos que estos deben reunir, destacan fiabilidad y validez, sin olvidarnos de otros factores como sensibilidad, adecuación, objetividad, viabilidad, economía, facilidad, administración y corrección, entre otros. La fiabilidad es la característica básica que deben reunir los instrumentos de medida y, por tanto, se entiende como la exactitud de los datos en el sentido de estabilidad, repetitividad o precisión. Para estudiar la fiabilidad del PIL, se adoptó el enfoque de la fiabilidad como consistencia interna, utilizando el procedimiento del Coeficiente Alpha de Cronbach, obteniéndose un coeficiente de ,89. Todos los ítems que conforman la Escala Sentido de la Vida (PIL), mantuvieron una correlación corregida elevada con la puntuación total de la escala con un rango que oscila entre ,27 y ,66. Sin embargo, se observó que el ítem 15 presentaba un valor inferior a ,20, siendo eliminado del banco de ítems por ser indiferenciador, ya que aporta escasa o ninguna información útil sobre lo que se está midiendo y no tiene sentido combinarlo con el resto de ítems, para obtener una puntuación total. Al eliminarlo el coeficiente Alfa de Cronbach obtenido es e ,90. En general, se puede concluir a partir de los datos obtenidos que la fiabilidad alcanzada en el PIL es alta y cercana a la que se ha hallado en estudios previos, por lo que apoyan su uso como un instrumento fiable de evaluación del sentido de la vida.

La validez factorial del PIL se evaluó mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) de los ítems, utilizando la técnica de extracción de ejes principales y el método de rotación varimax. Previo al análisis, se utilizó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que ofrece un valor de ,897, superior a ,800, que es lo normalmente exigible e indicando que las correlaciones entre parejas de ítems pueden ser explicadas por los restantes ítems seleccionados, y la prueba de esfericidad de Bartlett (χ^2 = 3409,298; *gl* = 171; *p*<,000) mostrando que los ítems no eran independientes, por lo que se garantiza que el análisis factorial es adecuado y el modelo consigue un buen ajuste. El Determinante obtenido de las correlaciones es de ,0005, lo que pone de manifiesto una alta presencia de correlaciones y, por tanto, se vuelve a confirmar el ajuste al modelo factorial. Asimismo, se consideraron en este análisis los criterios usuales de extracción de factores con valores propios superiores a uno. La interpretación de la estructura factorial obtenida identificó 3 factores que explican el 53,75% de la varianza de los datos (tabla 1), con saturaciones que oscilan entre ,43 y ,76, criterio a partir del cual son consideradas como buenas (Comrey, 1973).

El *primer factor* que explica el 38,33% de la varianza y por su contenido se denomina "valor de vida". El *segundo factor*, explica el 8,88% de la varianza, y se etiquetó como "capacidad de significado". El *tercer factor*, explica el 6,54% de la varianza, y mide "responsabilidad y sentido de la vida".

Para identificar las variables asociadas al sentido de la vida en personas con diagnóstico de depresión se lleva a cabo un análisis inferencial. En la tabla 2, se puede observar la incidencia significativa SI/NO de las variables independientes en el sentido de la vida, así como, el perfil del mayor sentido de la vida de los sujetos con depresión.

En el análisis estadístico se pone de manifiesto diferencias significativas en función de la edad ($F_{3, 19}$ = 77,782; *p* =,000) entre los sujetos de 35-46 años con los de 16-27 años, 28-34 y 47-70; procedencia ($F_{2, 197}$ = 3,124; *p* =,046), entre los sujetos de residencia rural y semiurbana; la clase social ($F_{2, 197}$ = 3,034; *p* = ,049), encontrando diferencias entre la clase media baja y media alta; y, por último, experiencia vicaria de la muerte ($F_{4, 195}$ = 3,265; *p*=,013), manifestándose entre los que han tenido la experiencia vicaria entre 1-3 años y los que la han tenido hace más de 3 años, y entre los que han tenido la experiencia entre 1-3 años y los que la han tenido entre 1 y 6 meses. Por otra parte, no

Tabla 1
Análisis validez de constructo del PIL en depresión

FACTOR	DENOMINACIÓN	% VARIANZA	N° ÍTEMS
1	Valor de vida	38,33	9
2	Capacidad de significado	8,88	8
3	Responsabilidad y sentido de la vida	6,54	2

Tabla 2
Variables que influyen en el sentido de la vida

VARIABLES INDEPENDIENTES	SIGNIFICACIÓN	
Edad	SI	(35-46)
Género	NO	(Mujeres)
Estudio	NO	(Estudios superiores)
Procedencia	SI	(Rural)
Clase Social	SI	(Media-alta)
Materia Religiosa	NO	(Otra/ninguna)
Práctica Religiosa	NO	(Casi siempre/ siempre)
Experiencia Vicaria	SI	(1-3 años)
Experiencia Personal	NO	(No han tenido)

se encuentran diferencias significativas en las variables: género ($t_{1, 198}$ = 1,622; p=,204), exhibiendo las mujeres mayor sentido de la vida; estudios ($F_{4, 195}$ =1,785; p=,133), apreciándose mayor nivel en los que tienen Estudios superiores; materia religiosa ($F_{1, 198}$ =,597; p = ,441), presentando mayor sentido de la vida los que profesan otras religiones o ninguna; práctica religiosa ($F_{2, 197}$ =,742; p = ,478), a mayor practica más sentido de la vida; y, finalmente, la experiencia personal con la muerte ($t_{1, 198}$ = 1,066; p=,303), presentando mayor sentido de la vida aquellos que no han tenido esta experiencia.

DISCUSIÓN

El instrumento aplicado obtiene una alta fiabilidad por cualquiera de los procedimientos utilizados, además de tener validez, lo cual indica, que el PIL es válido de aplicar en sujetos con depresión, para estimar su sentido de la vida, como ya apuntaba Noblejas (2000) al comparar el logotest y el PIL, siendo el PIL considerablemente más fiable.

Los resultados de la aplicación del PIL en la muestra de pacientes con depresión se ha observado el bajo sentido de la vida en estos pacientes, ya que la falta de sentido puede llevar a un estado de ánimo depresivo y riesgo del suicidio, en consonancia con Marco (2014) y Garcia-Alandete et al (2009), que asociaban la falta de sentido con la desesperanza y el vacío existencial, conceptos muy relacionados con estar deprimido y coherentes con nuestros resultados.

Con respecto a la edad, muestran más sentido de la vida los sujetos comprendidos entre la edad de 35-46 años y los de 16-27 años manifiestan menor sentido de la vida. Podemos suponer que los menores de 28 años, se preocupan por la incertidumbre de su futuro y les produce insatisfacción el presente, que refleja ese menor sentido de su vida; mientras que los mayores de 46 años se preocupan por la finalización de su vida, planteándose si tiene sentido su vida, pudiendo ocasionar un desajuste del bienestar. Es probable que los resultados de otros investigadores, en referencia a que a mayor edad existe mayor sentido de la vida (Francke, 2013; Moya, 2007), se deba a que utilizan una muestra más envejecida.

Las mujeres muestran más sentido de la vida, aunque la diferencia con los hombres no es significativa. Podría deberse a la mayor expresión de los sentimientos por parte de la mujer, que le hace liberarse de sentimientos negativos, y por la valoración de más acontecimientos positivos en el día a día, como apoyan autores (García-Alandete, Gallego-Pérez & Pérez-Delgado, 2009; Molasso, 2006), que si encontraron diferencias significativas. Por otra parte, la variable estudios no refleja diferencias relevantes, siendo únicamente los sujetos con estudios superiores los que tienen más sentido de la vida, sobre todo comparándolos con los de formación profesional.

Atendiendo a la procedencia se aprecian diferencias entre los sujetos de residencia rural y semiurbana. Los que residen en el medio rural exhiben más sentido de la vida frente a los del semiurbano. Las diferencias podrían deberse a que sujetos con depresión se sienten relajados y aislados en el área rural o a que tienen menos estímulos efímeros. A su vez, los sujetos de clase social media-baja señalan un mayor sentido con la vida que los de clase media y media-alta. Contradice otros estudios, los cuales observaban que la clase social más alta eran poseedores de más sentido de la vida, que las clases sociales más desfavorecidas (Brenlla, Salvia & Rodríguez, 2004). Sin embargo, se observa que en la

depresión la relación es inversa a menor clase social más sentido de la vida.

En función de la materia religiosa no se presentan diferencias significativas, contrariamente a lo obtenido por otros autores (García-Alandete et al., 2011; Kojetin et al., 1987). Creemos que el sentido de la vida está más relacionado con la espiritualidad (Brenlla, Salvia & Rodríguez, 2004), qué con el tipo de religión profesada, por lo que la dimensión de espiritualidad es una fuente de provisión de sentido. Asimismo, no encontramos relación significativa entre práctica religiosa y sentido de la vida, como ocurrió en el estudio de García-Alandete (2012). Conviene resaltar que hay claves, como el tipo de psicopatología, que también resultan relevantes (Armas, López-Castedo, Cabaco & Urchaga, 2014).

El tiempo transcurrido de la experiencia vicaria de la muerte parece afectar al sentido de la vida, en aquellos que han tenido tal experiencia entre 1 y 3 años, porque probablemente han pasado el proceso de duelo y profundizan en el sentido a su vida tras la pérdida. Así, en la experiencia personal con la muerte, el sentido de la vida es ligeramente superior entre los que no han tenido ese tipo de experiencia. La investigación de Rodríguez (2007), con pacientes oncológicos, pone de manifiesto que aquellos con mayor sentido de la vida presentan menor depresión. Otros estudios muestran que el sentido de la vida es predictor de salud (Litwinczuk & Gran, 2007). Se puede pensar que quienes han tenido una experiencia próxima a la muerte y tienen poco sentido de la vida pueden generar depresión, porque no hayan digerido su experiencia, por falta de resiliencia.

CONCLUSIONES

El PIL es un instrumento fiable y válido para medir el constructo "sentido de la vida". El sentido de la vida en los pacientes con depresión es bajo y se observan variaciones en el sentido de la vida según las variables estudiadas, lo que nos indica que a nivel intervención deberían considerarse estas claves. Así, las herramientas derivadas de la Logoterapia de Frankl y la Psicología Positiva de Seligman, pueden aportar luz al sentido de la vida considerando el peso que tienen estas variables en la modulación del significado vital.

A nivel preventivo se necesita una intervención global para cambiar el concepto del sufrimiento y ayudar a dar sentido a la existencia. Creemos que la búsqueda de significado en la vida, conllevaría reformular las percepciones, esquemas vitales y actitudes que ayuden a recuperar la sensación de bienestar en situaciones difíciles. Además, tenemos que cambiar los esquemas de percepción fortaleciendo los valores y capacidades personales, para que cualquier cambio negativo sea adaptativo, generando resiliencia.

Se propone psicoeducación y psicoterapia orientada hacia el sentido de la vida, para evitar estados depresivos y mejorar la calidad de vida, fortaleciendo valores y la resiliencia en personas afectadas por esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arango, M. A. & Ariza, S. (2014). *Relación entre sentido de vida y recursos noológicos en pacientes diagnosticados con depresión mayor con ideación suicida* (Doctoral dissertation). Universidad de la Sábana. Chía.

Armas, M., López-Castedo, A., Cabaco, A.S. & Urchaga, J.D. (2014). Estudio del sentido de la vida y su relación con la religiosidad en dos muestras clínicas (ansiedad, depresión). *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2,* 134-159.

Brenlla, M. E., Salvia, A. & Rodríguez, M. (2004). *Sentido de la vida y espiritualidad*. Versión electrónica. Recuperado de http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo32/files/cap7-2004.pdf

Cabaco, A. S., Risco, A. & Salvino, E. (2008). Desarrollo de competencias actitudinales en la Educación Superior. Búsqueda de sentido vital y felicidad. *Naturaleza y Gracia, 3*, 697-721.

Cámara, M. & Calvete, E. (2010). El papel de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. *Psicología Conductual, 18* (3), 491.

Chacón, N. (2014). El enfoque ético, axiológico y humanista como fundamento de la labor educativa. Algunas experiencias y resultados de su aplicación. *Congreso de la Universidad, 3*(2), 1-13.

Comrey, AL (1973). *A first course in factor analysis*. New York: Academic Press.

Crumbaugh, J. C. & Maholick, L.T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl´s concept of noogenic neurosis. *Journal of ClinicalPsychology, 20* (2), 200-207.

Cuny, J. A. (2007). Exploración de la intensidad motivacional para la búsqueda del sentido de la

vida en estudiantes universitarios de Psicología. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología, 10,* 161-177.

Dewitz, S. J., Woolsey, M. L. & Walsh, W. B. (2009). College Student Retention: An Exploration of the Relationship Between Self-Efficacy Beliefs and Purpose in Life Among College Students. *Journal of College Student Development, 50*(1), 19-34.

Francke, M. L. (2011). El sentido de la vida y el adulto mayor en el área metropolitana de Monterrey. *Psicogerontología, 1,*33.

Frankl, V. E. (1994). La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre Logoterapia. Barcelona: Herder.

García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del Pensamiento,8*(16),13-29.

García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F. & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y Desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychological, 8*(2), 447-452.

García-Alandete, J., Martínez, E., Sellés, P. & Soucase, B., (2012). Orientación religiosa y sentido de la vida. *Universitas Psychologica, 12*(2), 363-374.

García-Alandete, J., Martínez, E. R., Soucase, B. & Gallego-Pérez, J. F. (2011). Diferencias asociadas al sexo en las puntuaciones total y factoriales del Purpose-In-Life Test en universitarios españoles. *Universitas Psychologica, 10*(3), 681-692.

García-Soriano, G. & Martín, P. B. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida:¿desmoralización o depresión?. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 13*(2), 123-133.

Herrera, L. Y. (2006) Implicaciones de psicoterapia existencialista en la búsqueda de sentido en la vejez. *Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 184,* 199-246.

Kojetin, B. A., McIntosh, D. N., Bridges, R. A. & Spilka, B. (1987). Quest: Constructive search or religious conflict? *Journal for the Scientific Study of Religion, 26*(1), 111-115.

Litwinczuk, K. & Gran, C. (2007). The relationship between spirituality, purpose in life and well-being in HIV-positive persons. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care, 18*(3), 13-22.

Marco, J.H, García-Alandete, J., Perez, S. & Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *BehavioralPsychology / Psicología Conductual, 22*(2), 293-305.

Miramontes, F. (2014). La teoría del sentido del sufrimiento. Fundamentación filosófica de una terapéutica. *Revista Mexicana de logoterapia, 2,* 31-37.

Molasso, W. R. (2006). Exploring Frankl´s purpose in life with collage students. *Journal of Collage y Character, 7*(1), 1-10.

Noblejas, M. A. (2000). Fiabilidad de los tests PIL y Logotest [Versión electrónica]. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial, 4*, 81-90.

Noblejas, M. A. (2011). El sentido de la vida, dimensión evolutiva. Hallazgos empíricos en la baremación del test PIL (Purpose In Life) en España. *Journal of Transpersonal Research, 3*(1), 30-38.

Rodríguez, M. I. (2007). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico.* [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina.

Seligman, M. E. (2011). *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B.

FUNDAMENTACIÓN DE LA TERAPIA DE RELAJACIÓN ACUÁTICA

FOUNDATIONS OF THE AQUATIC RELAXATION THERAPY

Fátima Vera Constán*

Universidad de Murcia, Colegio Oficial de Psicólogos de la Región de Murcia, Asociación de Psicología Perinatal Murcia

Resumen

Las técnicas de relajación han sido herramientas muy útiles en la intervención psicológica, tanto como un fin último o como un medio necesario para la puesta en marcha de otros tratamientos. Desde el simple control de la respiración o la respiración diafragmática, pasando el entrenamiento autógeno de Schultz o la relajación progresiva de Jacobson, hasta incluso la meditación o el más actual uso del mindfulness, todas estas técnicas comparten en mayor o menor medida el hecho de trabajar la relajación muscular, la atención a la respiración y la conciencia corporal. La terapia acuática o hidroterapia y sus diferentes variantes han sido y son ampliamente utilizadas en la recuperación y tratamiento de afecciones principalmente de carácter fisiológico. Recientemente se han hecho populares algunas prácticas de relajación acuática en personas sin condiciones médicas con el objetivo de la relajación o incluso de fomentar estados meditativos (i.e. watsu, janzu, etc).

Con el objetivo de dotar de fundamento la Relajación Acuática, se evaluó la sintomatología ansiosa en una muestra no clínica (N = 10) con el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck y Ster, 2011) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberg, Gorsuch, y Lushene, 1970), además de la ansiedad autoinformada antes y después de la sesión de Relajación Acuática. Los participantes también completaron un cuestionario sobre las sensaciones y experiencias antes, durante y después de la sesión, basado en el Cuestionario de Estados de Conciencia de González de Rivera y García-Trujillo (1996). Los análisis indicaron que la participación en la sesión acuática redujo la ansiedad así como las sensaciones negativas. Por otra parte, las sensaciones y experiencias positivas incrementaron de manera significativa, además de inducir experiencias asociadas a estados meditativos.

Pese a la gran variedad de cuestiones que requieren de más investigación, la Relajación Acuática se presenta como una herramienta eficaz que pueda ser incluida como parte del repertorio en intervención psicológica.

Palabras clave: Ansiedad, Relajación Acuática, Watsu, Janzu, Meditación

Abstract

Relaxation techniques have been powerful tools in psychological work for relaxation itself and as part of wider treatments. The breathing conscience, the diaphragmatic breathing, the Autogenic Training by Schultz, the Progressive Relaxation by Jacobson, or even the mindfulness, share in their basis the muscle relaxation, the focus on breathing and the body conscience. Aquatic therapy or hydrotherapy, and their variations, have been widely used in recovering processes and several affection treatment, mainly physiological ones. Aquatic relaxation has become also popular in non-clinical population for just wellness or encouraging meditative states (i.e. watsu, janzu, etc).

Anxiety symptoms were evaluated in a non-clinical sample (N = 10) through the Anxiety Inventory of Beck (Beck & Ster, 2011) and the Stai-Trai Anxiety Inventory (STAI) (Spielberg, Gorsuch, & Lushene, 1970). Moreover, the autoinformed level of anxiety before and after the aquatic relaxation was also collected. Participants also complimented a questionnaire about feelings and experience before, during and after the session base on the questionnaire

*Correspondencia: Fátima Vera Constán.
Campus Universitario de Espinardo.
C.P: 30100 Murcia, España.
E-mail: fatima.vera@um.es

"Cuestionario de Estados de Conciencia" by González de Rivera y García-Trujillo (1996). Analysis indicated that participation in the aquatic session decreased anxiety and negative feelings. In addition, positive feelings and experiences increased significantly and induced to meditative experiences''.

Although many questions remain unsolved, Aquatic Relaxation is an effective tool available for its inclusion in the psychological repertory for therapeutic intervention.

Key words: Anxiety, Aquatic Relaxation, Watsu, Janzu, Meditation.

Actualmente en psicológica es común utilizar herramientas como son el entrenamiento autógeno (Schultz, 1969; 1932) o la relajación progresiva (Jacobsen, 1929) como parte de la intervención. Pese a que anteriormente ya se conocían y practicaban métodos efectivos para ello como el yoga o la meditación zen (Prathikanti, y otros, 2017), es a raíz de la presentación de esas técnicas en el campo de la Psicología cuando se busca el uso de tales herramientas desligadas de la filosofía subyacente. Fue a partir de los años setenta que se publicaran los primeros estudios científicos sobre los efectos de la relajación y la meditación a nivel fisiológico y cognitivo (Wallace, Benson, y Wilson, 1971). Actualmente podríamos decir que nos encontramos en el mismo punto acerca de dotar de substrato científico a las llamadas terapias de tercera generación (Demarzo, y otros, 2017; Rathschlag y Memmert, 2014).

De manera similar sucede con las terapias acuáticas. Probablemente desde los inicios de la humanidad (de Vierville, 1997) el ser humano ha utilizado el agua como fuente de bienestar y curación. El trabajo dentro del agua reporta una serie de beneficios generales a nivel fisiológico como puedan ser propios de la hidroterapia (talasoterapia, balnearioterapia, spa,...) o más específicos, habiéndose desarrollado y adaptado diferentes técnicas (i.e. Bad Ragaz, FeldenKrais acuático, Halliwick) al tratamiento de dolencias físicas y neurológicas (Becker, 2009; Morris, 1994). También se han adaptado al agua otras prácticas como el Tai-Chi (Ai Chi) o el Shiatsu (Watsu) (Weber-Nowakowska, Gebska, y Zysniewska-Bazaskav, 2013) aplicado incluso en afrontamiento del estrés en situaciones especiales como embarazos (Schitter, Nedeljkovic, Baur, Fleckenstein, y Raio, 2015). Se reconocen los orígenes del Watsu en los años ochenta por Harold Dull como quien adaptó los conocimientos del Zen Shiatsu al agua. En esas mismas fechas otra corriente bautizada con Janzu surge en la Inda de la mano de Megumi Banno y Juan Villatoro. Ambas técnicas se llevan a cabo dentro de agua caliente y consisten en realizar una serie de movimientos y estiramientos, con más o menos atención a puntos y meridianos de acupuntura. Existen variaciones más o menos sutiles entre los métodos y sus variables, las manipulaciones y la filosofía subyacente. No es objetivo de este estudio describir las características y diferencias de las técnicas (véase por ejemplo Schoedinger, 1997) ni tampoco discutir aquí sobre orígenes u objetivos. Sin embargo, sí nos centramos en evaluar a nivel experimental la capacidad de estas técnicas acuáticas como una posible herramienta eficaz en el tratamiento de la ansiedad y el estrés. En concreto, siguiendo la versión más centrada en el movimiento sin atención a puntos de acupuntura, es decir la técnica de movimiento en el agua desprovista de la tradición oriental (Janzu, discípulos de Juan Villatoro y posteriormente de María Ornelas). El objetivo principal de este estudio es explorar los beneficios psicológicos reportados casi como efectos secundarios durante las terapias acuáticas ya sean estas centradas en el trabajo más puramente físico o con intención de obtener relajación (véase Becker y Cole, 1997). Y que así, la Relajación Acuática pueda constituir una herramienta como parte de la intervención terapéutica propia de la psicología.

El trabajo en el agua caliente (Becker, Hildenbrand, Whitcomb, y Sanders, 2009; Becker, 2009; Hildenbrand, Becker, Withcomb, y Sanders, 2010) en general activa el Sistema Nervioso Parasimpático y suprime el Sistema Nervioso Simpático (entre otros efectos favorece la circulación vascular, facilita la ventilación pulmonar, estimula el sistema inmunitario, potencia la relajación muscular,...). Además de manera específica, la relajación en el agua parece incidir a nivel emocional o induciendo estados meditativos (Schoedinger, 1997). Los cambios fisiológicos durante ejercicios de meditación y relajación profunda modulan el Sistema Nervioso Autónomo (García-Trujillo y González de Rivera, 1992) sin embargo los estudios ofrecen resultados contradictorios dependiendo de la experiencia y el tipo de meditación realizada (Muehsam, et al., 2017; Amihai y Kozhevnikov, 2014). Entre otra mucha investigación necesaria a realizar sobre las terapias en el agua en general (Becker, 2009), queda mucho por explorar sobre los efectos de la Relajación Acuática a nivel

cognitivo y emocional y su posible uso en intervención psicológica. El presente estudio pretende ser un piloto en la fundamentación de esta técnica. Además de estudiar el potencial de la Relajación Acuática para el tratamiento de la ansiedad y el estrés, se incluyen algunas variables de la técnica y los participantes que puedan mediar en los beneficios potenciales, para así comenzar a dotar de fundamento a la técnica y poder ser usada como herramienta en psicología.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Diez personas, no estudiantes de psicología, participaron en este estudio (8 mujeres, edad promedio =43,6 años (*DS*=8,44). Ninguna de ellas estaba bajo tratamiento psicológico en el momento del estudio y todas participaron de manera voluntaria. Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito una vez informados sobre los objetivos e implicaciones de su participación siguiendo además la legislación sobre experimentación animal y humana de la Universidad de Murcia y en cumplimiento a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de su Carácter Personal. Previamente a recibir la sesión acuática se les pidió que se definieran sobre cómo se sentían en ese momento en relación a bañarse de manera recreativa siguiendo una escala de 0-9 en función de su grado sentirse como "una persona acuática" correspondiendo a 0= *Nada acuática. No me gusta bañarme por placer* - 9 *Muy acuática. Me encanta. Podría pasarme horas dentro del agua.* La mayoría se identificaron como *bastante* (50%; 7 en la escala) o *muy acuática* (30%, 9 en la escala), y la minoría como *poco acuática* (un 10% *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*, un 5 en la escala y otro 10% *Casi nada*, 3 en la escala). También se les preguntó sobre las experiencias traumáticas en el agua que hubieran podido tener. El 40% reportaron alguna experiencia cercana al ahogamiento o la pérdida de control, la mayoría en el mar. Por último se clasificó de manera subjetiva a los participantes en función de si nunca habían participado en una sesión de Relajación Acuática en su vida (inexperto; el 50% de los participantes), en una ocasión (iniciado; 40%), o más de dos sesiones (experimentado; 10%). En cualquier caso nunca ninguno de los participantes había participado más de cuatro sesiones y nunca como parte de un tratamiento.

MATERIALES

Como medida de ansiedad se utilizaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Stai-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberg, Gorsuch, y Lushene, 1970) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Ster, 2011) frecuentemente usados como medida de ansiedad en España (Sanz, 2014; Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011), así como una escala de ansiedad percibida (0-10, correspondiendo 0 a *nada* y 10 el *máximo* que haya experimentado). Además, se diseñó un Cuestionario de Sensaciones y Experiencias (α Cronbach =,980) basado en Cuestionario de Estados de Conciencia (González de Rivera y García-Trujillo, 1996), y se recogieron algunos datos personales mediante un cuestionario autoinformado. Con el objetivo de explorar las variables que puedan ser base de las diferencias de los beneficios de las sesiones entre participantes, se incluyó un registro sobre el desarrollo de la sesión incluyendo una valoración subjetiva del desempeño por parte del terapeuta (0-10 siendo 10 un desarrollo óptimo).

Además se tomó registro del número y tipo de posibles incidencias que pudieran interrumpir o alterar las sesiones. Las incidencias puede ser debidas a diferentes motivos como: interrupciones externas (i.e. caída del gorro de baño), internas del receptor (i.e. que la persona decida interrumpir la sesión antes de tiempo) o decisión del terapeuta (i.e. decisión de parar por cambio en la temperatura del ambiente o por sensación de frío, ya que en relajación es común pudiendo producir estrés físico).

DISEÑO

Todos los participantes seguían el mismo procedimiento en una única sesión. Las medidas de ansiedad STAI y BAI sirven para caracterizar la muestra y de comparación con la escala de ansiedad percibida, así como para explorar mediante correlación los resultados del Cuestionario de Sensaciones y Experiencias. La escala de ansiedad percibida pretende dar cuenta además del efecto de la sesión en los participantes.

PROCEDIMIENTO

Tanto el STAI como el BAI se administraron justo antes de la sesión de Relajación Acuática, además del cuestionario autoinformado y la escala de ansiedad

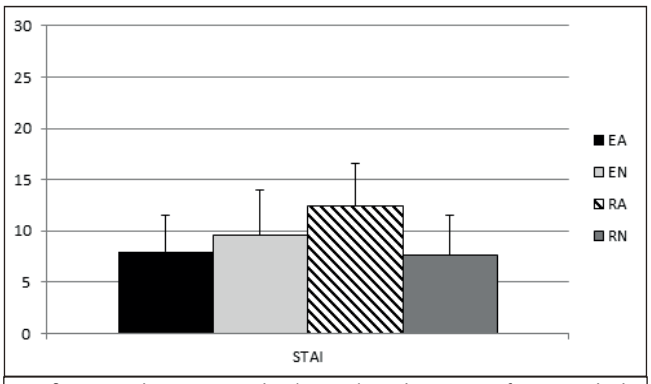
percibida. Ésta última se administró de nuevo justo al acabar la sesión junto con el Cuestionario de Sensaciones y Experiencias. Este cuestionario evalúa sensaciones corporales y experiencias durante tres momentos distintos: antes, durante y después de la sesión acuática.

Las sesiones acuáticas se llevaron a cabo en tres instalaciones diferentes. Un vaso privado y dos de carácter privado con servicio al público (i.e. balneario). Las condiciones de temperatura eran adecuadas para la realización de sesiones de relajación (temperatura ambiente promedio 33,7º; rango=30-35º, temperatura del agua promedio 32,2º; rango=31-33,8º). Una vez completados los cuestionarios correspondientes la persona se introducía en el vaso y comenzaba la sesión cuya duración mínima para ser válida se estableció en 20 minutos, siendo la duración ideal de 40 minutos y máximo de una hora. Todas las sesiones duraron 40 minutos excepto la de un participante que interrumpió a los 25 minutos.

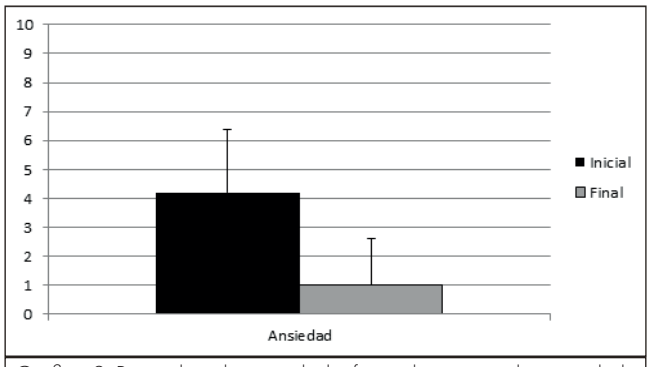
Respecto al desarrollo de las sesiones, se contaron un total de cuatro interrupciones siendo la mayoría (3) por motivos externos (i.e. pérdida de gorro de baño). Parece lógico que a mayor número de interrupciones peor desempeño de la sesión. Sin embargo en el caso del participante con el mayor número interrupciones parece que no afectó al rendimiento general de la sesión ya que la valoración subjetiva fue óptima según la escala antes mencionada. El promedio de rendimiento grupal fue de 8,8 puntos, que considerando el alto porcentaje de "no iniciados" en la terapia, muestra un rendimiento muy bueno (probablemente mediado por otros factores como por ejemplo la falta de desconfianza y la confianza inicial en la terapeuta; véase apartado de resultados más adelante). En la primera sesión acuática es frecuente que el receptor no ceda todo el control de mantener su cuerpo al terapeuta, lo que se evidencia fácilmente en rigidez en el cuello y las rodillas, y eventualmente en movimientos de intentos de asirse con los brazos. Esta tensión inicial es considerada normal durante los primeros cinco o diez minutos, pero tiende a desaparecer tras ese periodo (véase el apartado de discusión).

RESULTADOS

Como se muestra en la gráfica 1, los participantes de este estudio puntuaron ligeramente superior a los valores estándar en Ansiedad Estado Afirmativo del STAI (8 puntos respecto a 5.68 en varones adultos y 6,72 en mujeres adultas. Para consultar el resto de valores estándar véase Spielberg, Gorsuch, y Lushene, 1970).



Gráfica 1. **Valores promedio (N=10) en los cuatro factores de la escala STAI** (EA=Estado Afirmativo: nerviosismo, tensión, preocupación e intranquilidad; EN= Estado Negativo: activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismo; RA=Rasgo Afirmativo: melancolía, desesperanza y sentimientos de incapacidad; RN=Rasgo Negativo: Estabilidad y ausencia de cambios de humor (Spielberg, Gorsuch, y Lushene, 1970). La muestra puntúa ligeramente superior al estándar en Estado Afirmativo.



Gráfica 2. Promedios de ansiedad informada antes y después de la sesión.

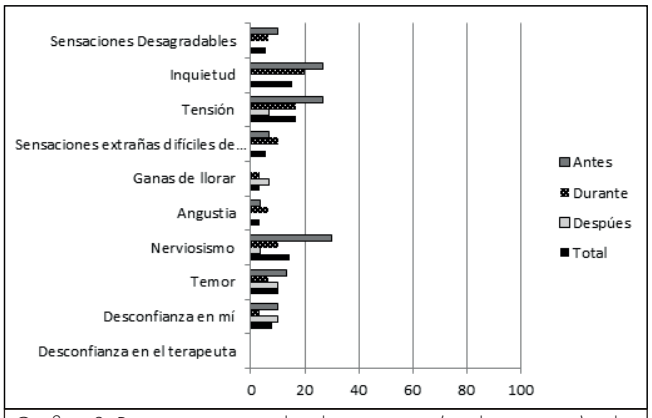
Tabla 1
Promedios (y desviaciones estándar) según género en las diferentes subescalas: STAI y BAI

	STAI						BAI
	Estado Afirmativo	Estado Negativo	Rasgo Afirmativo	Rasgo Negativo	Estado	Rasgo	
Mujeres	8,4(3,5)	9,9(3,6)	13(4,4)	8(3,6)	16(4,1)	19(7,2)	8,4(4,3)
Varones	6,5(4,9)	8,5(9,2)	11(3,5)	6,5(6,4)	15(14)	17(9,9)	8(1,4)
Total	8(3,6)	9,6(4,5)	12(4,2)	7,7(3,9)	16(6)	19(7,2)	8,3(3,8)

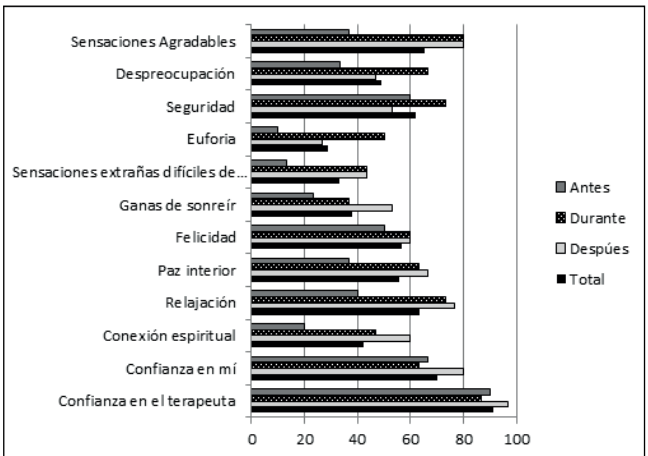
En la tabla 1 se indican los promedios en las escalas STAI y BAI según género. La puntuación en Inventario Ansiedad Beck BAI, indicó en la muestra un nivel de ansiedad leve (Rango: 0-7 *Mínima*; 8-15 *Leve*; 16-25 *Moderada*; 26-63 *Grave*; Beck y Ster, 2011).

Como se aprecia en la gráfica 2 donde se muestra la ansiedad informada antes y después de la sesión acuática, hubo un significativo descenso tras la sesión ($t(9)=4{,}4$; $p={,}002$).

Para el análisis del Cuestionario de Sensaciones y Experiencias se dividieron los ítem en tres bloques según su valencia de las sensaciones asociadas: positivas (i.e. seguridad, euforia, paz interior,...), negativas (i.e. tensión, angustia, temor,...), neutras (i.e. imágenes visuales, reflexión, interiorización,...). En la gráficas 3, 4 y 5 se muestran los promedios de respuestas a los ítem según valencia y momento de la sesión.



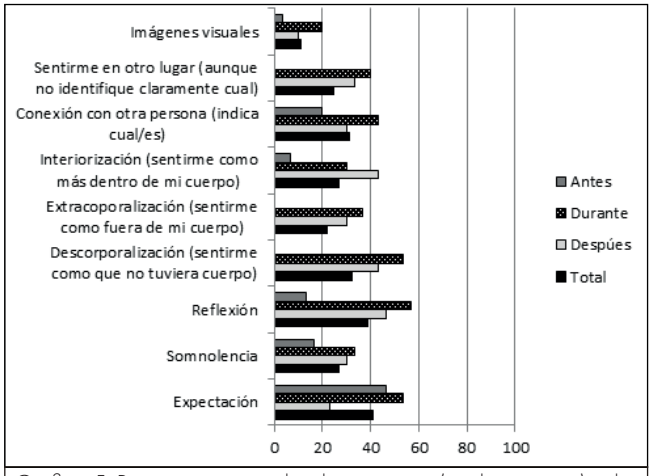
Gráfica 3. Porcentaje promedio de respuesta (total, en negro) a los ítem relacionados con sensaciones categorizadas como negativas según el momento (en gris, antes de la sesión, trama, durante la sesión, gris claro después de la sesión)



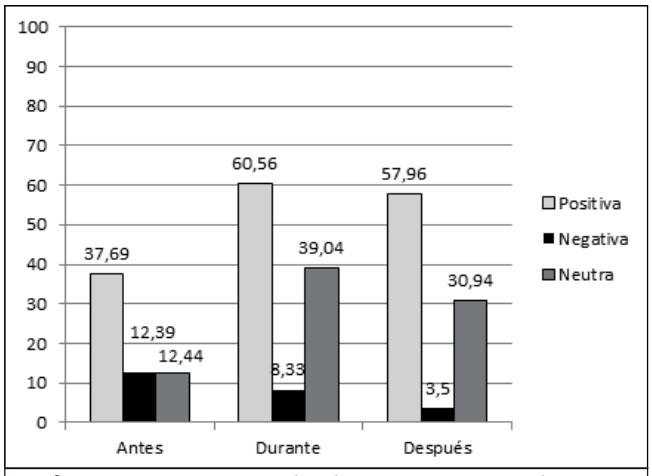
Gráfica 4. Porcentaje promedio de respuesta (total, en negro) a los ítem relacionados con sensaciones categorizadas como positivas según el momento (en gris, antes de la sesión, trama, durante la sesión, gris claro después de la sesión)

La comparación de los porcentajes de las respuesta al cuestionario ($F(1,9)=120{,}05$; $p<{,}001$) indican que las sensaciones positivas aumentan significativamente durante la sesión ($t(9)=-4{,}764$; $p={,}001$) manteniéndose dicho aumento ($p>{,}5$), véase gráfica 6. Al inicio de la sesión las sensaciones categorizadas como negativas y neutras no difieren ($p>{,}9$) sin embargo los participantes reportaron por un lado un aumento significativo de sensaciones neutras ($t(9)=-4{,}2$; $p={,}002$) más evidente durante el desarrollo de la sesión descendiendo tras ésta ($t(9)=2{,}575$; $p={,}03$), así como un descenso significativo de sensaciones negativas por otro lado, siendo evidente al comparar el estado inicial y final después de la sesión ($t(9)=2{,}686$; $p={,}025$).

Para poner en relación las tres medidas de ansiedad (STAI; BAI y escala subjetiva) y el cuestionario, se llevaron a cabo análisis de correlación que indicaron en primer lugar que a mayor porcentaje de respuestas



Gráfica 5. Porcentaje promedio de respuesta (total, en negro) a los ítem relacionados con sensaciones categorizadas como neutras según el momento (en gris, antes de la sesión, trama, durante la sesión, gris claro después de la sesión)



Gráfica 6. Porcentaje promedio de respuestas según el momento (antes, durante y después de la sesión) y la valencia (en gris claro las positivas, negro las negativas y gris oscuro las neutras).

a ítem positivos, menor era la ansiedad estado medida por el STAI (STAI-E) durante la sesión (*r*=-,646; *p*=,044) y en general (*r*=-,701; *p*=,024). Las respuestas a ítem negativos del cuestionarios también se relacionaron con los factores rasgo de ansiedad del STAI (RA) (*r*=0.652; *p*=,041) y las puntuaciones del BAI (*r*=,678; *p*=,031).

Por otra parte, el análisis también indicó que la escala subjetiva de ansiedad resulta ser una medida fiable además de sencilla sobre la existencia y severidad de síntomas de ansiedad, ya el reporte de ansiedad previa a la sesión correlacionó de manera positiva con la puntuación en el inventario BAI (*r*=,659; *p*=,039) y que se relaciona con la cantidad de sensaciones positivas reportadas (*r*=-,651; *p*=,041).

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue dotar de fundamentación experimental a la Relajación Acuática mediante la evaluación de la ansiedad y las sensaciones y experiencias relacionadas, teniendo en cuenta además variables que potencialmente pudieran influir en el desarrollo de las sesiones.

La muestra seleccionada no era población clínica pero tal como apuntaron los resultados del inventario de ansiedad BAI mostraban una leve sintomatología de ansiedad, que en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) aparece como puntuación elevada en el factor Ansiedad Estado.

Los resultados indican que la sesión acuática tiene un efecto modulador en la ansiedad percibida viéndose reducida significativamente tras esta. Cabe preguntarse por la persistencia de este beneficio, siendo recomendable un diseño post-test incluyendo las puntuaciones del STAI y el número de sesiones como variable relevante. Además, sería interesante realizar una comparación con población clínica o habiendo incluido la Relajación Acuática como parte como tratamiento. Datos preliminares en terapia individual apuntan a que su inclusión potencia los beneficios de la terapia cognitivo-conductual (datos sin publicar).

Los resultados del bloque de sensaciones y experiencias categorizadas como negativas podrían ser un reflejo del filtro que los participantes tienen sobre cómo perciben su mundo, asociado a la ansiedad rasgo según el STAI, así como a la sintomatología ansiosa (BAI). En este caso, la Relajación Acuática las habría hecho disminuir casi hasta ser inexistentes tras la sesión. Por otra parte, además de la reducción de la ansiedad percibida previamente indicada, la Relajación Acuática habría modulado la sensación de bienestar percibida indicada por las respuestas a sensaciones y experiencias positivas tanto durante la sesión como en general (puntuación total). Los resultados indican que los efectos se mantienen (véase la gráfica 6). Aunque no decaen de manera significativa, es cierto que el patrón tiende a disminuir. Además de comprobar la estabilidad de estos beneficios sería interesante comprobar si con cierto número de sesiones posteriores pudiera no sólo verse asociado al estado sino a un patrón más estable (rasgo?). Respecto a las respuestas a sensaciones y experiencias neutras reportadas, estas podrían corresponder a algunas de las experimentadas durante meditación según algunos estudios (García-Trujillo y González de Rivera, 1992; González de Rivera y García-Trujillo, 1996), aunque en ocasiones no se han reportado diferencias entre meditación y relajación (Morse, Martin, Furst, y Dubin, 1977). Dado que la valencia de las sensaciones y experiencias es pseudoarbitraria, cabe criticar los resultados aunque es innegable que la participación en la Relajación Acuática modula el estado interno del sujeto siendo en general beneficioso y de acuerdo con estudios previos (Becker, Hildenbrand, Whitcomb, y Sanders, 2009; González de Rivera y García-Trujillo, 1996; Schitter, Nedeljkovic, Baur, Fleckenstein, y Raio, 2015; Weber-Nowakowska, Gebska, y Zysniewska-Bazaskav, 2013; de Vierville, 1997).

Por un lado, la Relajación Acuática habría disminuido la hiperactividad del sistema nervioso autónomo responsable de la ansiedad, por lo que se presenta como una herramienta para trabajar de manera pasiva, pudiendo ser incluido luego en otra etapa de trabajo consciente y activo por parte del paciente durante la intervención psicológica. Por otro lado, es posible que si no en todos los participantes, la Relajación Acuática induzca estados parecidos a la meditación Vipassana asociados a la activación del SN Parasimpático y la modulación de las ondas cerebrales (descenso de alpha, 7.5-14Hz) (García-Trujillo y González de Rivera, 1992; Amihai y Kozhevnikov, 2014).

Respecto a otras variables asociadas la técnica, el desempeño subjetivo parecería mejorar también con la experiencia al participar en este tipo de sesiones, ya que al principio de la sesión (gráfica 3) o en sesiones iniciales, el receptor reporta sensaciones de miedo o tensión por estar suspendido o a dejar el control de

su cuerpo en otra persona. La mayoría de la muestra nunca había participado en una sesión acuática en ningún modo, y aún habiendo reportado sensaciones de tensión e inquietud, el desempeño promedio fue alto. Por otra parte, la mayoría de los participantes mostraron bloqueos físicos que posteriormente durante la sesión la mayoría desaparecieron. Aunque posiblemente la razón sea la confianza inicial con el terapeuta - por lo que el rapport es de alta importancia a atender en la Relajación Acuática- cabe cuestionarse también la relación de dichos bloqueos y las nuevas teorías de cognición corporizada (embodiment) (Wilson y Foglia, 2011) para ser luego incluidas como parte de en una terapia más amplia.

CONCLUSIONES

Este estudio es el primero que tiene el objetivo de fundamentar la Relajación Acuática a nivel experimental. Concluimos que la Relajación Acuática modula la respuesta de ansiedad generando estados positivos en el sujeto y disminuyendo los negativos. Pese que a quedan muchas cuestiones abiertas, emplazamos a que la Relajación Acuática pueda formar parte como otra herramienta de la intervención psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amihai, I., y Kozhevnikov, M. (2014). Arousal v. Relaxation: A Comparision of the Neurophysiological and Cognitive Correlates of Vajrayana and Theravada Meditative Practices. *PlosOne, 9*(7), e102990.

Beck, A., y Ster, R. (2011). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). (Adaptación española de Sanz, J.; Vallar, F.; De la Guía, E.; y Hernández, A.). Madrid: *Pearson Educación.*

Becker, B. (2009). Aquatic Therapy: Scientific Foundations and Clinical Rehabilitation Applications. Clinical Review: *Current Concepts, 9*(1), 859-872.

Becker, B. (2009). Research Needs in Aquatics. *International Journal of Aquatic Research and Education, 3*, 4-9.

Becker, B., y Cole, A. (1997). Comprehensive aquatic therapy. Boston: *Butterworth-Heinemann.*

Becker, B., Hildenbrand, K., Whitcomb, R., y Sanders, J. (2009). Biophysiologic Effects of Warm Water Immersion. *International Journal of Aquatic Research and Education*, 24-37.

de Vierville, J. (1997). Aquatic Rehabilitation: A Historical Perspective. En B. Becker, y A. Cole, Comprehensive Aquatic Therapy (págs. 1-21). Pullman: *Washington State University Publishing.*

Demarzo, M., Montero-Marin, J., Puebla-Guedea, M., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, P., Moreno-González, S., . . . Garcia-Campayo, J. (2017). Efficacy of 8- and 4-Session Mindfulness-Based Interventions in a Non-clinical Population: *A Controlled Study. Front Psychol., 8,* 1343.

García-Trujillo, M., y González de Rivera, J. (1992). Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. *Psiquis, 13*(6-7), 279-286.

González de Rivera, J., y García-Trujillo, M. (1996). La experiencia de relajación: Aplicación del cuestionario de estados de conciencia a sujetos en entrenamiento autógeno y otras formas de meditación. *Psiquis, 17*(1), 1-11.

Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencia de los ítems en el State Trait Anxiet Inventory (STAI). *Psicothema, 23*(3), 510-515.

Hildenbrand, K., Becker, B., Withcomb, R., y Sanders, J. (2010). Age-Dependent Autonomic Changes Following Immersion in Cool, Neutral and Warm Water Temperatures. *International Journal of Aquatic Research and Education, 4,* 127-146.

Jacobsen, E. (1929). Progressive relaxation. Oxford, England: *Univ. of Chicago Press.*

Morris, D. (1994). Aquatic rehabilitation for the treatment of neurological disorders. *J. Back Musculoskelet Rehabil., 4*(4), 297-308.

Morse, D., Martin, J., Furst, M., y Dubin, L. (1977). A physiological and subjective evaluation of meditation, hypnosis, and relaxation. *Psychosomatic Medicine, 39*(5), 304-324.

Muehsam, D., Lutgendorf, S., Mills, P., B., R. B., Chevalier, G., Bat, N., . . . Grufein, B. (2017). The Embodied Mind: A Review on Functional Genomic and Neurological Correlates of Mind-Body Therapies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.*

Prathikanti, S., Rivera, R., Cochran, A., Tungol, J. G., Fayazmanesh, N., y Weinmann, E. (2017). Treating major depression with yoga: A prospective, randomized, controlled pilot trial. *PLoS ONE, 12*(3), e0173869.

Rathschlag, M., y Memmert, D. (2014). Reducing anxiety and enhancing physical performance by using an advanced version of EMDR: a pilot study. *Brain and Behavior, 4*(3), 348–355.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud 25*, 39-48.

Schitter, A., Nedeljkovic, M., Baur, H., Fleckenstein, J., y Raio, L. (2015). Effects of Passive Hydrotherapy WATSU (WaterShiatsu) in Third Trimester of Pregnancy: *Results of a Controlled Pilot Study*. Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complentary and Alternative Medicine, dx.doi.org/10.1155/2015/437650, ID 437650

Schoedinger, P. (1997). Watsu in Aquatic Rehabilitation. En B. Becker, y A. Cole, Comprehensive Aquatic Therapy (3ª ed., págs. 137-154). Pullman: *Washington State University Publishing*.

Schultz, J. (1932). Das Autogene Training. Leipzig: *Thieme*.

Schultz, J. (1969). El entrenamiento Autógeno. Barcelona: *Editorial Científico-Médica*.

Spielberg, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). Manual for the Stai-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: *Consulting Psichology Press*.

Wallace, R., Benson, H., y Wilson, A. (1971). A wakeful hypometabolic physiologic state. *American Journal of Physiology, 221*, 795-799.

Weber-Nowakowska, K., Gebska, M., y Zysniewska-Bazaskav, E. (2013). Watsu: a modern method in physiotherapy, body regeneration, and sports. *Ann Acad Med Stetin., 59*(1), 100-102.

Wilson, R. A., y Foglia, L. (2011). Embodied Cognition. (E. N. Zalta, Ed.) *The Stanford Encyclopedia of Philosoph*.

OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y ANSIEDAD EN CUIDADORES DE MENORES CON DIABETES TIPO 1

OPTIMISM AND ANXIETY IN CAREGIVERS OF CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES

Antonio Zayas*, Rocío Guil, Sergio Sánchez-Sevilla y Serafín J. Cruces

Universidad de Cádiz

Resumen

La diabetes tipo 1 (DT1) es la enfermedad crónica más común en la infancia y adolescencia. El tratamiento de esta enfermedad es complejo y requiere de inyecciones diarias de insulina, controles rutinarios del nivel de glucosa, hábitos dietéticos específicos, y realización de ejercicio físico para mantener así los niveles de glucosa lo más ajustado posible a lo normoglucemia. Por lo que es de esperar que padecerla, en el caso de niños y adolescentes, requiera de un cambio en sus hábitos de vida en el que se vea involucrada la familia, y, por ende los padres como máximos responsables del cuidado (Beléndez, 2012). Asimismo, el miedo a la aparición de complicaciones es frecuente en los padres, ante lo cual es esperable que se genere en estas personas una situación de malestar psicológico importante. Por lo que cabe esperar la existencia de sintomatología ansiosa en estos cuidadores. Así lo evidencian varios estudios que corroboran que los síntomas de depresión y ansiedad en padres de niños con diabetes tipo 1, están entre el 20% y el 30%, lo cual afecta tanto a su propia salud, como al bienestar psicológico de sus hijos, y al control y manejo de la enfermedad. Una de las variables que diversos autores han relacionado con el bienestar o malestar psicológico, en diferentes poblaciones, es el optimismo disposicional que se refiere a una creencia o expectativa generalizada y que se mantiene estable en el tiempo, de que ocurrirán sucesos positivos. Cuando las personas pasan por situaciones complicadas o difíciles, como es el hacer frente a la enfermedad crónica de un hijo, las expectativas positivas dan lugar a un aumento del uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, disminuyendo así el malestar psicológico, y por ende, la sintomatología ansiosa. El objetivo del presente trabajo es estudiar los niveles de ansiedad en cuidadores de menores con DT1, así como la relación que guardan dichos niveles con el optimismo disposicional. Método: La muestra está formada por un total de 31 participantes, con una edad media de 41,74 (*DT*=4,52), de los cuales el 16,1% eran hombres y el 83,9% eran mujeres. Se les administró el Life Orientation Test Revised (LOT-R) (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) y el State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970, 1982). Resultados: Los resultados muestran niveles medios-altos de ansiedad estado, y altos en ansiedad rasgo. Asimismo, se halló una correlación negativa estadísticamente significativa entre el optimismo disposicional y los niveles de ansiedad rasgo. Para comprobar que la correlación encontrada implica, a su vez, que el optimismo disposicional explica y predice los niveles de ansiedad rasgo, se llevó a cabo un análisis de regresión, el cual mostró que la ansiedad rasgo era explicada en un 40,2% por la variable optimismo disposicional, concretamente se halla que el aumento de ésta última predice la disminución de niveles de ansiedad rasgo. Conclusiones: Tras los resultados hallados, consideramos necesario, de cara a establecer programas de intervención psicoterapéutica con cuidadores de niños con DT1, el que se fomente el optimismo disposicional.

Palabras claves: Diabetes, Cuidadores, Ansiedad y Optimismo disposicional.

*Correspondencia: Antonio Zayas.
Campus Universitario de Jerez.
C.P: 11406. Jerez de la Frontera. Cádiz, España.
E-mail: antonio.zayas@uca.es

Abstract

Type 1 diabetes (T1D) is the most common chronic disease in childhood and adolescence. The treatment

of this disease is complex and requires daily insulin injections, routine glucose level checks, specific dietary habits, and physical exercise to maintain glucose levels as closely as possible to normoglycemia. For what is expected to suffer, in the case of children and adolescents, requires a change in their life habits in which the family is involved, and, therefore, the parents as responsible for the care (Beléndez, 2012). Likewise, the fear of complications is frequent in the parents, which is expected to generate in these people a situation of significant psychological distress. As expected, the existence of anxious symptomatology in these caregivers. This is evidenced by several studies that corroborate that the symptoms of depression and anxiety in parents of children with type 1 diabetes are between 20% and 30%, which affects both their own health and the psychological well-being of their children, and to the control and management of the disease. One of the variables that different authors have related to psychological well-being or psychological distress in different populations is the dispositional optimism that refers to a generalized belief and expectation that remains stable over time, that positive events will occur. When people go through complicated or difficult situations, such as coping with a child's chronic illness, positive expectations result in an increase in the use of more adaptive coping strategies, thus reducing psychological distress, the anxious symptomatology. The objective of the present study is to study anxiety levels in caregivers of children with DT1, as well as the relationship between these levels and dispositional optimism. Method: The sample consisted of a total of 31 participants, with a mean age of 41.74 (*SD* = 4.52), of which 16.1% were men and 83.9% were women. They were administered the Life Orientation Test Revised (LOT-R) (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) and the State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970, 1982). Results: The results show medium-high levels of anxiety state, and high anxiety trait. Likewise, a statistically significant negative correlation was found between dispositional optimism and trait anxiety levels. To verify that the correlation found implies, in turn, that the dispositional optimism explains and predicts levels of trait anxiety, a regression analysis was carried out, which showed trait anxiety was explained in 40.2% by The dispositional optimism variable, specifically, it is found that the increase of the latter predicts the decrease of levels of trait anxiety. CONCLUSIONS: Following the results found, we consider it necessary, in order to establish programs of psychotherapeutic intervention with caregivers of children with DT1, that fosters dispositional optimism.
Key words: Diabetes, Caregivers, Anxiety and optimism.

La *American Diabetes Association* (2009) señala la diabetes tipo 1 (DT1) como la patología crónica pediátrica más frecuente. Se trata de una enfermedad crónica que provoca un desorden endocrino, cuya característica principal es la destrucción de las células pancreáticas betas, que tienen como misión la producción de insulina, esencial para el adecuado metabolismo de la glucosa (Rovet y Fernández, 1999). El tratamiento de la (DT1) es complejo y requiere de inyecciones diarias de insulina, controles rutinarios del nivel de glucosa, hábitos dietéticos específicos y realización de ejercicio físico, al fin de mantener los niveles de glucosa lo más ajustado posible a la normoglucemia y con un adecuado control metabólico (Johnson, 1998). Por tanto, para el cuidado de esta patología se necesita de un tratamiento continuado, que requiere de unos hábitos y conductas que aseguren la adherencia al tratamiento (Arenas-Bermúdez, Muela Martínez y García León, 2007).

Cuando niños y adolescentes padecen esta enfermedad experimentan un cambio importante en sus hábitos cotidianos, en el que se ve involucrada toda la familia, siendo los padres los máximos responsables del cuidado y control de dicha enfermedad (Beléndez, 2012). Es tal la participación de los miembros de la familia que requiere el tratamiento de la diabetes tipo 1 que ha llevado a los autores a conceptualizarla como una enfermedad "*compartida*", la familia siente la enfermedad como propia (Beveridge, Berg, Wiebe y Palmer, 2006; Cardona, Marín, Montoya-Castilla y Prado-Gascó, 2014).

Controlar de forma adecuada la DT1 previene o retrasa complicaciones a corto y largo plazo, mejorando la calidad de vida (Cardona et al., 2014). La tensión provocada por el miedo y preocupación a la aparición de complicaciones es bastante frecuente en los cuidadores, generando en ellos una situación de malestar psicológico y ansiedad (Beléndez, Hidalgo, Bermejo, Ros y Méndez, 2001; Ferrer-Pérez, 2010). Así, el estrés provocado en los cuidadores por el impacto del diagnostico, las modificaciones que requieren la nueva situación en sus hábitos cotidianos por el tratamiento y las tareas específicas de cuidado hacia sus hijos tiene una repercusión negativa en su propio

bienestar psicológico (Beléndez, 2012; Jaser, Wittemore, Ambrosino, Lindemann y Grey, 2009; Streisand, Swit, Wickmarck, Chen y Holmes, 2005; Zayas, Guil, Mestre, Guerrero y Gil-Olarte, 2016).

Dentro de los diferentes problemas con los que se puede enfrentar el cuidador, el más común puede ser la aparición de sintomatología ansiosa, lo cual afecta a la adaptación al tratamiento por parte del niño, malestar familiar, e inadecuado control metabólico (Whittemore, Jaser, Chao, Jang y Grey, 2012).

Aún siendo de gran relevancia la ansiedad de los cuidadores principales de niños diabéticos, no ha recibido la importancia que debiera (Butwickaa, Zalepac, Fendlerd, Szadkowskad y Mlynarskid, 2013), dado que impresiona la poca existencia de estudios que midan como afecta la ansiedad en las madres y padres de niños diabéticos. Si bien, detectar y tratar a tiempo trastornos psicopatológicos en estos padres y estas madres parecen tener un efecto positivo en el tratamiento de la diabetes de sus hijos e hijas (Butwickaa et al., 2013).

Según Whittemore et al., (2012) en las últimas décadas ha aumentado el interés científico por el impacto que las enfermedades crónicas tienen en quien la padece y en sus familiares, centrándose en el efecto en el cuidador principal. Si bien, la mayoría de estudios sobre cuidadores informales se han centrado concretamente en cuidadores de personas con Alzheimer (Seguí, Ortiz-Tallo y De Diego, 2008). No obstante, siguiendo a estos autores, en los últimos tiempos se ha comenzado a prestar interés a padres de niños con enfermedades crónicas.

Una de las variables que diversos autores han relacionado con el bienestar o malestar psicológico, en diferentes poblaciones es el optimismo. Dicho constructo ha sido definido de diversas maneras, una de las más destacadas es la de Scheier, Carver y Bridges (1994) quienes definen optimismo y pesimismo como las expectativas generalizadas que pueden ser favorables o desfavorables acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida, proponiéndolo como un constructo unidimensional polar. La definición de estos autores implica que optimismo y pesimismo son rasgos relativamente estables, consistentes a través del tiempo y las situaciones, siendo por ello por lo que Sheier y Carver (1985) hacen referencia al optimismo disposicional (Ji, Zhang, Usborne y Guan, 2004). Sheier y Carver (1985) proponen que el término optimismo disposicional se refiere a una creencia o expectativa generalizada y que se mantiene estable en el tiempo, de que ocurrirán sucesos positivos.

De igual modo, el optimismo disposicional ha mostrado ser beneficioso para el bienestar físico y psicológico (Scheier et al., 1994). Cuando las personas pasan por situaciones complicadas o difíciles, como es el hacer frente a la enfermedad crónica de un hijo, las expectativas positivas dan lugar a un aumento de los esfuerzos por alcanzar metas y objetivos, promoviendo un afrontamiento activo y persistente, mientras que las expectativas negativas tienen el efecto contrario (Fernando, Chico y Tous, 2002). Es decir, que las personas con tendencia optimista usarán estrategias de afrontamiento ante el problema más adaptativas, disminuyendo así el malestar psicológico, y por ende, la sintomatología ansiosa. Sin embargo, Schol, Schur, Sucala, David, Winkel y Montgomery (2012) hallaron el pesimismo como un predictor del malestar emocional.

Por tanto, teniendo en cuenta lo anterior es esperable que los padres de niños con DT1 que sean menos optimistas tiendan a presentar mayor sintomatología ansiosa.

Por todo ello, con el presente estudio nos planteamos como objetivo, estudiar los niveles de ansiedad estado/rasgo en cuidadores de menores con DT1, analizar la relación entre los niveles de optimismo disposicional y ansiedad estado/rasgo en esta población y analizar la posible capacidad explicativa y/o predictiva de los niveles de optimismo disposicional, en cuanto a los de ansiedad estado/rasgo.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Al fin de poder llevar a cabo este estudio, hemos seleccionado una muestra constituida por un total de 31 padres y madres de niños diagnosticados de diabetes Tipo 1 pertenecientes a la Asociación de Diabéticos de Jerez de la Frontera (ADIJE). La edad media de los padres es de 41,74 (34-50), con una DT= 4,52. Del total el 16,1% eran hombres, mientras que el 83,9% eran mujeres. Respecto a su estado civil el 90,3% estaban casados y el 9,7% divorciados. En cuanto a su nivel socioeducativo el 41,9% poseían estudios primarios, el 25,8% estudios secundarios, y un 32,3% habían cursado estudios universitarios, siendo su situación laboral de un 58,1% activos, y un 41,9% desempleados. Por último, la edad media los hijos con diabetes era de 6,1 años (1-16), con una *DT* de 4,523.

MATERIALES

Los participantes de este estudio contestaron los siguientes instrumentos de evaluación:

Cuestionario de elaboración propia donde se recogieron datos sociodemográficos como la edad, nivel educativo, estado civil, edad del hijo con diabetes, así como otras cuestiones relacionadas con la enfermedad y el tratamiento.

Life Orientation Test Revised (LOT-R) (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Este instrumento evalúa el Optimismo disposicional o predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos. Para el presente estudio se ha administrado la versión española de Otero-López, Luengo, Romero, Triñanes, Gómez y Castro (1998). Consta de 10 ítems con una escala de 5 puntos. 6 ítems miden la dimensión de Optimismo disposicional, en tanto que los otros 4 ítems son de relleno (por ejemplo: "*Disfruto un montón de mis amistades*". De los 6 ítems, 3 están redactados en sentido negativo (dirección pesimismo, por ejemplo: "*Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera*", que se revierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el optimismo, y otros 3 en sentido positivo, (por ejemplo: "En tiempos difíciles suelo esperar lo mejor"). En su adaptación al castellano presenta una fiabilidad de *alfa de Cronbach* 0.78 y su correlación con el LOT original fue de 0.95 (Otero et al., 1998).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E, STAI-R), para la evaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo en su adaptación española de TEA llevada a cabo por Seisdedos en 1988, del *State Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, 1982). Comprende dos escalas separadas de autoevaluación que miden dos dimensiones independientes de la ansiedad: Estado (STAI/E) y Rasgo (STAI/R). La escala E consta de veinte ítems cada una con las que el sujeto puede describir cómo se siente "en un momento particular", mientras que la escala R, también con 20 ítems, puede mostrar cómo se siente la persona "generalmente". Los ítems se valoran en una escala likert de 0 a 3 puntos, por lo que las puntuaciones en Ansiedad Estado/Rasgo pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60. En cuanto a las dimensiones que mide este cuestionario hacen referencia a:

→ Ansiedad-estado: condición emocional transitoria del organismo humano caracterizada por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como un aumento de la actividad del sistema nervioso autonómico. Un ejemplo de ítem sería: "En este momento me siento nervioso". Ansiedad-rasgo: relativa propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente su ansiedad estado (Caci, Baylé, Dossios, Robert & Boyer, 2003). Un ejemplo de ítem podría ser: "En general siento ganas de llorar".

Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS en su versión 22.0.

PROCEDIMIENTO

Los padres fueron reclutados en la sede de ADIJE, donde estaban recibiendo un curso de formación sobre nutrición clínica. Tras finalizar el curso, se les explicó el presente estudio que se estaba iniciando, así como los objetivos del mismo. Tras leer y firmar el consentimiento informado procedieron a cumplimentar las pruebas, las cuales fueron autoadministradas. El evaluador estuvo presente en todo momento con el objeto de resolver cualquier duda que pudiera surgir.

DISEÑO

Para llevar a cabo el presente estudio y debido a la imposibilidad de manipular los valores de las variables de estudio de forma intencionada, se ha aplicado un diseño no experimental o ex post facto. Se han observado y registrado las variables objeto de interés del actual estudio, analizando posteriormente si existe alguna relación entre ellas en su contexto natural, sin manipulación.

RESULTADOS

Para dar respuesta a nuestros objetivos, inicialmente calculamos la media de la puntuación directa obtenida en Ansiedad Estado/Rasgo. Posteriormente, teniendo en cuenta el baremo de la prueba, obtuvimos los percentiles a los que correspondían cada una de las puntuaciones directas.

La media en Ansiedad Estado es de 27,77 (*DT*=11,86) lo cual corresponde a un Percentil entre 65 y 70, correspondiéndose con una puntuación *media-alta*. Respecto a la Ansiedad Rasgo, la media es de 32,37 (*DT*=10,93) que corresponde a un Percentil=75, lo cual indica *altos niveles* de Ansiedad Rasgo.

Tabla 1
Correlaciones bivariadas entre Optimismo Disposicional y Ansiedad Estado/Ansiedad Rasgo

Optimismo Disposicional	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
	-,246	-,402*

Tabla 2
Resumen del análisis de regresión efectuado

Variable / variable predictor	%R^2	*F*	*B*
Ansiedad rasgo	16,1 %	(1,29)5,582 (sig.000)	
• Optimismo disposicional			-.402 (sig .002)

Al fin de conocer la relación entre los niveles de ansiedad estado/rasgo y de optimismo disposicional, llevamos a cabo un análisis de correlación bivariada entre las variables anteriormente nombradas.

Como podemos observar en la Tabla 1, la variable Optimismo Disposicional muestra una correlación negativa estadísticamente significativa con los niveles de ansiedad rasgo.

Para comprobar si la correlación encontrada implica, a su vez que el optimismo disposicional explica y predice los niveles de ansiedad rasgo en nuestra muestra, realizamos un análisis de regresión lineal, en el que se toma como variable dependiente la ansiedad rasgo y como variable predictora el optimismo disposicional cuyos resultados mostramos en la tabla 2.

Como podemos observar la ansiedad rasgo es explicada en un 16,1% por la variable optimismo disposicional. Como hemos reflejado en la tabla 2, muestra una capacidad predictiva estadísticamente significativa, mostrando una Beta (β) negativa de -,402. Con estos resultados podemos inferir que si incrementamos el optimismo disposicional, en esta muestra, podríamos disminuir la tendencia general a percibir las situaciones como amenazadoras, disminuyendo así los niveles de ansiedad general.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos arrojan la existencia de sintomatología ansiosa en cuidadores de niños con diabetes tipo 1, siendo mayor el nivel de ansiedad rasgo. Eso quiere decir que estos padres y madres tienen la tendencia a vivir las situaciones como amenazantes, y los diferentes acontecimientos alteran y aumentan sus niveles de ansiedad. Ello puede estar explicado por lo que señalan Beléndez et al. (2001) sobre la tensión que provoca el miedo a la aparición de complicaciones derivadas de la diabetes que padecen sus hijos, lo cual se ha podido cronificar a lo largo de los meses desde el diagnostico.

En cuanto a la relación entre el optimismo disposicional y la ansiedad, los resultados arrojan que de cara a plantear programas de intervención psicológica, el fomentar que las madres consigan una visión más positiva sobre los acontecimientos futuros, con expectativas favorables y equilibradas de las circunstancias adversas, podría reducir los niveles de ansiedad rasgo. Estos resultados van en la misma línea que lo propuesto por Fernando, Chico y Tous (2002) quienes señalan el optimismo disposicional como predictor del bienestar psicológico.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos mediante el presente estudio podemos concluir que:

1. Las madres y los padres de menores con DT1 presentan niveles medio-alto de ansiedad estado y niveles elevados de ansiedad rasgo.

2. La variable optimismo disposicional muestra relación con la Ansiedad Rasgo. Concretamente se halla que el optimismo es un predictor de la ansiedad Rasgo.

3. Los resultados obtenidos en el presente estudio aportan información relevante, de cara a la elaboración de programas de intervención psicológica con esta población.

4. Se hace necesario el continuar profundizando en el conocimiento de aquellos factores psicosociales que pueden prevenir el desarrollo de cuadros psicopatológicos como son trastornos de ansiedad en madres y padres de menores que padecen diabetes tipo 1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association. (2009). Standars of medical care in diabetes. *Diabetes Care, 32,* 13-61.

Arenas-Bermúdez, C., Muela-Martínez, J. A. y García-León, A. (2007). Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en la diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. *Index de Enfermería, 16*(58), 16-20.

Beléndez, M, Hidalgo, M. D, Bermejo, R, Ros, M. C. y Méndez, F. J. (2001). Psychometric properties of the perceived stress inventory in diabetes care: a pilot study with a sample of parents of children with insulin-dependent diabetes. *Journal of the Ibero-American Association of Diagnosis and Psychological Evaluation, 11,* 9-27.

Beléndez, M. (2012). Estrategias de afrontamiento y bienestar emocional en padres y madres de niños y adolescentes con diabetes: diferencias de género. *Ansiedad y Estrés, 18* (2/3), 177-186.

Beveridge, R. M., Berg, C. A., Wiebe, D. J. y Palmer, D. L. (2006). Mother and Adolescent Representations of Illness Ownership and Stressful Events Surrounding Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(8), 818–827.

Butwickaa, A., Zalepac, A., Fendlerd, W., Szadkowskad, A. y Mlynarskid, W. (2013). Maternal depressive symptoms predict acute hospitalization among children with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes, 14*(4), 288–294.

Cardona, A. G., Marín, M. P., Montoya-Castilla, I. y Prado-Gascó, V. J. (2014). Ansiedad en cuidadoras principales de niños con diabetes mellitus Tipo I. *Calidad de vida y salud, 7*(2).

Fernando, P., Chico, E. y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema, 14,* 673-680.

Ferrer-Pérez, J. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería Integral, 89,* 58-60.

Jaser, S. S., Whittemore, R., Ambrosino, J. M., Lindemann, E. y Grey, M. (2009). Coping and psychosocial adjustment in mothers of young children with type 1 diabetes. *Children's Health Care, 38*(2), 91-106.

Ji, L., Zhang, Z., Usborne, E., y Guan, Y. (2004). Optimism across cultures: In response to the severe actue respiratory syndrome outbreak. *Asian Journal of Social Psychology, 7,* 25-34.

Johnson, S. (1998). Diabetes mellitus in childhood. En D.K. Routh, Handbook of *Pediatric psychology*. pp. 1-31. New York: The Guilford Press.

Otero, JM, Luengo, A, Romero, E, Gómez, JA y Castro, C. (1998). Psychology of personality. *Manual of practices.* Barcelona: Ariel Practicum; 1998.

Rovet, J. y Fernández, C. (1999). Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. En R.T. Brown (Ed.) *Cognitive aspects of chronic illness in children* (pp.143-171). New York: The Guilford Press.

Scheier, M.F. y Carver, C. (1985) Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4,* 219-247.

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

Schol, S.J., Schur, J.B., Sucala, M., David, D., Winkel, G.H. y Montgomery G.H. (2012). Distress and emotional well-being in breast cancer patients prior to radiotherapy: an expectancy-based model. *Psychol Helath, 27*, 347-361.

Seguí, J., Ortiz-Tallo, M. y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología, 1*(24), 100-105.

Seisdedos, N. (1988). Adaptación Española del STAI, Cuestionario de ansiedad estado-rasgo Spanish adaptation of the STAI, State-Trait Anxiety Inventory. Madrid: Tea Ediciones.

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

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R. y Holmes, C.

S. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: the role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Journal of pediatric psychology, 30*(6), 513-521.

Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M. y Grey, M. (2012). Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. *The Diabetes Educator, 38*(4), 562-579.

Zayas, A., Guil, R., Guerrero, C., Gil-Olarte, P. y Mestre, J. M. (2016). Resilience, optimism, and depression in caregivers of diabetic children. *In QUAESTI-Virtual Multidisciplinary Conference* (No. 1).

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO Y CICLO VITAL

CONSUMISMO EN ADOLESCENTES DE DIFERENTES NIVELES SOCIOECONÓMICOS

CONSUMERISM IN ADOLESCENTS OF DIFFERENT SOCIOECONOMIC LEVELS

Fabio Gabriel Salas[1*], Joel Juarros[2] y Juan Herrero[2]

[1]*Universidad Nacional de San Luis (Argentina)*

[2]*Universidad de Oviedo (España)*

Resumen

Las conductas consumistas en los adolescentes responden a las máximas que desde la cultura de consumo se promueven fuertemente. Si bien estas máximas atraviesan todos los estratos sociales, es posible que el nivel socioeconómico de los jóvenes condicione diferentes aspectos de sus conductas de consumo y que las mismas adquieran ciertas diferencias. Este trabajo tiene como objetivo conocer las conductas consumistas en adolescentes de distintos niveles socioeconómicos. Para llevarlo a cabo se implementó una escala de conductas de consumo (Luna Arocas, 1999) y un cuestionario socioeconómico que permitió diferenciar el nivel socioeconómico de los adolescentes encuestados. En los resultados se observa que existen diferencias entre grupos de adolescentes de nivel socioeconómico alto y de nivel socioeconómico bajo en las sub-escalas de Placer de compras y de Bienes materiales como sinónimo de bienestar. Estos resultados coinciden con el análisis que realizan distintos autores (Hopenhayn, 2008; Paz, 2004; Cabrera, 2009) respecto a las diferencias que se pueden crear entre los distintos estratos sociales. Como conclusión se advierte que el estrato social en el que se encuentran los jóvenes condiciona los comportamientos asociados a la adquisición y posterior uso de bienes materiales adquiridos, en particular en los procesos emocionales asociados a estas conductas.

Palabras clave: Consumismo, Adolescentes, Nivel socioeconómico.

Abstract

Consumer behaviors in adolescents respond to the maxims that from the culture of consumption are strongly promoted. Although these maxims across all social strata, it is possible that the socioeconomic level of young person´s condition different from their consumption behaviors and that the same differences. This paper aims to understand consumer behavior in adolescents of different socioeconomic levels. In order to carry it out, a scale of consumption behaviors was implemented (Luna Arocas, 1999) and a socioeconomic questionnaire that allowed to differentiate the socioeconomic level of the adolescents surveyed. In the results it is observed that there are differences between groups of adolescents of high socioeconomic level and low socioeconomic level in Pleasure shopping subscales and Material goods as a synonym of welfare. These results coincide with the analyzes carried out by different authors (Hopenhayn, 2008, Paz, 2004 and Cabrera, 2009). In conclusion, it is noticed that the social stratum in which young people find themselves conditions the behaviors associated with the acquisition and later use of acquired material goods, in particular in the emotional processes associated with these behaviors.

Key words: Consumerism, Adolescents, Socioeconomic level.

Las conductas consumistas en los adolescentes responden a las máximas que desde la cultura de consumo se promueven fuertemente. Las exigencias que a modo de pauta o norma cultural condicionan sus intereses y decisiones se reflejan en sus deseos de "estar a la moda", la necesidad de usar solo marcas específicas, intentar estar siempre actualizado, tener buen gusto y/o "tener estilo", entre otras cosas (Teramo,

*Correspondencia: Fabio Gabriel Salas.
Universidad Nacional de San Luis (Argentina).
C.P: 5700, Argentina.
E-mail: salasfg@yahoo.com.ar

2006). En este contexto los/as adolescentes hacen uso de los productos de consumo desde el entramado de valores simbólicos que tiene cada objeto para sí mismo, para el grupo de pares y para la sociedad en general. Existen elementos socioculturales propios de la sociedad de consumo que configuran los procesos de aprendizaje social y de socialización en la vida de estos jóvenes. Para Vera Vila (2005, p. 19), "esos elementos socioculturales son conocimientos, modelos, valores y símbolos; en definitiva, maneras de obrar, de pensar y de sentir, propias de los grupos, de la sociedad y del entorno en el que ha de vivir cada persona".

La lógica de valores de este modelo social compartida por los grupos de jóvenes, ha dado lugar a que muchas veces el reconocimiento social esté dado principalmente a partir de la valorización otorgada a los productos y/o servicios de consumo que cada adolescente posee y puede exhibir (Goñi & Guembe, 2012). Estos mandatos no solo son incitadores del consumo general, sino que también funcionan como condicionantes de intereses o preferencias específicas por algún objeto o producto de moda, influyendo incluso en sus características personales y en las relaciones interpersonales de cada joven. Son estos cambios y nuevos valores los que han configurado una cultura del consumidor, ya que las guías tradicionales de comportamiento han sido suplantadas por hábitos de consumo que influyen profundamente en la esencia de las personas (Valenzuela y Alejandra, 2007).

Los procesos propios en la lógica de la sociedad de consumo pueden adquirir ciertas diferencias en función del grupo o estrato social, y en el caso de los adolescentes los recursos socioeconómicos disponibles pueden dar lugar a experiencias de consumo distintas entre un grupo y otro. El estudio de la estratificación social de una sociedad está basado en la existencia de una distribución desigual de recursos materiales y culturales, que conlleva la conformación de grupo sociales diferenciados entre sí. Al mismo tiempo, dentro de la estructura de la sociedad estos grupos o estratos se disputan recursos y beneficios que les permiten mantener o acrecentar su clase, status o nivel socioeconómico.

En las investigaciones de mercado y de opinión pública de diferentes países, se ha dejado atrás la clásica distinción entre posición en el proceso productivo y posición de consumo, reemplazándola por la idea de acceso a recursos o participación social (Mora y Araujo, 2002). De acuerdo a Graham (2004), las personas alcanzan distintas posiciones en la jerarquía social en función de su clase social, categoría profesional, rendimiento o logro escolar y nivel de ingresos. Entonces su ubicación en el sistema de estratificación social se podría resumir como su posición o nivel socioeconómico; en otras palabras "La posición socioeconómica hace referencia a los factores sociales y económicos que influyen en la posición que tienen los individuos y grupos dentro de la estructura social" (Ministerio de Salud, Chile, 2011, p. 14).

El concepto de estratificación se haya vinculado con los de estatus, poder, posición social, movilidad y estilo de vida; y en estos momentos de continuos y fuertes cambios sociales se renueva la necesidad de contar con las herramientas que nos permitan profundizar en el análisis de los mismos (Francés García, 2009). Los estudios donde se analiza la estratificación social han permitido reconocer el valor del nivel socioeconómico como un indicador de gran validez cuando se intenta establecer diferencias socioeconómicas entre distintos grupos sociales.

Si bien se ha descripto el impacto del consumismo en los adolescentes en general, no se encuentran estudios que analicen las características que este puede adquirir en grupos de jóvenes de estrato social diferente. A partir de esta inquietud es que este trabajo se propone como objetivo conocer las diferencias en las conductas consumistas en adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

El criterio principal para constituir la muestra fue lograr una cobertura de los distintos puntos geográficos de la ciudad de San Luis, Argentina, por lo que se eligieron colegios ubicados en zonas diferenciadas por su ubicación (distintos barrios y/o sectores de la ciudad). Luego de la selección de colegios, otro de los criterios utilizados a la hora de elegir los grupos de adolescentes a encuestar, fue el de nivelar la edad y el sexo de las/os adolescentes para realizar los respectivos análisis en función de los objetivos propuestos en el trabajo.

La muestra original se conformó por 1014 adolescentes argentinos de ambos sexos, de los cuales el 51,1 % es de sexo femenino, con edades comprendidas entre 15 y 18 años (M = 16,39, DS = 1,01).

MATERIALES

Los instrumentos utilizados para este estudio fueron el cuestionario de consumo (Luna Arocas, 1999) y un cuestionario de nivel socioeconómico elaborado para esta investigación.

- La escala de consumo se constituye de diferentes sub-escalas que fueron analizadas de manera diferenciada en la comparación entre los diferentes grupos.

Los ítems de la escala se responden con opciones tipo Likert de 1 a 6 (desde 1 = *Completamente en desacuerdo* a 6 = *Completamente de acuerdo*).

- En el cuestionario de nivel socioeconómico se evaluaron las principales características sociales y económicas del grupo familiar del adolescente para determinar el Nivel socioeconómico (NSE) en los sujetos de la muestra.

Se estableció el estrato social de los participantes considerando indicadores utilizados en los análisis estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2002), para establecer diferentes categorías (Marginal, Bajo inferior, Bajo superior, Medio típico, Medio alto y Alto), que discriminan el Nivel socioeconómico. Teniendo en cuenta este criterio de categorización la muestra quedó distribuida de la siguiente manera: marginal (18.3%), bajo inferior (5.5%), bajo superior (33.6%), medio típico (12.8%), medio alto (3.6%) y alto (26%).

Para establecer los niveles de NSE se indagaron diferentes aspectos relacionados con la situación social y económica de las/os integrantes de la muestra. De todos los datos solicitados en el cuestionario de nivel socioeconómico, se decidió utilizar el nivel educativo alcanzado y el tipo de ocupación del PSH. Se consideró que los datos que ofrecen estas dos variables permiten una adecuada diferenciación del mismo, teniendo en cuenta que se han realizado estudios que respaldan la validez de este sistema de clasificación.

En el presente trabajo se decidió utilizar este mismo sistema de clasificación, teniendo en cuenta que el cruce entre las variables Educación y Ocupación de PSH, es la mejor regla (con el menor error de clasificación entre aquellas que son consistentes), y se muestra como las más adecuada, para diferenciar estratos de NSE (Portal Publicitario, 2007).

Estas dos variables son evaluadas estableciendo categorizaciones jerárquicas en cada una de ellas. En la variable Nivel educativo alcanzado por el PSH, se propusieron 5 categorías jerárquicas: Primario, Secundario incompleto, Secundario completo, Terciario o universitario incompleto y Terciario o universitario completo. Estos niveles se clasifican y se puntúan de acuerdo a los valores propuestos para esta variable por el INDEC en el 2002 (Comisión de Enlace Institucional, 2006) (en adelante CEI, 2006). En la variable Tipo de ocupación del Principal sostén del hogar (PSH), siguiendo la clasificación propuesta por el INDEC (2002), se divide en 7 categorías jerárquicas determinadas por factores como: Condición de actividad (activo-inactivo), calificación de la tarea, modalidad laboral, jerarquía laboral e intensidad laboral (CEI, 2006).

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento ético

Previo a la administración de las pruebas se solicitó, a través de la notificación del consentimiento informado diseñado para esta investigación, el acuerdo a cada tutor responsable de las/os alumnos/as que, según el curso asignado por las autoridades del colegio para la administración de los cuestionarios, podía ser parte de la muestra de la investigación. En el consentimiento informado se les describió a los tutores en qué consistía la investigación que se iba a llevar a cabo (sus objetivos, procedimientos y cuestionarios a administrar a sus hijos/as). Del mismo modo se comunicó sobre la utilización de la información recabada (confidencialidad y el anonimato de la información). Asimismo se les informó que los alumnos no tenían la obligación de participar, que antes y durante la administración podían consultar todas las dudas que surgieran al respecto, y que incluso podían dejar de completar los cuestionarios si en algún momento decidían no seguir con los mismos.

Procedimiento de recolección de datos

En primer lugar, se seleccionaron los centros educativos a visitar siguiendo los criterios antes mencionados. En segundo lugar, se mantuvieron encuentros con las autoridades de los directivos de 16 centros educativos en la ciudad de San Luis, en los que se solicitó autorización para llevar a cabo la recolección de datos. Luego se coordinó con el personal del colegio (preceptores y docentes) los cursos y horarios para la administración de las pruebas a una cantidad aproximada de 70 alumnos/as en

cada colegio (cantidad variable según el número de alumnos de cada curso). El tiempo máximo del que disponían los alumnos para completar los cuestionarios fue de 80 minutos (2 horas cátedra o un módulo). En tercer lugar, se contactó a los/as adolescentes que estaban en condiciones de integrar la muestra y se administraron las pruebas.

DISEÑO

El diseño de Investigación propone un enfoque cuantitativo en el que se realiza un estudio descriptivo-transversal. Se caracteriza por ser un trabajo no experimental, con diseño correlacional en la que se busca las relaciones entre las variables estudiadas, sin pretender analizar relaciones causales entre las mismas, ni generalizar los resultados a otras personas ajenas a la muestra.

RESULTADOS

Se llevó a cabo una comparación entre los grupos de distinto nivel socioeconómico mediante el análisis de varianza univariado (ANOVA), en las escalas de consumo.

En esta comparación se observaron diferencias significativas en la escala de hábitos de consumo en Placer de compras (F = 4,23, $p \leq .001$, η^2 = .02); y en

Tabla 1
Diferencia de medias en los factores de las escalas de consumo entre los grupos de distinto nivel socioeconómico

	Nivel socioeconómico														
	Marginal (n = 186)		Bajo Inferior (n = 56)		Bajo Superior (n = 341)		Medio Típico (n = 130)		Medio Alto (n = 37)		Alto (n = 264)				
Variables	*M*	*DS*	*M*	*DS*	*M*	*DS*	*M*	*DS*	*M*	*DS*	*M*	*DS*	*F* (5,1002)	*p*	η^2
H. Cons.															
CS	16,63	5,49	17,10	5,65	16,63	5,54	17,86	5,39	16,19	5,75	15,91	5,46	2,12	0,06	0,01
PC	16,20	4,89	17,38	4,20	15,83	5,07	16,03	5,20	16,22	5,45	14,44	5,44	4,23	0,00	0,02
CM	19,35	6,16	19,83	5,83	19,59	5,83	20,74	5,35	18,68	5,47	20,13	5,48	1,34	0,24	0,01
CE	10,84	3,57	11,48	3,78	10,35	3,65	10,69	3,79	10,49	4,12	10,33	3,79	0,87	0,50	0,00
Material.															
VSBM	12,56	4,66	14,07	4,55	13,23	4,63	13,92	5,02	14,09	4,48	13,17	4,67	1,44	0,21	0,01
BMSB	13,64	4,51	12,87	5,09	13,15	4,69	13,01	4,71	12,46	5,31	11,51	4,65	5,91	0,00	0,03
CBM	17,07	5,14	16,67	5,62	16,66	5,30	16,69	4,94	16,43	4,56	15,97	4,89	1,19	0,31	0,01
V. R. y P.															
VRDI	13,11	5,27	14,06	4,48	13,41	5,17	13,90	4,77	13,31	4,99	13,93	5,04	1,03	0,40	0,01
RDRM	21,79	6,96	22,70	7,18	21,60	7,73	21,24	8,10	21,14	8,20	20,70	8,17	0,84	0,52	0,00
VPC	18,05	5,17	19,48	5,77	18,47	5,82	19,33	5,68	18,95	5,63	18,29	5,44	1,11	0,35	0,01

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .001$
Subescalas
H. Cons: Hábitos de consumo
CS: Consumo Social
PC: Placer en las Compras
CM: Consumo de Marcas
CE: Consumo Estético

Material: Materialismo
VSBM: Valor Social de los Bienes Materiales
BMSB: Bienes Materiales como Sinónimo de Bienestar
CBM: Conformidad por los Bienes Materiales
V. R. P.: Valoración de la ropa y la publicidad
VRDI: Valoración de la Ropa como Determinante de la Identidad
RDRM: Ropa como Disfrute y Reflejo de la Moda
VPC: Valoración de la Publicidad ante el Consumo

la escala Materialismo en Bienes materiales como sinónimos de bienestar (F = 5,91, $p \leq .001$, η^2 = .03). El tamaño del efecto observado en los valores de la tabla N° 1 (0.2 y 0.3) indican que las diferencias entre los niveles socioeconómicos en los factores de consumo son pequeñas.

Para identificar los grupos entre los que se presentaban estas diferencias se realizaron los análisis post-hoc con la prueba DHS de Tukey (p<.05), donde se observa que para los puntajes directos en el factor Placer en las compras (PC), los adolescentes de Nivel Bajo Inferior (M = 17,38) mostraron puntajes significativamente mayores a los adolescentes de Nivel Alto (M = 14,44), sin que se observen diferencias estadísticamente significativas respecto a los otros Niveles socioeconómicos. De la misma manera, en el factor Bienes materiales como sinónimos de bienestar (BMSB) de la escala de Materialismo, los adolescentes de Nivel Socioeconómico Marginal obtuvieron puntajes significativamente mayores (M = 13,64) a los adolescentes de Nivel socioeconómico Alto (M = 11,61), sin presentar diferencias significativas con otros niveles socioeconómicos (ver tabla N° 1).

DISCUSIÓN

En relación a las posibles explicaciones que pueden tener las diferencias encontradas, resulta necesario mencionar algunas proposiciones al respecto.

Según Hopenhayn (2008), los jóvenes están expuestos a una amplia oferta de propuestas de consumo simbólico, que exaltan sus expectativas a través de la información, las imágenes y de las aspiraciones de elevar su autoestima al obtener ciertas marcas y productos. Pero muchas veces no tienen la posibilidad de obtener el dinero que les permita hacer uso de esa oferta y satisfacer esos deseos. Al mismo tiempo, las conductas de compras están vinculadas a la moda, que si bien resulta un elemento importante en el consumo de los adolescentes, puede tener un significado distinto según el poder adquisitivo de cada joven. Jiménez Gómez (2008) sostienen que, si bien el significado y el uso del consumo de productos de moda pueden estar relacionados con la distinción en grupos sociales adinerados, para los sectores sociales más necesitados se convierte en un medio reivindicativo de igualdad social.

La diferencia en el placer en las compras podría estar asociada al significado y a la intensidad que tienen estas experiencias en cada estrato social. Como ya se mencionó este tipo de conductas representan un aspecto central en los hábitos de consumo. Alonso (2006), expresa que el salir de compras no solo posibilita la adquisición de productos sino que está acompañada de sensaciones agradables y placenteras, que le permite a la persona entretenerse y despreocuparse de la realidad cotidiana.

También surgen diferencias en la valoración de bienes materiales como sinónimo de bienestar entre el grupo con menos recursos (nivel marginal) y los adolescentes de nivel socioeconómico alto. Al respecto, no se han encontrado investigaciones que comparen, de manera específica, factores sobre la valoración de los bienes materiales en los jóvenes. Sí existen trabajos donde se han estudiado otros aspectos vinculados al consumo material y simbólico de los/as adolescentes de distintos estratos sociales, como es el caso del consumo de dispositivos tecnológicos (Carbajal, 2012). El valor otorgado a los bienes materiales está vinculado con el bienestar, y el hecho de no poder acceder, por ejemplo a dispositivos tecnológicos (un producto que por distintos motivos actualmente resulta relevante para el bienestar en los jóvenes), lleva a que los grupos de adolescentes marginales le otorguen un valor destacado a estas experiencias. Al mismo tiempo, el contar con estos productos muchas veces permite obtener un sentido de pertenencia a un determinado grupo (amigos, compañeros, vecinos), lo que resulta relevante para sentirse reconocidos por su entorno social.

Esta valoración de los bienes materiales concuerda con la importancia que también le otorgan los adolescentes de menos recursos al disfrute en las compras de los productos. Es decir, que el nivel socioeconómico puede influir en la percepción de ciertos aspectos de consumo que están vinculados con los procesos emocionales que se ponen en juego. Estos resultados coinciden con el análisis que realizan distintos autores (Hopenhayn, 2008; Paz, 2004; Cabrera, 2009) respecto a las diferencias que se pueden crear entre los distintos estratos sociales. Una de ellas sería que los jóvenes que manifiestan estas experiencias son los que mayores carencias económicas y sociales sufren, y en ellos posiblemente tiene mayor impacto la brecha entre las expectativas simbólicas generadas por la sociedad de consumo y sus posibilidades concretas de disponer de recursos que les permita satisfacerlas.

CONCLUSIONES

La diferencia en el placer en las compras puede estar vinculado a la intensidad y la frecuencia con que se experimentan estas conductas en los adolescentes de estratos sociales más bajos, en donde estos comportamientos posiblemente están precedidos de mayores expectativas y son menos habituales que en adolescentes de niveles socioeconómicos altos.

En relación al análisis anterior se puede suponer que el valor otorgado a los bienes materiales como sinónimo de bienestar por parte de los adolescentes en situación de marginalidad, está asociado al valor que cobra la satisfacción de necesidades consideradas básicas dirigidas a deseos de comodidad y confort de la vida diaria; lo que para los jóvenes de estratos sociales más elevados tendría menos valor, ya que representa necesidades ya satisfechas que permiten que los deseos y las expectativas estén puestos en buscar otro tipo de satisfacciones.

El estrato social en el que se encuentran los jóvenes condicionan las vivencias de adquisición de bienes materiales, y al parecer, en particular los procesos emocionales asociados a las mismas. El contexto social de cada uno de estos grupos conlleva varios elementos como expectativas, necesidades materiales y simbólicas, entre otros, que configuran distintos escenarios desde donde se significan estas experiencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, L. E. (2006). *La era del consumo*. Madrid, España: siglo XXI.

Cabrera, A. (2009). Felicidad y aspiraciones crecientes de consumo en la sociedad postmoderna. *Revista mexicana de sociología, 71*(1), 131-157.

Carbajal, M. (2012, 21 de julio). La generación de las conexiones múltiples. *Página/12*, p. 15. Recuperado de http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-199322-2012-07-23.html

Comisión de Enlace Institucional (CEI) (2006). NSE 2006. Recuperado de http://copadesvr02.copade.neuquen.gov.ar/intranet/files/NSE200623nov2006-Informe_final.pdf

Francés García, F. (2009). Elementos para el estudio de la estratificación social en las sociedades avanzadas: estrategias operativas. *Revista Obets, 3,* 43-57.

Goñi, C. & Guembe, P. (2012). Consumidores por el consumismo. *IEEM Revista de Negocios, 15*(6), 89-90.

Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly, 82*(1), 101-124.

Hopenhayn, M. (2008). Inclusión y exclusión social en la juventud latinoamericana. *Pensamiento iberoamericano, 3*(2), 49-71.

Jiménez Gómez, J. (2008). La moda y la clase social en la era del consumo. Tesis de grado no publicada. Departament de Sociología. Universitat Autónoma de Barcelona.

Luna, R. (1999). El modelo de compra S-C. Análisis de la compra impulsiva y compulsiva en la satisfacción del consumidor. *Revista de psicología social aplicada*, 5-24.

Ministerio de Salud de Chile (2011). Las inequidades en la salud de los trabajadores y trabajadoras desde una perspectiva de género. Análisis Epidemiológico avanzado para la Encuesta Nacional de empleo, trabajo y Calidad de Vida de los trabajares y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). Recuperado de http://wwwepi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/ GENERO BAJA.pdf

Mora y Araujo, M. (2002). La estructura social de la Argentina: Evidencias y conjeturas acerca de la estratificación actual. *Centro de Estudios para Latinoamérica (CEPAL) Serie Políticas Sociales, (59),* 1-47.

Paz, S. D. (2004). Los jóvenes y la redefinición local del consumo. *Última década, 12*(21), 105-117.

Portal Publicitario (2007). Nueva clasificación del nivel socio-económico en Argentina. Recuperado de http://www.portalpublicitario.com/content/view/1074/110

Téramo, M. T. (2006). Modas adolescentes y medios de comunicación como agentes socializadores. *Comunicar, 27*, 85-91.

Valenzuela, B. & Alejandra, L. (2007). Estudio descriptivo sobre la influencia de la sociedad de consumo en los valores y hábitos de los adolescentes de la provincia de Barcelona. Universitat de Barcelona. España. Recuperado de http://wwwhdl.handle.net/2445/43063

Vera Vila, J. (2005). Medios de comunicación y socialización juvenil. *Revista de Estudios de Juventud, 68*, 19-31.

PSICOLOGÍA DEL TRÁFICO Y DE LA SEGURIDAD

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD NORMAL Y DE SUS VARIANTES DESADAPTATIVAS

NORMAL PERSONALITY AND MALADAPTIVE VARIANTS ASSESSMENT

Joaquín Colodro-Plaza[1*], Juan José López-García[1], Laura Mezquita-Guillamón[2], Lucía Colodro-Conde[1,3] y Manuel Ignacio Ibáñez-Ribes[2]

[1]Universidad de Murcia, [2]Universitat Jaume I,

[3]QIMR Berghofer Medical Research Institute, Australia

Resumen

El modelo de los Cinco Factores (MCF) propone hipótesis para describir la patología de la personalidad y prototipos de los trastornos de personalidad (TP) del DSM. En un estudio ex post-facto hemos elaborado baremos para el recuento de TP-MCF a partir de la adaptación española del NEO PI-R y hemos comprobado la coherencia diagnóstica con el cuestionario IPDE y la validez de los recuentos de TP-MCF en una muestra clínica (n = 222) y otra no-clínica (n = 742). Las cotas significativas del baremo español fueron superadas por los casos subclínicos detectados con el cuestionario IPDE. Las correlaciones convergentes entre recuentos de TP-MCF y los equivalentes casos subclínicos de TP-DSM fueron estadísticamente significativas y de tamaño mayor que cualquier correlación divergente y la correlación divergente media. El recuento de facetas relevantes en TP-MCF y el baremo español facilitan la comprensión e interpretación de los TP en distintos ámbitos de la psicología aplicada.

Palabras clave: Modelo de los Cinco Factores, Trastorno de personalidad, NEO PI-R, Baremo español.

Abstract

The Five-factor model (FFM) proposes hypotheses to describe personality pathologies and personality disorders (PD) prototypes based on the DSM. In an ex post-facto study we have developed FFM-PD count norms using data from the NEO PI-R Spanish adaptation. Furthermore, the diagnostic agreement with the IPDE questionnaire and the validity of FFM-PD counts was analyzed in a clinical (n = 222) and a non-clinical sample (n = 742). The FFM-PD benchmarks were highly likely to be exceeded if subjects were classified as a subclinical case in the DSM-PD. Convergent correlations of FFM-PD counts with their equivalent subclinical cases of DSM-PD were statistically significant and outperformed any divergent correlation as well as the average divergent correlations in all FFM-PD. The use of a count technique based on NEO PI-R facets and Spanish FFM-PD normative data facilitate the PD understanding and interpretation in various applied psychology fields.

Key words: Five-Factor Model, Personality disorder, NEO PI-R, Spanish normative data.

Los trastornos de personalidad (TP) son formas peculiares de enfermedad mental, que se manifiestan mediante conductas desadaptadas asociadas a deterioro funcional en el ámbito personal y social. Su tradicional concepción categórica, considerándolos síndromes clínicos cualitativamente distintos unos de otros, de la personalidad normal y del resto de trastornos mentales, va dando paso a paradigmas dimensionales para analizar y describir la patología de la personalidad, en los que las diferencias entre manifestaciones normales y patológicas se consideran graduales y cuantitativas en lugar de cualitativamente distintas (American Psychiatric Association, 2000, 2013). Una de las alternativas dimensionales con mayor consenso y apoyo empírico es el modelo de los Cinco Factores (MCF), aceptado generalmente como representación

*Correspondencia: Joaquín Colodro Plaza.
GI Psicología del Deporte, Universidad de Murcia.
C.P: 30100, Murcia, España.
E-mail: jcplaza@um.es

de la estructura de orden superior del continuo de personalidad normal y patológica (Widiger y Costa, 2012). Este modelo propone hipótesis teóricas para describir la patología de la personalidad y prototipos empíricos de los TP en términos de las facetas evaluadas con el cuestionario NEO PI-R (Widiger y Costa, 2013).

Desde comienzos de siglo se ha desarrollado una importante línea de investigación sobre las relaciones entre el MCF y los TP. El metaanálisis, las revisiones tradicionales y el análisis factorial de datos publicados han permitido concluir que existen relaciones robustas entre los TP-DSM y los rasgos de la personalidad, permitiendo caracterizar cada TP con un perfil específico en el MCF (Clark, 2007; O'Connor, 2005; Samuel y Widiger, 2008; Saulsman y Page, 2004). Es posible aprovechar las ventajas de este método dimensional para detección de los TP, entre las que se encuentra el fundamento científico que aporta el modelo predominante sobre la estructura de la personalidad, la base teórica de expertos en la investigación sobre psicopatología de la personalidad y el criterio práctico aportado por expertos en el tratamiento psicológico de los TP (Lynam y Widiger, 2001; Samuel y Widiger, 2004; Widiger y Costa, 2012). También es relevante el desarrollo metodológico derivado para evaluar los TP a partir de las facetas del NEO PI-R, con técnicas sencillas de aplicar en la práctica diaria y datos normativos para interpretar los resultados obtenidos (Lynam, 2012; Miller, 2012; Miller et al., 2008; Miller, Bagby, Pilkonis, Reynolds y Lynam, 2005). Las aportaciones de esta línea de investigación y de metodología, junto a la evaluación del funcionamiento individual en el plano personal y social, pueden ser de utilidad para describir y diagnosticar los TP contemplados en las dos últimas versiones del DSM (Trull, 2012; Widiger, 2015; Widiger y Costa, 2013).

En este trabajo, motivado originalmente por la necesidad de prevenir la seguridad en actividades subacuáticas, se realiza una aproximación a la investigación sobre la patología de la personalidad ligada al cambio del paradigma categórico de los TP y al empleo de la técnica de recuento de las facetas del NEO PI-R. En primer lugar, hemos desarrollado el baremo español para describir e interpretar los recuentos de TP-MCF en función de su desviación estadística; en segundo lugar, hemos comprobado la utilidad de la técnica de recuento TP-MCF para describir y analizar los TP-DSM, evaluados con el cuestionario de detección IPDE.

MÉTODO

PARTICIPANTES

A partir de los estadísticos básicos y la matriz de correlaciones en las facetas de la muestra normativa (*n* = 2000) utilizada en la adaptación española del NEO PI-R (Costa y McCrae, 2008) se han elaborado los datos normativos de los recuentos TP-MCF para cada sexo y muestra total.

Para comprobar la validez de los recuentos TP-MCF, se ha utilizado una muestra compuesta por 742 participantes (63,5% mujeres, con edad media = 23,25, *DT* = 3,71), la mayoría de ellos estudiantes (70%) junto al 19% de trabajadores en activo, 7% desempleados, presentando el 4% restante otras situaciones. Además, hemos contado con una muestra clínica compuesta por 222 pacientes (65,8% mujeres, con edad media = 36,66, *DT* = 10,9); el 37% tenían estudios primarios, el 35% secundarios, el 26% universitarios, sin haber cursado ningún tipo de estudios el 2% restante.

MATERIALES

→ *Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE), Módulo DSM-IV*. Se utilizó la versión española (López-Ibor, Pérez-Urdaniz y Rubio, 1996) del cuestionario de Loranger et al. (1994). Los 77 ítems de respuesta verdadero/falso tienen el objetivo de identificar los 10 TP contemplados en el DSM-IV, definiéndose como caso subclínico la presencia de una puntuación de 3 o más síntomas en cualquier TP.

→ *Inventario de la personalidad NEO Revisado (NEO PI-R)*. Se ha aplicado la adaptación española (Costa y McCrae, 2008) del cuestionario original de Costa y McCrae (1992), con la que se obtiene una evaluación de la personalidad del adulto de acuerdo con el MCF. Consta de 240 elementos, a los que se responde según una escala tipo Likert de 5 opciones, que permiten evaluar 5 dimensiones principales (Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad) y sus 30 facetas de personalidad.

→ *Recuentos TP-MCF*. Las estimaciones de los TP a partir de las puntuaciones directas en las 30 facetas evaluadas con el NEO PI-R se han realizado mediante la técnica de cálculo aditivo propuesta por Miller et al. (2005), teniendo en cuenta las facetas relevantes en cada TP y su elevada o baja contribución al prototipo de cada TP-DSM (Lynam y Widiger, 2001; Miller y Lynam, 2008). La Tabla 1 describe la técnica utilizada para estimar los TP-MCF.

Tabla 1
Técnica de recuento de los TP a partir del NEO PI-R

TP	Facetas
PAR	N2+E1i+E2i+O4i+O6i+A1i+A2i+A3i+A4i+A6i
EZD	E1i+E2i+E3i+E4i+E5i+E6i+O3i+O4i
EZT	N1+N4+E1i+E2i+E6i+O5+C2i
ANT	N1i+N2+N4i+N5+E3+E4+E5+O4+A1i+A2i+ A3i+A4i+A5i+A6i+C3i+C5i+C6i
LIM	N1+N2+N3+N5+N6+O3+O4+A4i+C6i
HIS	N4i+N5+E2+E4+E5+E6+O1+O3+O4+ A1+C5i+C6i
NAR	N2+N4i+E1i+E3+E5+O3i+O4+A1i+A2i+ A3i+A4i+A5i+A6i
EVI	N1+N4+N5i+N6+E2i+E3i+E5i+E6i+O4i+A5
DEP	N1+N3+N4+N6+C1i+C5i
OC	N1+N5i+E5i+O3i+O4i+O5i+O6i+C1+ C2+C3+C4+C5+C6

Nota. Prototipos de TP: Lynam y Widiger (2001), excepto TP Dependiente (Miller y Lynam, 2008).
N1 = Ansiedad, N2 = Hostilidad, N3 = Depresión, N4 = Ansiedad social, N5 = Impulsividad, N6 = Vulnerabilidad, E1 = Cordialidad, E2 = Gregarismo, E3 = Asertividad, E4 = Actividad, E5 = Búsqueda de emociones, E6 = Emociones positivas, O1 = Fantasía, O3 = Sentimientos, O4 = Acciones, O5 = Ideas, O6 = Valores, A1 = Confianza- A2 = Franqueza, A3 = Altruismo, A4 = Actitud conciliadora, A5 = Modestia, A6 = Sensibilidad a los demás, C1 = Competencia, C2 = Orden, C3 = Sentido del deber, C4 = Necesidad de logro, C5 = Autodisciplina, C6 = Deliberación. i: valor de la faceta invertido.

PROCEDIMIENTO

Una muestra de validación se obtuvo en la Universidad Jaume I a partir de los últimos seguimientos de dos estudios prospectivos realizados durante 2009 (n = 327) y 2010 (n = 193) y de un estudio transversal de 2012 (n = 222). Todos firmaron su consentimiento informado para participar, recibiendo 30€ por su colaboración.

La muestra clínica de validación fue obtenida en el servicio ambulatorio del Departamento de Salud Mental del Hospital General de Castellón entre 2005 y 2010, mediante invitación de profesionales sanitarios. Tras firmar su consentimiento informado, realizaron los cuestionarios IPDE y NEO PI-R en dos sesiones.

DISEÑO

En un estudio retrospectivo con diseño de caso-control se han identificado los individuos que reunían los criterios diagnósticos de caso subclínico en los TP-DSM según los datos obtenidos con el cuestionario IPDE.

Las estimaciones de los TP a partir de las puntuaciones directas en las 30 facetas del NEO PI-R se han realizado mediante la técnica de cálculo aditivo propuesta por Miller et al. (2005), comprobando mediante un estudio ex post facto la coherencia diagnóstica respecto a la versión española del IPDE y la validez de constructo de los TP-MCF, calculando el tamaño del efecto tras la transformación de r en z de Fisher.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se resumen los datos normativos de los TP-MCF en la población española; al no hallar diferencias estadísticamente significativas entre las medias de varones y mujeres (d = 0,11), se trabaja con el baremo total. Esta técnica y este baremo sirven de estimación y referencia para facilitar la interpretación de los TP en función de la desviación estadística.

La Tabla 3 resume los estadísticos básicos de la estimación de los TP en base a los recuentos TP-MCF en las dos muestras, clínica y no-clínica. La muestra clínica presenta puntuaciones T mayores en los clústeres A y C con tamaños del efecto grandes (Mdn de d = 1,03 y 1,12); la mediana de los coeficientes de consistencia interna en esta muestra (α = ,71) indica fiabilidad adecuada.

En la Tabla 4 se analiza la coherencia entre síntomas de TP-DSM y recuentos TP-MCF. Se obtuvo un 73% de acuerdo en la muestra no-clínica y un 93% en la muestra clínica al estimar cualquier TP. Los parámetros de capacidad diagnóstica sugieren una estrecha relación entre estimaciones de TP-DSM y recuentos TP-MCF, siendo la estimación de cualquier TP-MCF en la muestra no-clínica y clínica 4 y 25 veces más probable en un caso subclínico detectado con el cuestionario IPDE.

Tabla 2
Baremo español de los recuentos TP-MCF (n = 2000)

T	PAR	EZD	EZT	ANT	LIM	HIS	NAR	EVI	DEP	OC
99	≥ 210	≥ 201	≥ 163	≥ 350	≥ 222	≥ 319	≥ 264	≥ 247	≥ 157	≥ 353
90	190 192	182 183	149	324 326	203 204	298 300	244 245	227 229	139 140	333 334
80	168 169	162 163	134	295 297	181 182	275 276	222 223	206 207	120 121	310 311
70	146 147	141 142	119	267 269	159 160	251 253	200 201	185 186	101 102	287 288
60	124 125	121 122	103 104	238 240	137 138	228 229	178 180	164 165	81 82	263 265
50	102 103	100 101	88 89	210 212	115 116	204 206	157 158	142 144	62 63	240 242
40	80 81	80 81	73	181 183	93 95	181 182	135 136	121 122	43 44	217 219
30	57 59	59 60	58	153 155	72 73	158 159	113 114	100 101	24 25	194 196
20	35 36	38 40	42 43	124 126	50 51	134 135	91 92	79 80	4 5	171 173
10	13 14	18 19	27 28	96 98	28 29	111 112	69 70	57 59	≤ 3	148 150
1	≤ 3	≤ 1	≤ 14	≤ 72	≤ 9	≤ 91	≤ 51	≤ 39		≤ 129

Tabla 3
Resumen de estadísticos descriptivos, correlación y fiabilidad de los TP-MCF

TP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*M*	*SD*	α_1
1. PAR	1	,47	,57	,58	,50	,36	,74	,32	,40	,10	134,63	27,73	,78
2. EZD	,53	1	,74	,31	,07	,87	,09	,84	,48	,14	130,48	25,80	,77
3. EZT	,57	,66	1	,03	,48	,56	,10	,76	,74	,22	117,02	20,20	,52
4. ANT	,48	,33	,01	1	,43	,45	,90	,47	,03	,53	222,43	34,96	,71
5. LIM	,33	,04	,48	,36	1	,13	,36	,30	,74	,34	157,80	24,75	,70
6. HIS	,47	,86	,45	,44	,25	1	,14	,77	,25	,45	191,87	26,23	,58
7. NA	,72	,04	,15	,86	,23	,04	1	,31	,01	,25	164,52	27,97	,66
8. EVI	,36	,82	,70	,51	,26	,72	,31	1	,71	,17	183,96	28,64	,72
9. DEP	,35	,40	,68	,00	,78	,15	,03	,68	1	,35	136,78	19,88	,82
10. OC	,02	,26	,21	,58	,38	,60	,22	,28	,27	1	225,55	27,66	,84
M	122,16	102,01	98,61	243,74	142,13	217,21	174,43	148,18	84,52	210,59			
SD	23,58	21,57	17,04	29,78	22,27	24,97	23,41	23,86	21,80	26,04			
α_2	,78	,79	,52	,69	,73	,68	,64	,71	,83	,70			

Nota: α_1 y α_2 = consistencia interna (α de Cronbach) en la muestra clínica y no-clínica. Por encima de la diagonal principal: muestra clínica. Por debajo de la diagonal principal: muestra no-clínica

Tabla 4
Coherencia diagnóstica de síntomas TP-DSM y recuentos TP-MCF

	TP M		TP MC		SEN		ESP		VPP		VPN		OR	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
PAR	22	48	25	45	,55	,64	,84	,72	,49	,67	,87	,69	6,28	4,50
EZD	16	58	9	46	,27	,63	,95	,77	,51	,79	,87	,61	7,45	5,64
EZT	17	50	20	58	,52	,75	,87	,58	,44	,64	,90	,70	6,94	4,05
ANT	6	13	38	17	,86	,61	,65	,89	,13	,45	,99	,94	11,14	12,73
LIM	33	60	37	3	,70	,75	,79	,71	,62	,90	,84	,44	8,57	7,33
HIS	47	78	16	64	,22	,04	,89	,01	,65	,01	,57	,41	2,44	
NAR	36	33	24	15	,45	,24	,88	,90	,67	,55	,74	,70	5,82	2,85
EVI	48	76	11	64	,22	,74	,98	,67	,93	,87	,58	,46	18,18	5,81
DEP	24	55	13	77	,33	,89	,93	,36	,59	,63	,81	,72	6,26	4,34
OC	52	71	0	3	,01	,03	1	,97	,67	,71	,48	,29	1,82	1,01

Nota. TP-DSM = porcentaje de casos subclínicos detectados con IPDE; TP-MCF = porcentaje de estimaciones con recuentos TP-MCF; SEN = sensibilidad de TP-MCF en detección de TP-DSM; ESP = especificidad; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo; OR = odds ratio; M1 = muestra no-clínica; M2 = muestra clínica.

Tabla 5
Validez de constructo de TP-MCF con TP-DSM

	TP M							
	n 742				*n* = 222			
TP MC	VC	MVD	*q*	VD>VC	VC	MVD	*q*	VD>VC
PAR	,49	,32	,20	1	,49	,29	,17	1
EZD	,42	,12	,33	1	,55	,08	,42	0
EZT	,52	,27	,31	1	,55	,24	,26	1
ANT	,44	,17	,32	1	,46	,17	,26	0
LIM	,58	,26	,40	0	,65	,31	,27	0
HIS	,29	,15	,45	2	,46	,09	,34	0
NAR	,50	,21	,34	0	,38	,17	,20	1
EVI	,55	,12	,50	0	,51	,11	,36	0
DEP	,47	,27	,23	1	,55	,25	,25	0
OC	,24	,11	,36	2	,16	,13	,04	3

Nota. VC = Coeficientes de correlación convergente de TP-MCF y TP-DSM. VDM = media de las correlaciones divergentes. *q* = tamaño del efecto en diferencias de correlación convergente y media de las divergentes. VD>VC = número de correlaciones divergentes superiores a los coeficientes convergentes.
Las definiciones operacionales de Cohen para tamaños del efecto pequeño, medio y grande en las diferencias de correlación (z_1-z_2) son *q* = ,10, ,30 y ,50, respectivamente. Criterio = *q* > ,10.
***p* < ,01, ****p* < ,001 (bilateral).

La Tabla 5 muestra los índices de validez en las dos muestras. Las correlaciones convergentes de TP-MCF presentaron una media de *r* = ,45 con sus equivalentes casos subclínicos de IPDE; además, según lo evidenció el tamaño del efecto (*q* > ,10), fueron estadísticamente significativas, mayores que cualquier correlación divergente (con excepción de HIS-EVI) y superiores a la media de las correlaciones divergentes (con presencia de índices discrepantes aislados).

DISCUSIÓN

Con el fin de evaluar los TP desde una perspectiva dimensional, en la que se conciben como modalidades extremas de los rasgos en el continuo de personalidad normal y patológica, hemos desarrollado el baremo español con la técnica aditiva de TP-MCF (Miller et al., 2005; Widiger y Costa, 2013). El trabajo tiene el mérito de facilitar datos normativos para los recuentos TP-MCF en población española, sin necesidad de utilizar normas específicas de género a la vista de nuestros datos y de comprobaciones previas (Miller et al., 2008).

Este baremo puede ser válido para la investigación básica y la psicología aplicada con muestras españolas, aportando puntos de referencia hasta ahora inexistentes para la interpretación y descripción de los TP (Colodro et al, en prensa). Desde el punto de vista teórico, por un lado, el recuento de TP-MCF puede contribuir a una más completa comprensión de las relaciones y diferencias entre los TP y a una interpretación más precisa de su significado desde la perspectiva del MCF, al conocer las facetas que se conjugan en cada prototipo de TP y disponer de datos normativos en la población española. Desde el punto de vista práctico, por otro lado, el recuento de TP-MCF puede facilitar el proceso de evaluación clínica o conductual al aportar una descripción precisa de las facetas básicas de la personalidad relevantes en cada TP; además, permite comparar las estimaciones TP-MCF con datos normativos que sirven para evaluar con mayor rigor la presencia de patología de la personalidad, utilizando una puntuación estadísticamente desviada en lugar de los múltiples criterios diagnósticos del DSM. Esta información facilita la comunicación de resultados a nivel personal o pericial y evita tanto la estigmatización diagnóstica como las posibles complicaciones legales de la aplicación de cuestionarios psicopatológicos en contextos no clínicos.

Sin embargo, no hay que olvidar que este trabajo se ha realizado con metodología de autoinforme, estando expuesta a deseabilidad social, y que en la validación se han utilizado muestras de conveniencia, lo que limita la generalización de resultados.

Aunque el paradigma dimensional de los TP se ha desarrollado en el ámbito clínico, hay otros campos de la psicología donde se puede utilizar esta visión integradora de la personalidad normal y patológica. La utilidad de este modelo y de la metodología desarrollada para evaluar los TP se ha comprobado en el ámbito clínico y organizacional, facilitando los procesos de diagnóstico clínico (Miller et al., 2010; Widiger y Presnall, 2013) y de selección de personal (De Fruyt et al., 2009) o contribuyendo a la identificación de conductas laborales contraproductivas (Wille, De Fruyt y De Clercq, 2013). Tanto por la capacidad diagnóstica como por la validez predictiva de la técnica aditiva TP-MCF, la evaluación de los rasgos de personalidad y de sus variantes extremas desadaptativas también puede tener implicación en la prevención de la seguridad en las actividades humanas desarrolladas en el ámbito marítimo.

CONCLUSIONES

El modelo dimensional de los TP-MCF aporta la ventaja de facilitar una visión integradora de la personalidad normal y patológica. La técnica de recuento TP-MCF contribuye a la mejora de la descripción clínica de los TP considerados como variantes desadaptativas de la personalidad normal. El baremo desarrollado proporciona datos normativos específicos y un perfil estandarizado para describir e interpretar los TP desde la perspectiva del MCF, que pueden aprovecharse en estudios españoles de psicología aplicada.

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo contó con recursos económicos de la Generalitat Valenciana (Proyecto GV/2016/158). LCC recibió apoyo de una beca postdoctoral de la Fundación Séneca (19151/PD/13) y una beca del QIMR Berghofer, Australia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*.

Arlington, VA: American Psychiatric Pub.

Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology, 58,* 227-257.

Colodro, J., López-García, J. J., Mezquita, L., Colodro-Conde, L., Ibáñez, M. I., Edo, S., Villa, E. y Ortet, G. (En prensa). Five-factor model of personality disorders: Spanish normative data and validation. *Anales de Psicología.*

Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI): Manual* (3ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.

De Fruyt, F., De Clercq, B. J., Miller, J., Rolland, J., Jung, S., Taris, R., … Van Hiel, A. (2009). Assessing personality at risk in personnel selection and development. *European Journal of Personality, 23*(1), 51-69.

López-Ibor, J., Pérez-Urdaniz, A. y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de personalidad.* Módulo DSM-IV. Madrid: Meditor.

Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S., … Ferguson, B. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 51*(3), 215-224.

Lynam, D. R. (2012). Assessment of maladaptive variants of five-factor model traits. *Journal of Personality, 80*(6), 1593-1613.

Lynam, D. R. y Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(3), 401-412.

Miller, J. D. (2012). Five-factor model personality disorder prototypes: A review of their development, validity, and comparison to alternative approaches. *Journal of Personality, 80*(6), 1565-1591.

Miller, J. D., Bagby, R. M., Pilkonis, P. A., Reynolds, S. K. y Lynam, D. R. (2005). A simplified technique for scoring DSM-IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment, 12*(4), 404-415.

Miller, J. D. y Lynam, D. R. (2008). Dependent personality disorder: comparing an expert generated and empirically derived five-factor model personality disorder count. *Assessment, 15*(1), 4-15.

Miller, J. D., Lynam, D. R., Rolland, J.-P., De Fruyt, F., Reynolds, S. K., Pham-Scottez, A., … Bagby, R. M. (2008). Scoring the DSM-IV personality disorders using the five-factor model: Development and validation of normative scores for North American, French, and Dutch-Flemish samples. *Journal of Personality Disorders, 22*(5), 433-450.

Miller, J. D., Maples, J., Few, L. R., Morse, J. Q., Yaggi, K. E. y Pilkonis, P. A. (2010). Using clinician-rated five-factor model data to score the DSM-IV personality disorders. *Journal of Personality Assessment, 92*(4), 296-305.

O'Connor, B. P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 61*(3), 323-345.

Samuel, D. B. y Widiger, T. A. (2004). Clinicians' personality descriptions of prototypic personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 18*(3), 286-308.

Samuel, D. B. y Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review, 28*(8), 1326-1342.

Saulsman, L. M. y Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*(8), 1055-1085.

Trull, T. J. (2012). The five-factor model of personality disorder and DSM-5. *Journal of Personality, 80*(6), 1697-1720.

Widiger, T. A. (2015). Assessment of DSM-5 personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 97*(5), 456-466.

Widiger, T. A. y Costa, P. T. (2012). Integrating normal and abnormal personality structure: the Five-Factor model. *Journal of Personality, 80*(6), 1471-1506.

Widiger , T. A. y Costa, P. T. (Eds.) (2013). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (3a ed.). Washington, DC: American Psychological 3ª Association.

Widiger, T. A. y Presnall, J. R. (2013). Clinical application of the five-factor model. *Journal of Personality, 81*(6), 515-527.

Wille, B., De Fruyt, F. y De Clercq, B. (2013). Expanding and reconceptualizing aberrant personality at work: Validity of five-factor model aberrant personality tendencies to predict career outcomes. *Personnel Psychology,* 66(1), 173-223.

PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

BIENESTAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS

UNDERGRADUATES' WELL-BEING AND ITS ASSOCIATION WITH DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SYMPTOMS IN UNDERGRADUATES

Inmaculada Montoya-Castilla*, Usue de la Barrera, Estefanía Mónaco y María del Mar López

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Resumen

El bienestar subjetivo tiene un componente cognitivo (la satisfacción con la vida) y un componente afectivo (afectos positivos y negativos). La satisfacción con la vida implica la evaluación de la propia vida en su conjunto, atendiendo a diferentes áreas como la familia, los amigos y uno mismo. Se relaciona positivamente con la felicidad y negativamente con la depresión. La ansiedad se relaciona con un alto afecto negativo, y la depresión con un estado mixto de alto afecto negativo y bajo afecto positivo. Los jóvenes universitarios sufren altos niveles de estrés y falta de control debido al competitivo ambiente académico, lo que aumenta el riesgo de padecer problemas emocionales y desarrollar trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad, y reduce el bienestar subjetivo. Algunos de los síntomas más característicos del estrés son la tensión y la irritabilidad. La depresión se asocia con la tristeza, la desesperanza y la inutilidad. La ansiedad hace referencia a los síntomas físicos de la excitación, tensión muscular y/o miedo. El objetivo del estudio fue analizar el bienestar de los universitarios, el nivel de estrés y los síntomas de ansiedad y depresión, observando las diferencias en función del sexo y del curso. Participaron 143 jóvenes de la Universitat de València (*M* = 22,38 años; *DT* = 5,76 años; 69,20% mujeres). Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larson, & Griffin, 1985; Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000) y la Escala de Afectos Positivos y Negativos (SPANE; Diener et al., 2010). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, diferencias de medias y correlaciones de Pearson mediante el programa SPSS versión 21.0. Los resultados reflejan que aproximadamente la mitad de los estudiantes muestra síntomas de depresión y casi el 8% tiene síntomas graves. En cuanto a los niveles de ansiedad, el 36,4% sufre ansiedad grave y casi un 20% presenta síntomas moderados. Respecto al estrés, el 21,4% muestra síntomas graves y casi un 21% tiene síntomas moderados. Atendiendo a las diferencias por curso, los jóvenes de los últimos cursos (3º y 4º de carrera) muestran significativamente mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés que los estudiantes de los primeros cursos (1º y 2º de carrera). Existen diferencias en función del sexo en los primeros cursos, ya que las mujeres presentan significativamente mayores niveles de ansiedad y estrés que los hombres. El bienestar subjetivo se relaciona de forma inversa con la depresión y el estrés, pero no correlaciona con la ansiedad. El estudio pone de manifiesto la importancia de la prevención en población universitaria a través del desarrollo de programas para manejar el estrés y los síntomas de ansiedad y depresión, con el fin de promover el bienestar de los estudiantes.

Palabras claves: Ansiedad, Bienestar subjetivo, Depresión, Estrés, Estudiantes Universitarios.

Abstract

Subjective well-being has a cognitive (life satisfaction) and affective dimension (positive and negative experience). Life satisfaction involves the overall evaluation of one's life including different areas such as family, friends and one self. Anxiety is associated with high negative experience, and depression relates to a mixed state of high negative experience and low positive experience. Undergraduates suffer from high levels of stress and a

*Correspondencia: Inmaculada Montoya-Castilla.
Facultad de Psicología, Universitat de València.
C.P: 46010. Valencia, España.
E-mail: inmaculada.montoya@uv.es

lack of control due to a highly competitive academic environment. Thus, university students who perceive high levels of stress are more vulnerable to present emotional problems and to develop mood disorders such as depression and anxiety, which reduces their subjective well-being. Some of the most common symptoms of stress are tension and irritability. Depression is associated with feelings of sadness, despair and uselessness. Anxiety refers to physic symptoms of excitement, muscular tension and/or fear. The aim of this study is to analyse undergraduates' well-being, as well as their levels of perceived stress, depression and anxiety symptoms, accounting for sex and academic year differences. Participants were 143 students from the University of Valencia (M_{age}=22.38; SD_{age}=5.76; 69.20% females), who completed the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995), the Satisfaction With Life Scale SWLS; Diener, Emmons, Larson, & Griffin, 1985; Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000); and the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE; Diener et al., 2010). Descriptive statistics, mean differences and Pearson correlations were conducted, using SPSS (21.0 version). Results indicate that 45,5% of the students suffer from depression symptoms and almost 8% have severe symptoms. Regarding anxiety levels, 36.4% of the students present severe anxiety and nearly 20% show moderate symptoms. Concerning stress, 21.4% of the sample show severe symptoms and almost 21% have moderate symptoms. Concerning academic year differences, students from the last grades (3rd and 4th grade) show significant higher levels of depression, anxiety and stress than students from the 1st and 2nd grade. Sex differences in 1st and 2nd grade indicate that female students present significant higher levels of anxiety and stress than male students. Our findings reveal that subjective well-being is inversely related to depression and stress, but it's not associated with anxiety. This study highlights the importance of university-based prevention programs that aim to manage stress and anxiety and depression symptoms, with the purpose of promoting young students' well-being.
Key words: Anxiety, Subjective well-being, Depression, Stress, Undergraduates.

Los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa vital compleja en la que han de poner en juego diversas competencias y habilidades para alcanzar los objetivos de la carrera. Numerosos estudios, llevados a cabo desde hace más dos décadas, constatan que estos jóvenes sufren estrés y experimentan falta de control ante las exigencias de su contexto académico (Fernández, González, & Trianes, 2015). Al ambiente competitivo de la universidad, un entorno en el que pueden aparecer conductas de acoso entre iguales (Myers & Cowie, 2016), se han de sumar las demandas en la esfera personal, donde el aumento de responsabilidades y la separación del núcleo familiar generan estrés (Keyes & Corey, 2007). Estas presiones en los jóvenes aumentan el riesgo de que sufran trastornos del estado de ánimo (Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010), desarrollen sintomatología clínica (García-Ros, Pérez-González, Pérez-Blasco, & Natividad, 2012) y tengan un peor rendimiento académico (Bergin & Pakenham, 2015). Para paliar estos efectos negativos del estrés, algunos jóvenes comienzan a consumir drogas y otros deciden abandonar la carrera universitaria (Pulido-Rull et al., 2011). Todas las presiones y problemas asociados al estrés conllevan una disminución del bienestar subjetivo de los estudiantes universitarios que puede poner en riesgo su salud física y mental. Por estas razones, su fortalecimiento se considera un objetivo importante dentro de la educación.

El bienestar subjetivo es un constructo formado por tres componentes independientes, pero interrelacionados: la satisfacción con la vida, los afectos positivos y los afectos negativos (Diener, 1984). La satisfacción con la vida es considerada la dimensión cognitiva y hace referencia al juicio global que realiza una persona de las condiciones de su vida, basándose en estándares personales. Esta evaluación se lleva a cabo atendiendo a diferentes áreas tales como la familia, los amigos, los estudios y uno mismo (Suldo, Frank, Chappel, Albers, & Bateman, 2014). Sin embargo, investigaciones recientes enfatizan la necesidad de valorarla centrándose también en el alcance de los objetivos propios y en la autopercepción de la propia capacidad para hacer frente a la vida cotidiana, es decir, también incluye el significado que se le atribuye a la propia vida (Jaisri, 2016). Además, es un factor relativamente estable, lo que permite que sea un indicador idóneo de la calidad de vida percibida (Burger & Samuel, 2017). Los afectos son considerados la dimensión afectiva del bienestar subjetivo. Está compuesta por dos dimensiones diferenciadas que son el afecto positivo y el afecto negativo (Watson & Tellegen, 1985). Estos dos tipos de afectos no se definen uno en función de la ausencia del otro, sino que se trata de dos constructos unipolares de dimensiones independientes (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009). Esto significa que los estudiantes

universitarios pueden experimentar simultáneamente emociones positivas y negativas. El afecto positivo conlleva experimentar estados de ánimo y emociones placenteras o agradables, mientras que el afecto negativo implica experimentar aquellas emociones que son displacenteras o desagradables (Diener, 2000).

La importancia del bienestar subjetivo en los estudiantes radica especialmente en su relación con otras variables relevantes para estos jóvenes. La dimensión cognitiva del bienestar (satisfacción con la vida) previene la aparición de psicopatología y amortigua el estrés (Suldo & Huebner, 2004). Asimismo, se asocia positivamente con indicadores de buena salud mental (Silva, do Céu, Marques, & Gouveia, 2015) y con el desarrollo exitoso de la persona (Luhmann et al., 2013); y negativamente con la depresión, con la infelicidad (Proctor et al., 2009) y con el consumo de cannabis (Tartaglia et al., 2017). En lo referido a la dimensión afectiva del bienestar, diversos estudios destacan que la experiencia frecuente de emociones positivas tales como la alegría, la gratitud y la satisfacción, ayuda al funcionamiento físico, psicológico y social de las personas en distintas etapas de su ciclo de vida (Sun & Kong, 2013). De esta manera, los jóvenes que muestran una mayor frecuencia de afectos positivos son más optimistas y sociables, y tienen mayor éxito en la vida, mayor autoeficacia y mejor afrontamiento del estrés (Lyubomirsky et al., 2005; Wang, Xie, & Cui, 2016). Por otro lado, los afectos se asocian con algunos problemas psicológicos. Un alto afecto negativo está relacionado con la ansiedad, y un estado mixto de alto afecto negativo y bajo afecto positivo se asocia con la depresión (Tellegen, 1985).

El objetivo del presente trabajo es analizar el bienestar subjetivo de los estudiantes universitarios, el estrés y los síntomas de ansiedad y depresión, observando las diferencias en función del sexo y del curso.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 143 estudiantes universitarios españoles (*M*= 22,38 años; *DT*= 5,76 años), el 69,20% de los cuales eran mujeres. El 33,60% de los jóvenes pertenecían a los cursos de 1º y 2º de carrera, mientras que el 66,40% cursaban 3º o 4º.

MATERIALES

El *bienestar subjetivo* está formado por una dimensión cognitiva, que incluye la satisfacción con la vida, y una dimensión afectiva, compuesta por los afectos positivos y los afectos negativos. La dimensión cognitiva fue evaluada mediante *la Escala de Satisfacción con la Vida* (SWLS; Diener et al., 1985; validado por Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000). Esta escala consta de 5 ítems que evalúan la satisfacción que tienen las personas con su vida. Los valores de las respuestas oscilan entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*). La consistencia interna (α de Cronbach) de la escala es de ,84. La dimensión afectiva del bienestar subjetivo fue evaluada mediante *la Escala de Afectos Positivos y Negativos* (SPANE; Diener et al., 2010). La escala consta de 12 ítems, de los cuales 6 hacen referencia a experiencias positivas y 6 a experiencias negativas o de preocupación. Los participantes puntúan la frecuencia con la que han experimentado sentimientos positivos y negativos durante las últimas 4 semanas en una escala tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta que van de 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*). La consistencia interna de la escala (α de Cronbach) oscila entre ,81 y ,89.

Los síntomas de *depresión, ansiedad y estrés* fueron evaluados mediante *la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Antúnez & Vinet, 2012). Este instrumento de autoinforme consta de 21 ítems que evalúan tres escalas distintas: la depresión, la ansiedad y el estrés. Cada escala está compuesta por 7 ítems que se responden de acuerdo a la presencia e intensidad de los síntomas experimentados durante la última semana en una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 a 3. La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, autodepreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de Ansiedad considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de Estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia. La consistencia interna de las escalas (α de Cronbach) oscila entre ,73 y ,85.

PROCEDIMIENTO

Los estudiantes, previo consentimiento informado, cumplimentaron los cuestionarios mencionados

anteriormente en una única sesión de aproximadamente 20 minutos de duración. La evaluación se realizó en aulas de las distintas facultades de la Universitat de València, con el permiso de los profesores. Para el análisis de los datos se realizaron estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas y porcentajes), diferencias de medias (prueba t de Student) y correlaciones bivariadas (coeficiente de correlación de Pearson), a través del programa SPSS versión 21.0.

DISEÑO

El presente estudio consiste en una investigación empírica de diseño transversal y correlacional (Ato, López, & Benavente, 2013), que facilita la evaluación de las variables en un momento determinado, siguiendo una tradición analítica fundamentalmente centrada en la asociación más que en la definición de relaciones causa-efecto. Permite, además, trabajar con grupos naturales o preexistentes que comparten características culturales (Ato et al., 2013), y en los cuales se pueden analizar las variables de estudio de acuerdo con diversos criterios que son fuente de diferencias individuales (sexo, edad, etc.). Para el caso de esta investigación, se escogió un grupo de estudiantes universitarios de la Universitat de València, con el fin de estudiar las relaciones entre el bienestar y síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

RESULTADOS

Los resultados de los análisis reflejan el porcentaje de estudiantes que sufre síntomas de depresión, de ansiedad y de estrés (Tabla 1). Se observa que casi la mitad de los jóvenes presenta síntomas de depresión y aproximadamente el 8% tiene síntomas graves. Respecto a la ansiedad, el 36,4% muestra síntomas graves y casi un 20% síntomas moderados. En cuanto al estrés, el 21,4% presenta síntomas graves y casi un 21% tiene síntomas moderados de estrés.

Tabla 1
Porcentaje de estudiantes universitarios con síntomas de depresión, ansiedad y estrés

	Depresión (%)	Ansiedad (%)	Estrés (%)
Sin síntomas	39,0	41,4	41,4
Síntomas leves	4,9	3,6	16,4
Síntomas moderados	45,5	18,6	20,7
Síntomas graves	5,7	20,7	14,3
Síntomas muy graves	2,1	15,7	7,1

Tabla 2
Diferencias en depresión, ansiedad y estrés en función del curso académico

		Cursos 1º y 2º	Cursos 3º y 4º			
		M (DT)	*M (DT)*	*t*	*p*	*d* de Cohen
	BIENESTAR SUBJETIVO					
SWLS	Dimensión cognitiva					
	Satisfacción con la vida	19,13 (4,14)	18,30 (3,73)	1,19	,234	0,22
SPANE	Dimensión afectiva					
	Afectos positivos	23,19 (3,81)	23,10 (3,11)	0,15	,878	0,03
	Afectos negativos	15,26 (3,65)	14,44 (3,56)	1,26	,208	0,23
	SINTOMATOLOGÍA					
DASS-21	Depresión	6,65 (6,59)	13,19 (7,19)	-5,17	,000	-0,94
	Ansiedad	6,61 (7,73)	13,19 (7,14)	-4,90	,000	-0,90
	Estrés	14,26 (10,04)	19,17 (8,46)	-3,01	,003	-0,55

Respecto a los cursos académicos, los resultados muestran diferencias en las tres variables (Tabla 2). Los estudiantes de 3º y 4º tienen mayores niveles de depresión y ansiedad, así como más síntomas de estrés, en comparación con los estudiantes de 1º y 2º curso. No se observan diferencias en las dimensiones del bienestar subjetivo.

En cuanto a las diferencias en función del sexo, los resultados varían dependiendo del curso académico. En los primeros cursos (1º y 2º de carrera), las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad y de estrés que los hombres (Tabla 3). Sin embargo, en los últimos cursos (3º y 4º) no existen diferencias entre hombres y mujeres en los síntomas de depresión (t= -1,31; p= ,195), ansiedad (t= -0,29; p= ,769) ni estrés (t= -0,25; p= ,807). No se han encontrado diferencias en los niveles de bienestar subjetivo en función del sexo, ni en los primeros cursos ni en los últimos.

Por último, se muestran las correlaciones bivariadas realizadas entre el bienestar subjetivo y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Tabla 4). Los resultados reflejan una relación significativa e inversa del bienestar subjetivo con los síntomas de depresión y con el estrés.

DISCUSIÓN

Un alto porcentaje de jóvenes universitarios sufre síntomas graves de ansiedad y de estrés que ponen en juego sus recursos a la hora de enfrentarse al contexto académico. Asimismo, algunos estudiantes también informan de síntomas graves de depresión, aunque en menor medida que los anteriores. En cuanto a la relación con el curso académico, los resultados reflejan mayores niveles de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés en los últimos cursos de los estudios universitarios. Es probable que estos altos niveles se deban al aumento

Tabla 3
Diferencias en depresión, ansiedad y estrés en función del sexo en los primeros cursos (1º y 2º)

		Mujeres	Hombres			
		M (DT)	*M (DT)*	*t*	*p*	*d* de Cohen
	BIENESTAR SUBJETIVO					
SWLS	Dimensión cognitiva					
	Satisfacción con la vida	18,97 (3,98)	19,88 (5,08)	-0,56	,580	-0,22
SPANE	Dimensión afectiva					
	Afectos positivos	23,08 (3,70)	23,75 (4,59)	-0,45	,654	-0,18
	Afectos negativos	15,23 (3,64)	15,38 (5,96)	-0,10	,920	-0,04
	SINTOMATOLOGÍA					
DASS-21	Depresión	7,33 (6,73)	2,86 (4,30)	1,69	,098	0,71
	Ansiedad	7,49 (8,04)	1,71 (2,43)	3,65	,001	0,79
	Estrés	16,05 (9,70)	4,29 (4,82)	4,92	,000	1,31

Tabla 4
Correlaciones bivariadas entre el bienestar subjetivo y la sintomatología

	Satisfacción con la vida	Afectos positivos	Afectos negativos
Depresión	-,35**	-,33**	,26**
Ansiedad	-,06	-,46	,11
Estrés	-,16**	-,14	,25**

Nota. *$p \leq ,05$. **$p \leq ,01$

del volumen de trabajo y las exigencias asociadas a la carrera universitaria, ya que en la mayoría de carreras se solapan las clases teóricas, las prácticas profesionales y el trabajo de fin de grado durante el último curso. Asimismo, muchos jóvenes comienzan a plantearse su futuro profesional y se sienten poco preparados para enfrentarse al mundo laboral. Todo ello puede conllevar unos mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión que no experimentaban en el inicio de su carrera universitaria. En cuanto al sexo, durante los primeros cursos son las mujeres las que presentan mayores niveles de ansiedad y estrés. Sin embargo, parece que estas diferencias desaparecen en los últimos cursos, es decir, el riesgo de sufrir ansiedad y estrés durante los últimos años académicos es similar en hombres y mujeres. Esto apoyaría la hipótesis de que los síntomas están más asociados al curso académico en el que se encuentran que al sexo. Respecto al bienestar subjetivo, no parecen existir diferencias en función del sexo y del curso, pero sí se ha encontrado una relación inversa entre este y los síntomas de depresión y de estrés en los jóvenes. Aquellos que tienen más problemas emocionales, son también quienes menos satisfechos se sienten con su vida y experimentan menor número de emociones agradables y mayor número de emociones desagradables. En conclusión, las altas demandas y las presiones a las que están sometidos los jóvenes universitarios pueden conllevar el aumento de los niveles de estrés. Esto podría provocar un empeoramiento del rendimiento académico (Bergin & Pakenham, 2015), el desarrollo sintomatología clínica (García-Ros et al., 2012) y el aumento del riesgo de consumir drogas (Tartaglia et al., 2017). Este aumento de los síntomas podría reducir el bienestar subjetivo de los jóvenes, que es una variable relacionada con la buena salud mental (Silva et al., 2015) y que amortigua el estrés (Suldo & Huebner, 2004).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación ponen de relieve la necesidad de llevar a cabo programas de intervención en jóvenes universitarios con el fin de disminuir sus síntomas de depresión y ansiedad, además de mejorar su bienestar subjetivo. Asimismo, se les ha de dotar de herramientas para el manejo del estrés que les permita afrontarlo de forma efectiva, evitando así el abandono de los estudios.

Investigaciones recientes sugieren que para facilitar un afrontamiento efectivo del estrés y mejorar el rendimiento académico de los estudiantes es útil integrar estrategias relacionadas con la inteligencia emocional que aumenten su percepción de autoeficacia (Wang, Xie, & Cui, 2016).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica, 30*(3), 49-55. doi:10.4067/S0718-48082012000300005

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. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712226

Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología, 29*(3), 1038-1059. doi: 10.6018/analesps.29.3.178511

Bergin, A., & Pakenham, K. (2015). Law student stress: Relationships between academic demands, social isolation, career pressure, study/life imbalance and adjustment outcomes in law students. *Psychiatry, Psychology and Law, 22*(3), 388-406. doi:10.1080/13218719.2014.960026

Burger, K., & Samuel, R. (2017). The Role of Perceived Stress and Self-Efficacy in Young People's Life Satisfaction: A Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence, 46,* 78-90. doi:10.1007/s10964-016-0608-x

Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion,* 9(3), 361–368. doi:10.1037/a0015952

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*(1), 34. doi:10.1037/0003-066X.55.1.34

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D-W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143–156. doi:10.1007/s11205-009-9493-y

Fernández, L., González, A., & Trianes, M. V. (2015). Relationships between academic stress, social support, optimism-pessimism and self-esteem in college students. *Electronical Journal of Research in Educational Psychology, 13*(1), 111-130. doi:10.14204/ejrep.35.14053

García-Ros, R., Pérez-González, F., Pérez-Blasco, J., & Natividad, L. A. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*(2), 143-154. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n2/v44n2a01.pdf#page=143

Jaisri, M. (2016). Happiness and satisfaction with life among adults. *Indian Journal of Positive Psychology, 7*(1), 84-87.

Keyes, C. M., & Corey, L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*(2), 95-108. doi:10.1037/0003-066X.62.2.95

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney: Psychology Foundation of Australia.

Luhmann, M., Lucas, R. E., Eid, M., & Diener, E. (2013). The prospective effect of life satisfaction on life events. *Social Psychological and Personality Science, 4*(1), 39–45. doi:10.1177/1948550612440105

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin, 131*(6), 803-855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803

Myers, C-A., & Cowie, H. (2016). Bullying at University: The Social and Legal Contexts of Cyberbullying Among University Students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1-25. doi:10.1177/0022022116684208

Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies, 10*(5), 583-630. doi:10.1007/s10902-008-9110-9

Pulido-Rull, M. A., Serrano-Sánchez, M. L., Valdés-Cano, E., Chávez-Méndez, M. T., Hidalgo-Montiel, P., & Vera-García, F. (2011). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud, 21*(1), 31-37.

Silva, A. D., do Céu, M., Marques, C., & Gouveira, V. V. (2015). Satisfaction with life scale among adolescents and young adults in Portugal: extending evidence of construct validity. *Social Indicators Research, 120*(1), 309-318. doi:10.1007/s11205-014-0587-9

Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010). A systematic review: students with mental health problems–a growing problem. *International Journal of Nursing Practice, 16*(1), 1-6. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x

Suldo, S. M., & Huebner, E. S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly, 19*(2), 93-105. doi:10.1521/scpq.19.2.93.33313

Suldo, S. M., Frank, M. J., Chappel, A. M., Albers, M. M., & Bateman, L. P. (2014). American HighSchool Students' Perceptions of Determinants of Life Satisfaction. *Social Indicators Research, 118*(2), 485-514. doi:10.1007/s11205-013-0436-2

Sun, P., & Kong, F. (2013). Affective Mediators of the Influence of Gratitude on Life Satisfaction in Late Adolescence. *Social Indicators Research, 114*(3), 1361–1369. doi:10.1007/s11205-013-0333-8

Tartaglia, S., Miglietta, A., & Gattino, S. (2017). Life Satisfaction and Cannabis use: A study on Young Adults. *Journal of Happiness Studies, 18*(3), 709-718. doi:10.1007/s10902-016-9742-0

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.

Wang, Y., Xie, G., & Cui, X. (2016). Effects of Emotional Intelligence and Selfleadership on Students' Coping with Stress. Social Behavior and Personality: *An international journal, 44*(5), 853-864. doi:10.2224/sbp.2016.44.5.853

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 98*(2), 219-235. doi:10.1037/0033-2909.98.2.219

PSICOLOGÍA JURÍDICA Y FORENSE

AUTOENGAÑO: AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOESTIMA

SELF-DECEPTION: SELF-KNOWLEDGE AND SELF-ESTEEM

Enrique Armas-Vargas

Departamento de Clínica, Psicobiología y Metodología. Universidad de La Laguna.

Resumen

El autoengaño es consustancial al ser humano. Existe una amplia terminología para referirse a este término, pero, quizás, la idea central y más inquietante sobre el autoengaño sea, que la mente puede ocultar la información sobre uno mismo. Se plantea que el autoengaño está presente cuando el individuo mantiene una creencia que contradice la información o el conocimiento que el individuo tiene al mismo tiempo. Hace falta, además, que esa creencia sea persistente, la persona debe estar motivada a mantenerla y el individuo debe ser activo. La literatura sugiere que debería existir una ganancia por auto-engañarse. Rorty (1994) propone como método para luchar y combatir el autoengaño asignar un papel central a la autoconciencia y al autoconocimiento. De manera que, si aumentáramos nuestro autoconocimiento, disminuiría el autoengaño (Barret y Gross, 2001).

Se propone evaluar el autoengaño desde una perspectiva pragmática, haciendo hincapié en la capacidad que tenemos para "identificar y reconocer" que nos auto-engañamos. Medimos el autoengaño con el cuestionario ATRAMIC (Armas-Vargas, 2012). ATRAMIC es un test multifactorial de medidas de personalidad creado para evaluar el autoengaño y la conducta de mentir. La muestra está formada por 926 personas adultas (población normal), 521 mujeres y 405 hombres (M_{edad}=36.63 años; DT=12.27). Un 51% están solteros/as y un 41% casados/as. El autoengaño correlaciona positiva y significativamente con "Sentimiento de Ineficacia/inutilidad" y "Sentimiento de Inferioridad"; y negativamente con "Yo/Self" y "Aceptación y aprecio de los demás". Las variables de mayor poder predictivo de "Autoengaño" (criterio) son: Autorregulación emocional al mentir, Deseabilidad Social (signo negativo), Negación y Justificación de la mentira (signo negativo), Frialdad emocional al mentir, Yo/Self (signo negativo) y Sentimiento de Ineficacia/inutilidad.

Palabras clave: Autoengaño, Autoconciencia, Autoconocimiento, Autoestima.

Abstract

Self-deception is inherent to the human being. There is much terminology referring to this term, but perhaps the central and most disturbing idea about self-deception is that the mind can hide information from oneself. It is argued that self-deception is present when an individual holds a belief that contradicts information or knowledge that the individual possesses at the same time. It is also necessary that this belief be persistent, the person must be motivated to hold it and the individual must be active. The literature suggests that there should be benefit for self-deceit. Rorty (1994) proposes assigning a central role to self-awareness and self-knowledge as a method to tackle and combat self-deception. So, if we increase our self-awareness, self-deception declines (Barret and Gross, 2001). We propose that self-deception be evaluated from a pragmatic perspective, highlighting the capacity that we have to "identify and recognise" that we deceive ourselves. We measured self-deception with the ATRAMIC questionnaire (Armas-Vargas, 2012). ATRAMIC is a multi-factorial test of personality measurements designed to evaluate self-deception and behaviour when lying. The sample comprised 926 adults (normal population), 521 women and 405 men (M_{age} = 36.63 years; TD = 12.27). 51% were single and 41% married. Self-deception correlated positively and significantly with "Feelings of Ineffectiveness/Uselessness" and "Feelings of Inferiority"; and negatively with "Self" and "Acceptance and Appreciation of Others". The variables with greatest predictive power for "Self-Deception" (criterion) were: Emotional Self-Control when Lying, Social Desirability (negative sign), Negation and Justification of Lie (negative sign), Emotional Coldness when Lying, Self (negative sign) and Feelings of Ineffectiveness/Uselessness.

Key words: Self-Deception, Self-Awareness, Self-Knowledge, Self-Esteem.

Correspondencia: Enrique Armas Vargas.
Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Santa Cruz de Tenerife. Departamento de Clínica, Psicobiología y Metodología.
Facultad de Ciencias de la Salud, Sección Psicología.
C.P: 38205. Universidad de La Laguna. La Laguna (España)
E-mail: earmas@ull.es

El autoengaño es consustancial al ser humano. Quizás la idea central y más inquietante sobre el autoengaño sea, que la mente puede ocultar la información sobre uno mismo. La cuestión es por qué lo hace, cómo lo hace y qué utilidad tiene para nuestra psique.

Diferentes disciplinas como la filosofía, la sociobiología, la psicología, las neurociencias y las ciencias sociales, han tratado de delimitar este complejo y paradójico constructo. Sin duda, una de las mayores dificultades ha sido tratar de conceptualizar este constructo con fines científicos aplicados; obtener una medida objetiva y operativa del autoengaño; y valorar su implicación e importancia en nuestra salud mental y en la forma en que nos relacionarnos con los demás.

El término autoengaño se ha utilizado para referirse a mecanismos de defensa del yo, poniéndose más énfasis en la estrategia de evitación (Freud, 1936; Sackeim, 1983). Para Hamlyn (1985) el autoengaño forma parte de la vida. Es una estrategia que los seres humanos usan para protegerse de sí mismos y de otras posibles amenazas. Otros autores consideran que el autoengaño es una forma diferente de defensa, donde el individuo muestra cierta debilidad moral en negar alguna verdad desagradable (Eagle, 1988; Fingarette, 1969; Sarbin, 1988), quizás, con el fin de ocultarla mejor a uno mismo. Lockard y Paulhus (1988) plantean que entre los supuestos beneficios del autoengaño se encuentran, la mejora de la capacidad del individuo para engañar a los demás, minimizar la interferencia con conductas auto-protectoras y contribuir a la salud psicológica.

También se usa el término autoengaño, no como un mecanismo de defensa, sino más bien como una falta de conciencia motivada de alguna de las dos creencias contradictorias/conflictivas con el mismo objetivo (Paulhus, 1988; Gur y Sackeim, 1979). En el área de la resolución de problemas conductuales, Wason y Johnson-Laird (1972) se refieren al concepto de auto-engaño como una posible explicación de la persistencia de los sujetos en mantener hipótesis enfrentadas con evidencia de lo contrario. Por su parte, Demos (1960) plantea que el autoengaño está presente cuando el individuo mantiene una creencia que contradice la información o el conocimiento que el individuo tiene al mismo tiempo. Sin embargo, no parece que mantener dos creencias inconsistentes, sin darse cuenta de ello, sea una condición suficiente para considerarlo como autoengaño. Bachkivora (2016) sugiere que hace falta, además, que esa creencia sea persistente (sostenida en el tiempo), la persona debe estar motivada a mantenerla (Gur y Sackeim, 1979), y el individuo debe ser activo, es decir, debe adoptar un comportamiento activo para evitar recibir la verdad sobre información no deseada (Bandura, 2011). Existe un amplio consenso en la literatura que el autoengaño es una estrategia consistente y una capacidad permanente de los individuos, donde debería existir una ganancia por auto-engañarse (Bachkivora, 2016).

Por otro lado, Von Hippel y Trivers (2011) sugieren que el autoengaño es una estrategia ofensiva antes que defensiva. Tratan al autoengaño como una variedad de diferentes procesos que son comparables a los que participan en el engaño interpersonal. Según estos autores el autoengaño evolucionó para facilitar el engaño interpersonal. Plantean la existencia de un dualismo mental disociado, donde la mente engañada (mente consciente) se desconecta de la mente inconsciente que es la que sabe o conoce la verdad. Trivers (2013) define al "Yo" como la mente consciente, donde predomina la información falsa, y la mente inconsciente que guarda la información verdadera. De esta manera el individuo excluye la información verdadera de la conciencia y deposita ahí la falsa, ocultando a sí mismo la realidad, con el fin último de ocultarla mejor a los demás. Bandura (2011) critica a Von Hippel y Trivers (2011), que no explican cómo las mentes desconectadas en conflicto pueden producir una acción coherente. Bandura (2011) aclara que la conciencia no es un fenómeno de todo o nada, que existen diferentes niveles de conciencia (un yo consciente, diversos yo-es parcialmente inconscientes y un profundo yo inconsciente). Esto último, nos lleva a plantearnos, ¿Somos capaces de identificar y aceptar que nos auto-engañamos o que alguna vez lo hemos hecho? ¿Puede nuestra mente adoptar, a posteriori, un papel estratégico, activo, dinámico, motivado, que le permita darse cuenta que hubo una evidencia que se evitó, o que no se aceptó, y que dio lugar al autoengaño? Si fuera así, ¿una vez nos hemos engañado, qué proceso mental trae de vuelta a la mente consciente la información verdadera, aquella información, que según Trivers, previamente hemos ocultado a nuestro Yo? ¿Qué beneficios o desventajas trae consigo, tomar conciencia y admitir que nos auto-engañamos? ¿Qué tipo de personalidad se autoengaña más y por qué? ¿Es inevitable autoengañarnos?, o una vez instaurado, ¿sólo podemos llegar a minimizarlo a través del autoconocimiento?

Estas cuestiones, entre otras muchas que escapan a este trabajo, sugieren, no sólo la necesidad de un mayor abordaje y comprensión del fenómeno del autoengaño y de los procesos mentales que nos lleva a autoengañarnos, sino también un creciente interés

por el campo de conocimiento aplicado, donde poder abordar el trabajo con las personas que desean minimizar el autoengaño.

Bandura (2011) plantea que el vehículo principal del autoengaño es mantenerse sin informarse sobre una verdad no deseada. Parece evidente entonces, que debe existir una necesidad por parte del "Yo" para autoengañarnos, una razón para ocultar y/o negar una evidencia que no quisimos contemplar. Por otro lado, también, debe existir un motivo, una necesidad (del Yo), que nos lleva a tomar conciencia de que nos hemos estado engañando, o de que aún lo seguimos haciendo. Desenmascarar al autoengaño tiene un precio que, tal vez, hemos estado pagando sin saberlo. No es, sino posteriormente que, por determinadas circunstancias personales-vitales, tomamos conciencia del costo emocional que ha tenido para uno mismo y para los demás. El autoengaño es estratégico, quizás uno de sus pretextos, es que el costo a nuestro Yo conduce ineludiblemente a llegar a reconocer "la evidencia" que nos llevó al autoengaño. La verdad que no llegó a admitirse, que fue ignorada, se pospuso temporalmente y se mantuvo de forma latente en un proceso reversible más o menos in-consciente. Es posible que esta forma de proceder mantenida en el tiempo, pueda llevar a formar hábitos o estructuras de funcionamiento con cierta estabilidad dando forma a nuestra personalidad.

Rorty (1994), proponía como método para luchar y combatir el autoengaño, la idea Socrática de "conócete a ti mismo", que asigna un papel central a la autoconciencia y al autoconocimiento. Holton (2000/1) sugiere que una persona que se engaña a sí mismo (acerca de sí mismo), implica una carencia de autoconocimiento. Cuanta más "evidencia" reciba el sujeto que se autoengaña, más difícil será mantener el autoengaño. Además de la evidencia se ha de tener en cuenta el conocimiento acerca de nosotros mismos, aquel tipo de conocimiento que ha sido afectivamente marcado (Hernández-Borges, 2007; Sahdra y Thagard, 2003). El autoconocimiento implica que los sujetos conozcan cómo son sus respuestas emocionales y como pueden modificar sus emociones a medida que surgen. Para ello, hace falta una capacidad de pensamiento crítico independiente (Darwall, 1988; Loevinger, 1976). Si aumentamos nuestro conocimiento, disminuiría el autoengaño (Barret y Gross, 2001). De hecho, algunos estudios muestran que con más conciencia y auto-insight, la gente desea engañarse menos a sí misma (Cook-Greuter, 1999).

Se propone evaluar el autoengaño desde una perspectiva pragmática, haciendo hincapié en la capacidad que tenemos para "identificar y reconocer" que nos auto-engañamos. Las estrategias que usamos para medirlo se denominan: "Negación del autoengaño", "Autoengaño evitativo", "Autoengaño beneficioso" y "Reconocimiento del autoengaño". Medimos el autoengaño con el cuestionario ATRAMIC (Armas-Vargas, 2012a, 2017a).

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra está formada por 926 adultos de la población normal de las Islas Canarias, 521 mujeres y 405 hombres. El rango de edad está comprendido entre los 20 y 73 años (M=36,63 años; DT=12,27). El 51% están solteros/as, el 41% casados/as, 2% separados/as y el 6% divorciados/as. El 7% tiene estudios primarios, un 21% secundarios (E.S.O), un 41% Bachillerato/FP y el 31% tienen estudios universitarios.

MATERIALES

1. El cuestionario [ATRAMIC] (Armas-Vargas, 2012a, 2017a; Armas-Vargas y García-Medina, 2009). Es un test multifactorial de medidas de personalidad creado para evaluar el autoengaño y la conducta de mentir en adultos. Pretende ser una medición de la conducta del que reconoce o admite que miente consciente y deliberadamente a los demás, es decir, una medida auto-evaluativa de la conducta de mentir. Armas-Vargas (2012a) plantea que habilidad y predisposición para mentir es apresable. Son de utilidad para ello algunas características de personalidad, ciertas variables actitudinales y las distorsiones de respuestas. La prueba ATRAMIC consta de dos partes, A y B.

La forma A se compone de 193 ítems con 5 alternativas de respuestas con una escala Likert que va desde 1=*nada/nunca*, hasta 5=*mucho/siempre*. La forma B consta de 30 ítems y una escala Likert de 4 alternativas de respuestas que va desde 1=muy de acuerdo, hasta 4=muy en desacuerdo.

La forma A evalúa 5 factores de "Predisposición a mentir": (Autoengaño, Autorregulación Emocional al Mentir, Frialdad Emocional al Mentir, Negación y Justificación de la Mentira, y Deseabilidad Social); 10 variables orécticas de personalidad (Miedo al Rechazo

y a la Crítica, Inseguridad, Hipercontrol, Control, Cautela Extrema, Privacidad Selectiva, Desconfianza Paranoide, Empatía, Pensamiento Consecuente y Transparencia Familiar); 2 escalas de control del sesgo de respuestas (Sinceridad, Auto-Devaluación Emocional y Cognitiva). La fiabilidad a de .91.

La Forma B evalúa 3 escalas actitudinales del uso que se hace del engaño y la mentira (Ocultación, Aceptación y Rechazo). La fiabilidad a de .75.

ATRAMIC ha demostrado tener validez empírica y discriminante con poblaciones clínica, forense y normal. En este trabajo hacemos uso de los factores de Predisposición a mentir de ATRAMIC: Autoengaño, Autorregulación emocional al mentir, Frialdad emocional al mentir, Negación y Justificación de la mentira y Deseabilidad Social.

2. Cuestionario de Adaptación Emocional [CAE] (Armas-Vargas, 2008, 2017b). Es un instrumento de auto-informe diseñado para la valoración de la autoestima. Consta de 35 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert (1 =*nada/nunca*, 2 =*algo/a veces*, 3 =*bastante/frecuentemente*, 4 =*mucho/siempre*). La persona realiza una valoración de: sí mismo "*Yo/Self*"; de la percepción que los demás tienen sobre él/ella "*Aceptación y Aprecio de los demás*"; del "*Sentimiento de Ineficacia/Inutilidad*"; y del "*Sentimiento de Inferioridad o de Comparación negativa con los demás*''. La fiabilidad total α de .93.

PROCEDIMIENTO

La muestra de la población normal se obtuvo mediante la técnica de "bola de nieve" con la colaboración voluntaria de alumnos/as de la Universidad de La Laguna. Los participantes han sido informados sobre los objetivos y metodología del estudio, realizándolo de manera voluntaria y previa solicitud de su consentimiento. Se ha garantizado el anonimato de los resultados para impedir la identificación de los participantes.

DISEÑO

Tanto el enfoque, así como el diseño, es prospectivo de muestreo aleatorio. El tipo de análisis es bivariado y multivariado. En un primer momento, se analizó la distribución de la muestra de acuerdo a características sociodemográficas, como edad, género, estado civil y nivel educativo. Se analizó la relación entre las variables incluidas en el estudio mediante la correlación de Pearson. Se estudió las diferencias de medias (t-Student) y Tamaño del efecto (*d* de Cohen) para hombres y mujeres del factor Autoengaño de ATRAMIC. Por último, se analizó a través de la regresión múltiple, si el Autoengaño estaba explicado por el resto de las variables incluidas en el estudio. Para el procesamiento de los datos se empleó el programa de análisis estadístico R (R Core Team, 2016).

RESULTADOS

Como vemos en la Tabla 1, se establecen correlaciones negativas y significativas entre el factor "Autoengaño" (e.g.: "*para evitar pensar en un tema doloroso, me digo a mí mismo/a que no ha ocurrido y sigo adelante*"), el factor de autoestima "Yo/Self" (e.g.: "*me gusta la persona en la que me convertido*", "*confío en mí y en mis posibilidades*"), y el factor "Aceptación y aprecio de los demás" (e.g.: "*los demás opinan que soy buena persona*"). Las personas que admiten que se han autoengañado, ya sea por una verdad que no aceptan, o por una evidencia que no desean contemplar, no realizan una valoración positiva de sí mismos, ni se sienten aceptados ni queridos por los demás.

Por su parte, el sentimiento de Ineficacia/Inutilidad (e.g.: ""*siento que soy un inútil*", "*considero que soy una persona sin futuro*") y el sentimiento de Inferioridad (e.g.: "*temo fracasar en lo que me propongo hacer*", "*cuando me comparo con otros, me siento inferior*") correlaciona positivamente con aceptar que se autoengaña (e.g.: "*hay asuntos/cuestiones importantes de mi vida con las que reconozco que me sigo engañando*").

Tabla 1
Correlaciones entre el factor de Autoengaño y los factores de autoestima del CAE.

	Cuestionario de autoestima CAE			
ATRAMIC	Yo/Self	AA-d	IN	CN
Autoengaño	-.38***	-.29***	.35***	.38***

Nota. N=926. AA-d= Aceptación y Aprecio de los demás; IN= Sentimiento de Ineficacia/Inutilidad; CN= Sentimiento de Inferioridad/Comparación negativa con los demás.
Nota. *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

DIFERENCIAS DE MEDIAS Y TAMAÑO DEL EFECTO (*D* DE COHEN)

No se encuentran diferencias significativas por sexo en el factor de Autoengaño (Tabla 2). De acuerdo con la valoración de Cohen (1988) el tamaño del efecto es inapreciable.

VALIDEZ PREDICTIVA: "AUTOENGAÑO" (VD). HOMBRES Y MUJERES

Para identificar las variables que predicen una alta puntuación en el reconocimiento del "Autoengaño", se han incluido todas las variables del estudio (los cuatro factores de autoestima del CAE y los cinco factores de Predisposición a mentir de ATRAMIC). Como se puede observar en la Tabla 3, del conjunto de las variables predictoras de "Autoengaño", seis resultaron estadísticamente significativas: Autorregulación emocional al mentir, Deseabilidad Social (signo negativo), Negación y Justificación de la mentira (signo negativo), Frialdad emocional al mentir, Yo/Self (signo negativo) y Sentimiento de inferioridad.

Tabla 2
Diferencias de medias (*t*-Student) y Tamaño del efecto (*d* de Cohen) para hombres y mujeres. Factor de Autoengaño.

	Grupo	N	M	DT	t	*d*
Autoengaño	Hombres	405	2.05	0.72	-0.84	0.05
	Mujeres	521	2.09	0.68		

Nota. N=926.
**p*<.05; ***p*<.01; ****p*<.001. *d*: *d* de Cohen.

Tabla 3
Regresión Múltiple para el Criterio "Autoengaño" de ATRAMIC.

	R	R^2	R^2 ajustado	*F* (6, 830)
	0.63	0.40	0.39	92.86***
Variables incluidas			Beta	*t*
Autorregulación emocional al mentir			0.09	2.90**
Deseabilidad Social			-0.23	-6.63***
Negación y Justificación de la mentira			-0.26	-8.15***
Frialdad emocio-nal al mentir			0.21	7.11***
Yo/Self			-0.13	-3.58***
Sentimiento de Inferioridad			0.20	6.04***

Nota. ****p*<.001.

DISCUSIÓN

Consideramos que el autoengaño "normal", a diferencia del patológico, es más "consciente", se corresponde con la realidad, es fácil de identificar, medir y de abordar desde un enfoque aplicado. El autoengaño "normal" está relacionado con una mayor conciencia del conflicto personal/social. A juzgar por los resultados de la regresión múltiple, la persona no tiende a negar ni a justificar que ha mentido, antes bien "admite" que miente a los demás. El individuo no tiende a "justificar", "negar" o "disimular" las deficiencias y/o conflictos personales que pudiera tener, más bien las "reconoce". Esta capacidad de autobservación, de auto-insight, más consciente de nuestro Yo (emocional), unido a una capacidad de pensamiento crítico independiente (Darwall, 1988; Loevinger, 1976), favorece el autoconocimiento personal (Cook-Greuter, 1999).

Las personas que "se exponen a reconocer" que se auto-engañan o que se han auto-engañado, son más conscientes de sus defectos (no los ignoran). Estas personas admiten más problemas de autoestima y de salud mental (Armas-Vargas, 2012a, 2012b, 2012c). Esta tarea de "reconocimiento" de defectos personales, podría ser un indicador clave de una mayor autoconciencia y autoconocimiento personal/emocional. Éste es el precio que debemos pagar por desenmascarar al autoengaño. Tomar conciencia de que ignoramos una verdad, una evidencia, supone un costo emocional para uno mismo y, probablemente, para los demás ("mentir a otras personas").

En este sentido, la evaluación del autoengaño "consciente", se corresponde sólo parcialmente con lo que han puesto de manifiesto otros autores (Campbell, 1986; Sackeim, 1983). Estos plantean que, a nivel personal la ganancia tiene que evitar angustia y "obtener beneficios" tales como mejora de la auto-imagen. Quizás, la propuesta de estos

autores se corresponde más con "otra fase o etapa del autoengaño" (etapa de menor consciencia), donde la persona percibe beneficios para sí mismo. Recordemos que nuestros resultados relacionan "admitir o reconocer" el autoengaño con problemas de autoestima (e.g.: sentimientos de ineficacia e inferioridad). Inicialmente, estos resultados no se objetivan como un beneficio para la persona. Sabemos que el autoengaño es estratégico, las ganancias pueden venir sólo después de tomar conciencia, de reconocer y de aumentar nuestro autoconocimiento. Esto puede llevar a la persona a obtener determinados beneficios personales/sociales y a lograr mayor ajuste emocional y psicológico (Joplin, 1995; Mele, 2001; Taylor, 1994).

CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar el autoengaño desde una perspectiva pragmática, haciendo especial hincapié en la capacidad que tenemos para "identificar y reconocer" que nos auto-engañamos. El factor de autoengaño ha sido medido a través de auto-informe con el cuestionario ATRAMIC (Armas-Vargas, 2012a). Aportamos una medida objetiva y operativa de este constructo compuesto por diferentes estrategias cognitivas (Negación del autoengaño, Autoengaño evitativo, Autoengaño beneficioso y Reconocimiento del autoengaño). Nuestra mente es capaz de adoptar un papel estratégico, activo y motivado, que nos permite tomar conciencia de que nos auto-engañamos. Tenemos la capacidad para identificar que hubo "una evidencia" que fue esquivada, negada o no aceptada, que dio lugar al autoengaño. Creemos que "la verdad sobre un hecho" que no llegó a admitirse, se pospone temporalmente y se mantiene de forma latente en un proceso reversible más o menos in-consciente. Consideramos que el autoengaño sufre un proceso por fases o etapas de diferentes niveles de conciencia. La evaluación del autoengaño que proponemos, nos podría aportar información sobre qué tipo de persona está involucrada en este complejo y paradójico constructo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armas-Vargas, E. (2008). Self-esteem and communication in adults. *International Journal of Psychology, 43*, 484.

Armas-Vargas, E. (2012a). Cuestionario ATRAMIC: Evaluación de la personalidad y la conducta de mentir. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Eds.), *Avances en Psicología Clínica* (pp. 658-662). Santander, España: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

Armas-Vargas, E. (2012b). Evaluación psicológica forense de mujeres que denuncian por malos tratos de sus parejas: Depresión, autoestima y control del sesgo en la respuesta. En P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (Eds.), *Ansiedad y Depresión: Investigación e Intervención* (pp. 245-267). Granada, España: Comares.

Armas-Vargas, E. (2012c). Estilos de comunicación en la pareja en mujeres víctimas de violencia de género: Relación con personalidad, depresión y autoestima. En P. García-Medina, J.M. Bethencourt-Pérez, A.R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (Eds.), *Ansiedad y Depresión: Investigación e Intervención* (pp. 279-300). Granada, España: Comares.

Armas-Vargas, E. (2017a). Adaptación del cuestionario ATRAMIC: Personalidad y predisposición a mentir en adolescentes. En C. Bringas y M. Novo (Eds.), *Psicología Jurídica: Conocimiento Aplicado* (pp. 85-99). Sevilla, España: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.

Armas-Vargas, E. (2017b). Adaptación del cuestionario de autoestima CAE en adolescentes: Predisposición a mentir y ajuste psicológico. En C. Bringas y M. Novo (Eds.), *Psicología Jurídica: Conocimiento Aplicado* (pp. 217-233). Sevilla, España: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.

Armas-Vargas, E., y García-Medina, P. (2009). ATRAMIC: La mentira informada. Anuario de Psicología Jurídica. *Monográfico de Psicología Jurídica Iberoamericana, 19*, 125-133.

Bachkivora, T. (2016). A new perspective on self-deception for applied purposes. *New Ideas in Psychology, 46*, 1-9.

Bandura, A. (2011). Self-deception: a paradox revisited (open peer commentary on von Hippel and Trivers, 2011). *Behavioral and Brain Sciences, 34*, 16-17.

Barret, L.F. and Gross, J.J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. En T.J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.), *Emotions, Current Issues and future directions*, New York: The Guilford Press.

Campbell, D. T. (1986). Similarity and uniqueness: The effects of attribute type, relevance, and individual differences in self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 281-294.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2a. ed.). Hillsdale, NJ: LEA.

Cook-Greuter, S. (1999). *Postautonomous ego development: its nature and measurement.* Unpublished Doctoral dissertation. Cambridge, MA: Harvard Graduate School of Education.

Darwall, S. (1988). Self-deception, autonomy, and moral constitution. In B. McLaughlin, and A. Rorty (Eds.), *Perspectives on self-deception* (pp. 407-430). Berkeley: University of California Press.

Demos, R. (1960). Lying to oneself. *Journal of Philosophy, 57*, 588-595.

Eagle, M. (1988). Psychoanalysis and self-deception. In J. S. Lockard and D. L. Paulhus (Eds.), *Self-deception: An adaptive mechanism?* (pp. 78-98). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Fingarette, H. (1969). *Self-deception*. New York: Humanities Press.

Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities.

Gur, R. and Sackeim, H. (1979). Self-deception: a concept in search of a phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 147-169.

Hamlyn, D.W. (1985). Self-deception. *Journal of medical ethics, 11*, 210-211.

Hernández-Borges, M. R. (2007). La etiología del autoegaño. ¿Pretendo engañarme o me engañan mis mecanismos? Teorema: *Revista Internacional de Filosofía, 26*, 19-30.

Holton, R. (200/1). What is the role of the self in self-deception? *Procedings of the Aristotelian Society, 101*, 298-319.

Jopling, D. A. (1996). Take away the life-lie: Positive illusions and creative self-deception. *Philosophical Psychology, 9*, 525-544.

Lockard, J. S., and Paulhus, D. L. (Eds.). (1988). *Self-deception: An adaptive mechanism?* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Loevinger, J. (1976). *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mele, A. (2001). *Self-Deception Unmasked.* Princeton: Princeton University Press.

Paulhus, D. L. (1988). Self-deception: Where do we stand? In J. S. Lockard y D. L. Paulhus (Eds.), *Self-deception: An adaptive mechanism?* (pp. 251-255). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

R Core Team (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. [http://www.R-project.org] Reviewed: 12 June 2016.

Rorty, A. (1994). User-friendly self-deception. *Philosophy, 69*, 211-228.

Sackeim, H. A. (1983). Self-deception, self-esteem, and depression: The adaptive value of lying to oneself. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (pp. 101-157). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sahdra, B. and Thagard, P. (2003). Self-deception and emotional of mind. *Mind and Machines, 13,* 213-231.

Sarbin, T. R. (1988). Self-deception in the claims of hypnosis-subjects. In J. S. Lockard and D. L. Paulhus (Eds.), *Self-deception: An adaptive mechanism?* (pp. 199-112). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Taylor, S. E. and Brown, J. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin, 116*, 21-27.

Trivers, R. (2013). *La insensatez de los necios. La lógica del engaño y el autoengaño en la vida humana.* Katz Editores.

Von Hippel, W. and Trivers, R. (2011). The evolution and psychology of self-deception. *Behavioral and Brain Sciences, 34*, 1-56.

Wason, P. C. and Johnson-Laird, P. N. (1972). *Psychology of reasoning: Structure and content.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FILIO-PARENTAL (C-VIFIP) EN ADOLESCENTES CHILENOS: ANÁLISIS PRELIMINARES

ADAPTATION OF THE CHILD-TO-PARENT VIOLENCE QUESTIONNAIRE (C-VIFIP) IN CHILEAN ADOLESCENTS: PRELIMINARY ANALYSES

Patricia Jiménez-García*, Lourdes Contreras y M. Carmen Cano-Lozano

Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología

Resumen

La violencia filio-parental es un fenómeno de gran interés debido a su impacto en las dinámicas familiares y al considerable incremento de denuncias de padres hacia sus hijos por las conductas violentas que éstos muestran en el seno familiar, siendo los progenitores los objetivos de este tipo de violencia. La mayor parte de las investigaciones sobre este fenómeno han sido realizadas en EEUU y España, por lo que existen países en los que se desconoce la tasa de prevalencia de este fenómeno. Concretamente, en Chile no existen datos estadísticos oficiales que puedan arrojar información sobre la prevalencia de este fenómeno a pesar del incremento de casos de violencia filio-parental. De esta forma, la investigación en torno a este tema es aún muy escasa en este país, tanto en el estudio de las variables psicosociales implicadas como en la forma de evaluar este tipo de violencia familiar. Por tanto, el objetivo de este trabajo es adaptar y analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Violencia Filio-Parental, versión adolescentes (C-VIFIP; Contreras y Cano, 2017) en una muestra de adolescentes en Chile. La muestra estuvo formada por un total de 250 adolescentes (53,6% hombres y 46,4% mujeres), procedentes de distintos centros de educación de Chile, con edades comprendidas entre 12 y 17 años (*M* = 15,46 años; *DT* = 1,38 años). Los resultados de este estudio preliminar indican que el cuestionario C-VIFIP es un instrumento útil para la evaluación de la violencia filio-parental en Chile.

Palabras clave: Violencia filio-parental, Cuestionario, Evaluación, Adaptación, Adolescentes.

Abstract

Child-to-parent violence is a phenomenon of great interest due to its impact on family dynamics and the remarkable increase of parents' reports of their children's behaviours because of the violence they show within the family setting, being parents the targets of this type of violence. Most of the research about this phenomenon has been carried out in the EEUU and Spain, so there are countries in which the prevalence rate of this phenomenon is unknown. Specifically, in Chile, there are non-official statistical data that could provide information about this prevalence despite of the increase of child-to-parent violence cases. Thereby, research on this topic is still very scarce in this country, both in psychosocial variables involved and in the way of assessing this type of family violence. Therefore, the purpose of this paper is to adapt and to analyze the psychometric properties of the Child-to-Parent Violence Questionnaire (C-VIFIP; Contreras and Cano, 2017) in a sample of Chilean adolescents. The sample consisted of a total of 250 adolescents (53.6% males and 46.4% females), from different high-schools in Chile, aged between 12 and 17 years (*M* = 15.46 years; *SD* =1.38 years). Results from this preliminary study indicate that the C-VIFIP questionnaire is an appropriate instrument to assess child-to-parent violence in Chile.

Key words: Child-to-parent violence, Questionnaire, Assessment, Adaptation, Adolescents.

*Correspondencia: Patricia Jiménez-García.
Universidad de Jaén.
C.P: 23071, Jaén, España.
E-mail: pjg00001@red.ujaen.es

La investigación internacional en torno a la violencia intrafamiliar ha estado tradicionalmente centrada en el maltrato infantil y en la violencia marital. De hecho, la violencia de hijos a padres es considerada

como una dimensión olvidada de la violencia familiar, destacando la escasez de estudios sobre el tema cuando se compara con otras formas de violencia en la familia (Bailín et al., 2016; Margolin y Baucom, 2014; Trujillo, Sahagún, Cárdenas y Ramírez, 2016). Este tipo de violencia no es un fenómeno nuevo. La primera mención sobre la violencia que ejercen los hijos sobre sus padres se debe al trabajo de Sears, Maccoby y Levin (1957) en el que definen el fenómeno como "*parent abuse toward parents*" (abuso parental hacia los padres) y lo relacionan principalmente con las pautas de crianza de las madres y su permisividad hacia las agresiones por parte de sus hijos. Sin embargo, no es hasta 1979, cuando Harbin y Madden hablan de este fenómeno como algo singular, denominándolo "Síndrome de padres maltratados" para referirse a "las agresiones físicas y amenazas verbales y no verbales de daño físico". En este sentido, algunos autores definen la violencia filio-parental como el "tercer tipo de violencia intrafamiliar" (Pereira y Bertino, 2009). No obstante, en la actualidad, la violencia filio-parental (VFP) se presenta como un fenómeno de gran importancia debido a su repercusión en las dinámicas familiares y al considerable incremento de denuncias de padres hacia sus hijos por las conductas violentas que éstos muestran en el seno familiar, siendo los padres los objetivos habituales de la violencia (Contreras y Cano, 2015). Este fenómeno es definido por Molla-Esparza y Aroca-Montolío (2017) 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" (p. 3-4). Este problema se ha convertido en un motivo de preocupación tanto para la sociedad en general como también para los profesionales e investigadores de diferentes países (Calvete, Gámez-Guadix y García-Salvador, 2015; Contreras y Cano, 2014a, 2014b; Ibabe, Arnoso, y Elgorriaga, 2014; Pagani et al., 2009; Routt y Anderson, 2011). La mayor parte de estas investigaciones han sido realizadas en EEUU y España, por lo que en algunos países se desconoce la tasa de prevalencia de la VFP. Un ejemplo de ello es Chile, donde a pesar del incremento de casos de esta problemática y de la preocupación por parte de profesionales, la investigación en torno a ello es aún muy escasa. Concretamente, en este país no existen datos estadísticos oficiales que puedan arrojar información sobre la prevalencia de la VFP y, de hecho, en las estadísticas se aúnan delitos como violencia de género, violencia doméstica y otros tipos de violencia familiar.

Por todo ello, con la finalidad de conocer la presencia de este problema en Chile y ante la ausencia de instrumentos que evalúen la VFP en este país, se plantea en este estudio la adaptación del Cuestionario de Violencia Filio-Parental, versión adolescentes (C-VIFIP) de Contreras y Cano (2017) en Chile, para obtener información sobre las conductas identificadas como VFP. Por ello, el objetivo del presente trabajo es adaptar y analizar las propiedades psicométricas del C-VIFIP en una muestra de adolescentes en Chile.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo formada por un total de 250 adolescentes (53,6% hombres y 46,4% mujeres), con edades comprendidas entre 12 y 17 años (*M* = 15,46 años; *DT* = 1,38 años), procedentes de distintos centros de enseñanza básica y media de Chile, tanto centros educativos privados, como concertados y públicos.

MATERIALES

Se utilizó el *Cuestionario de Violencia Filio-Parental, versión adolescentes (C-VIFIP*, Contreras y Cano, 2017), que evalúa comportamientos constitutivos de VFP, tanto física, psicológica y económica, así como conductas de control y dominio sobre los padres. Se compone de 19 ítems referidos al padre y 19 ítems referidos a la madre, que deben ser contestados en un 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*). Se pide a los adolescentes que informen de conductas de abuso hacia sus padres durante el último año. También se incluyen al final ocho ítems que informan acerca de los motivos para llevar a cabo las conductas violentas, si bien en este trabajo no se analiza esta parte del instrumento.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se obtuvo el informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Jaén para llevar a cabo la investigación. Posteriormente, se obtuvo la autorización de la Dirección de Administración de Educación Municipal (DAEM) de la VIII Región del Bío-Bío en Chile y, finalmente, se obtuvo la autorización de la dirección de cada uno de los centros educativos que formaron parte de este estudio. Se realizó una adaptación del lenguaje con un nativo experto. Se les proporcionó a los progenitores o tutores legales de los menores la hoja de información sobre la investigación y la hoja de consentimiento informado. Los participantes cumplimentaron el cuestionario en sus respectivas aulas, tras recibir también la hoja de información y el consentimiento informado. La participación fue voluntaria y anónima.

DISEÑO

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.0. Se determinó la estructura factorial del instrumento mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, tomando como criterio para extracción y asignación de factores: autovalores iguales o superiores a uno, saturaciones factoriales de ,30 o superiores y el porcentaje de varianza explicada. La medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett se emplearon para evaluar la adecuación de los datos para realizar un análisis factorial.

RESULTADOS

El valor de KMO para los ítems del padre fue de ,784 y de ,752 para los ítems de la madre, indicando una adecuación de la muestra para realizar el análisis factorial. El test de esfericidad de Barlett mostró una correlación entre los ítems estadísticamente significativa χ^2 (171, N = 250) = 1819, p < ,01 para los ítems del padre y χ^2 (171, N = 250) = 1248, p < ,01 para los ítems de la madre, indicando que el modelo factorial es adecuado. Los resultados, tanto para los ítems referidos al padre como para los ítems referidos a la madre, identificaron una matriz factorial de 4 factores. El porcentaje de varianza explicado para los ítems del padre fue de 55,89% y de 49,42% para los ítems de la madre. Estos factores fueron denominados como: "Violencia Psicológica" (6 ítems), "Violencia Física" (6 ítems), "Violencia Económica" (2 ítems) y "Control y Dominio" (5 ítems). La estructura encontrada resultó similar a la propuesta por Contreras y Cano (2017), con las siguientes salvedades: el ítem 3 ("*Rompí intencionalmente cosas de mis padres o de la casa*"), en el estudio con muestra española saturó en el factor "Violencia Física" y en el presente estudio saturó en el factor "Violencia Económica"; el ítem 9 ("*Amenacé a mis padres con hacerles daño, con hacerme daño a mí mismo/a, con irme de casa*"), en el estudio con muestra española saturó en el factor "Violencia Psicológica" y en el estudio con muestra chilena saturó en el factor "Violencia Física". El ítem 14 ("*Al discutir con mis padres, yo tenía la última palabra*") y el ítem 24 ("*Rechacé las muestras de afecto de mis padres como forma de castigarlos*"), ambos saturaron en el primer estudio en el factor "Control y Dominio", en esta ocasión fueron asignados al factor "Violencia Psicológica"; el ítem 16 ("*He escupido a mis padres*") referido a la madre, en el primer estudio saturó en el factor de "Violencia Física", fue asignado en esta ocasión al factor de "Control y Dominio" y el ítem 26 ("*He exigido a mis padres que dejen lo que están haciendo para que me atiendan*") referido a la madre, en el estudio con muestra española saturó en el factor "Control y Dominio" y en el presente estudio saturó en el factor "Violencia Económica". En la Tabla 1 se puede observar la matriz factorial rotada para cada uno de los ítems en los 4 factores. Los análisis de fiabilidad del instrumento indican un alfa de Cronbach de ,859 para los ítems referidos al padre y de ,799 para los ítems referidos a la madre. La Tabla 2 recoge los valores obtenidos del análisis de correlación entre los 4 factores del instrumento, donde se observa que los cuatro tipos de VFP se hallan significativamente correlacionados entre sí, para un valor p < ,01.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue analizar las propiedades psicométricas del *Cuestionario de Violencia Filio-Parental, versión adolescentes* (C-VIFIP) de Contreras y Cano (2017) en una muestra de adolescentes de Chile.

Los resultados obtenidos muestran una estructura factorial muy similar a la encontrada por Contreras y Cano (2017) en una muestra de adolescentes españoles, hallándose 4 factores que se identifican con los 4 tipos de conductas violentas hacia los padres: psicológica, física, económica y control-dominio. Que

Tabla 1
Matriz factorial rotada

Contenido de los ítems (extracto)	Ítems Padre				Ítems Madre			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Grité a mis padres.		,599				,533		
Llegué a decir cosas a mis padres como "te odio", "ojalá te mueras".		,801				,644		
Insulté a mis padres.		,756				,576		
Hice comentarios ofensivos, negativos y/o degradantes a mis padres.		,640				,533		
Dije a mis padres que si yo quería algo, tenían la obligación de dármelo.		,657				,588		
Rechacé las muestras de afecto de mis padres como forma de castigarlos.		,689				,715		
Al discutir con mis padres, yo tenía la última palabra.		,543				,632		
Amenacé a mis padres (con hacerles daño, con hacerme daño a mí mismo/a, con irme de casa).		,418				,534		
Lancé cosas a mis padres.		,639				,599		
Golpeé a mis padres con algo que pudiera hacerles daño.		,788				,810		
Escupí a mis padres.		,503				,775		
Di una patada, cachetada y/o puñetazo a mis padres.		,790				,549		
Empujé a mis padres.		,566				,713		
Rompí intencionalmente cosas de mis padres o de a casa (muebles, paredes, puertas, etc.)		,599				,551		
Tomé cosas de mis padres sin su permiso.		,794				,780		
Robé dinero a mis padres.		,816				,797		
Cuando veíamos la televisión en casa, exigí a mis padres controlar el control remoto.		,678				,444		
Exigí a mis padres que en casa se hiciera lo que yo quería.		,755				,668		
Exigí a mis padres que dejaran lo que estaban haciendo para que me atendieran.		,641				,374		

Tabla 2
Matriz de correlaciones de Pearson entre los factores del Cuestionario.

	Padre			Madre		
	Psicológica	Física	Económica	Psicológica	Física	Económica
Psicológica						
Física	,564*			,519*		
Económica	,347*	,366*		,318*	,310*	
Control	,576*	,410*	,395*	,539*	,319*	,295*

*$p < ,01$

la estructura factorial sea tan similar, a pesar de volver a usar metodología exploratoria, supone un sólido apoyo a la validez de la estructura descrita. La correlación entre los 4 tipos de violencia fue estadísticamente significativa, revelando que se encuentran relacionados entre sí. Con ello, se puede indicar, tal como señalan Contreras y Cano (2017), que los distintos tipos de violencia identificativas de VFP no aparecen de forma aislada, sino dentro de un conjunto de conductas relacionadas con la violencia. Por ello, en el presente estudio existen ítems que saturan de manera diferente al estudio con muestra española, pudiendo deberse a que agresiones físicas y psicológicas aparezcan de forma conjunta (Contreras y Cano, 2015).

Por otra parte, los índices de fiabilidad del cuestionario para los ítems referidos al padre y a la madre (siendo ambos superiores a ,70) indican unas cualidades psicométricas suficientes para considerar el *C-VIFIP* versión adolescentes, como un instrumento útil para la evaluación de la VFP en Chile, siendo necesario replicar los resultados y confirmar la estructura factorial del instrumento. En la actualidad, se está analizando la versión de este cuestionario en una muestra más amplia de estudiantes universitarios y en muestra de adolescentes en Chile.

CONCLUSIONES

El Cuestionario de Violencia Filio-Parental, versión adolescentes (C-VIFIP) de Contreras y Cano (2017) posee unas adecuadas propiedades psicométricas para considerarlo como un instrumento adecuado para la evaluación de la VFP en Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bailín, C., Tobeña, R., Ortega-Franco, G., Asensio-Martínez, A. y Magallón Botay, R. (2016). Menores que agreden a sus padres: factores psíquicos, sociales y educativos. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia, 10,* 19-34. doi: 10.4995/reinad.2016.3983

Calvete, E., Gámez-Guadix, M. y García-Salvador, S. (2014). Social information processing in child-to-parent aggression: Bidirectional associations in a 1-year prospective study. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 2204-2216. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10826-014-0023-4

Contreras, L. y Cano, M.C. (2014a). Adolescents who assault their parents: A different family profile of young offenders? *Violence and Victims, 29*, 393–406. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00132

Contreras, L. y Cano, M.C. (2014b). Family profile of young offenders who abuse their parents: A comparison with general offenders and non-offenders adolescents. *Journal of Family Violence, 29,* 901–910. doi: 10.1007/s10896014-9637-y

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

Contreras, L. y Cano, M.C. (2017). Análisis preliminares de un cuestionario para evaluar la violencia filio-parental (C-VIFIP). En C. Bringas y M. Novo (Eds.), *Psicología Jurídica: Conocimiento y Práctica. Colección Psicología y Ley nº 14* (pp. 207-216). Sevilla: Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla.

Harbin, H.T. y Madden, D.J. (1979). Battered parents: A new syndrome. *American Journal of Psychiatry, 136*, 1128-1291. doi: https://doi.org/10.1176/ajp.136.10.1288

Ibabe, I., Arnoso, A. y Elgorriaga, E. (2014). Behavioral problems and depressive symptomatology as predictors of child-to- parent violence. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 6*, 53–61. doi: 10.1016/j.ejpal.2014.06.004

Margolin, G. y Baucom, B.R. (2014). Adolescents' aggression to parents: longitudinal links with parents' physical aggression. *Journal of Adolescent Health, 55*, 645-651. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.05.008

Molla-Esparza, C. y Aroca-Montolío, C. (2017). Menores que maltratan a sus progenitores: Definición integral y su ciclo de violencia. *Anuario de Psicología Jurídica, 25*, 97–106. doi: https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.01.001

Pagani, L., Tremblay, R., Nagin, D., Zoccolillo, M., Vitaro, F. y McDuff, P. (2009). Risk factors models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. *Journal of Family Violence, 24*, 173-182. doi: 10.1007/s10896-008-9216-1

Pereira, R. y Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la violencia filioparental. *Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 21*, 69-90.

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

Sears, R.R., Maccoby, E.E. y Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston, IL: Row, Peterson.

Trujillo, J.J., Sahagún, M., Cárdenas, R. y Ramírez, A.F. (2016). Las consecuencias de la violencia filio-parental reflejadas en una historia de vida. *Cuadernos de Trabajo Social, 29*, 119-128- doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2016.v29.n1.47159

PSICOLOGÍA MEDIOAMBIENTAL

APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA AMBIENTAL A LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE INUNDACIÓN: RESULTADOS DESDE UN MARCO INTERDISCIPLINAR

ENVIRONMENTAL PSYCHOLOGY CONTRIBUTIONS TO THE RESEARCH OF FLASH FLOOD RISK PERCEPTION: RESULTS FROM AN INTERDISCIPLINARY APPROACH

María Amérigo[1*], Juan A. García[1], Jose Mª Bodoque[1], Andrés Díez-Herrero[2], Jorge Olcina[3] y Carolina Guardiola-Albert[2]

[1]Universidad de Castilla-La Mancha, [2]Instituto Geológico y Minero de España y [3]Universidad de Alicante

Resumen

La percepción del riesgo constituye una línea clave de los aportes de la investigación psicológica sobre los retos ambientales. El presente trabajo aborda la percepción social del riesgo de inundación en un municipio de Ávila con el objetivo de evaluar tanto la percepción del riesgo (PR) como el grado de conocimiento de la población del Plan de Protección Civil (PPC) tras la aplicación de una estrategia de comunicación (EC) del mismo. Para llevar a cabo este objetivo se plantea un estudio longitudinal en el que participan un total de 254 residentes adultos que son evaluados mediante cuestionario antes y después de la aplicación de la EC. Los datos son analizados mediante análisis descriptivos; análisis T-test para muestras relacionadas y ANOVAs con medidas repetidas. Los resultados muestran un escaso conocimiento del PPC y una baja PR, aunque ésta fue mayor en el municipio en comparación con la propia vivienda y en el largo plazo en comparación con el corto. La EC demostró su eficacia, observándose mayor aumento del conocimiento de los principales conceptos incluidos en el PPC en aquellos que más activamente participaron en la misma. Con relación a la PR, ésta aumentó significativamente en los sujetos que no participaron en la EC; no encontrándose diferencias en los participantes más activos. Estos últimos resultados se discuten desde la Construal Level Theory con relación al sesgo de la distancia psicológica, de forma que los problemas ambientales se perciben más graves cuanto más alejados se hayan del perceptor. La EC tuvo el efecto de acercar el riesgo de inundación reduciendo su nivel de abstracción y haciendo más competentes a los sujetos participantes en la misma. Se concluye la necesidad de implementar un análisis psicosocioambiental en la gestión de los riesgos de inundación.
Palabras clave: Percepción del riesgo, Plan de protección Civil, Comunicación del riesgo, Sesgo de la distancia psicológica.

Abstract

Risk perception constitutes a key approach to the contribution that psychological research provides to the environmental problems challenge. This study tackles flash flood risk perception in a municipality of Avila (Spain). The general aim is to assess risk perception (RP) and the awareness of the Civil Protection Plan (CPP) after a risk communication strategy (RCS) designed to spread CPP among population. A longitudinal study was designed with 254 adult residents who were surveyed through questionnaire twice, before and after RCS, in a one-year period. Data were analyzed through descriptive, paired samples T-test and repeated measures analyses of variance (ANOVAs). Results show both, a low level of CPP awareness and RP, although RP was higher when considering municipality versus home and long term versus short term. The RCS showed its efficiency as a result of the increase of CPP awareness obtained in those participants more involved in RCS activities. Regarding RP, participants less involved in RCS showed a significant increase between first and second surveys, while no statistical differences were obtained with participants more involved in RCS activities. The above results are interpreted from the Construal Level Theory and the psychological distance bias. Accordingly, environmental problems are perceived more serious as they get more remote from the preceptor's point of view. The RCS had the effect to bring closer the flash flood risk, making it less abstract, and turning those involved participants into more competent perceivers. The conclusion is that a psycho-socio-environmental analysis is needed when dealing with flash flood risk management.

Key words: Risk perception, Civil Protection Plan, Risk communication, Psychological distance bias.

*Correspondencia: María Amérigo Cuervo-Arango.
Facultad de Humanidades Plaza de Padilla, 4.
C.P: 4507, Toledo, España.
E-mail: Maria.Amerigo@uclm.es

En el número de marzo del *American Psychologist* de 2016, Susan Clayton y sus colaboradores afirmaban que uno de los retos de la Psicología para abordar los problemas ambientales pasa por la necesidad de integrar a ésta con otras disciplinas, colaborando en equipos de investigación multidisciplinar centrados en problemas ambientales concretos. Los autores reconocen el área de la percepción del riesgo como una línea clave de los aportes de la investigación psicológica sobre los retos ambientales (Clayton et al., 2016). Por lo que respecta al riesgo de inundación, la aprobación de la Directiva marco Europea de gestión de riesgos por Inundaciones en 2007 (Directiva 2007/60/CE), supone un cambio sobre cómo deben abordarse los estudios de mitigación de daños al probarse ineficaces las medidas adoptadas hasta la fecha, basadas en aproximaciones fragmentadas del problema y en análisis parciales de la peligrosidad, donde la gestión del riesgo ha estado principalmente basada en el diseño de medidas estructurales tales como canalizaciones, dragado, diques, etc. (Bradford, et al., 2012). La demanda de aproximaciones integrales en la gestión del riesgo de inundación incluye desarrollar medidas no estructurales que contemplen una conexión entre el público y las autoridades, complementando o sustituyendo las estrategias de carácter estructural. La Psicología Ambiental y en particular la investigación sobre la percepción de riesgos ambientales, se presenta como una buena opción para afrontar este reto.

Este trabajo describe las aportaciones del Grupo de Investigación en Psicología Ambiental (GIPSAMB) de la Universidad de Castilla-La Mancha en el proyecto multidisciplinar MARCoNI (http://marconiresearch.com/flood-resilience/), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, en la sección orientada a los Retos de la Sociedad (2013-2017). Tiene como objetivo principal integrar diversas metodologías tanto estructurales como no estructurales, para la mejora de la resiliencia en zonas urbanas afectadas por riesgo de inundación y en él participan investigadores de las áreas de Ciencias Medioambientales, Economía, Geología, Geografía, y Psicología Ambiental.

Concretamente en el presente trabajo se aborda la percepción social del riesgo de inundación en Navaluenga, un municipio de Ávila que sufre con cierta frecuencia inundaciones súbitas y en el que recientemente las autoridades regionales y locales han elaborado para la población un Plan de Protección Civil (PPC). El desarrollo de este plan que se aprueba a principios de febrero de 2015, ha contado con la participación del Instituto Geológico y Minero de España (IGME) así como del Departamento de Ingeniería Geológica y Minera de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Partiendo por tanto del PPC, se plantea llevar a cabo un análisis de la percepción social del riesgo de inundación entre la población residente en el municipio de Navaluenga, con los siguientes objetivos:

1. Caracterización de la población en función del grado de conocimiento del PPC y de la percepción del riesgo de inundación (PR).
2. Diseño y aplicación de una estrategia de comunicación (EC) del PPC destinada a reducir la vulnerabilidad de la población ante el riesgo de inundación en su municipio y, consiguientemente, la mejora de la resiliencia.
3. Evaluación de la eficacia de la EC con relación al grado de conocimiento del PPC, y análisis de cambios en la PR.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En este trabajo participa una muestra representativa de residentes en el municipio de Navaluenga (Población 2014 según INE= 2.027 habitantes), ubicado en la provincial de Ávila, en la ribera del río Alberche que se haya parcialmente canalizado a su paso por el municipio. A él fluyen varios arroyos, particularmente destacado es el Chorrerón que cruza el área urbana perpendicularmente, de norte a sur. Navaluenga ha sufrido inundaciones vinculadas al Alberche y al Chorrerón, siendo las más recientes en la década de 1990 y principios del 2000, causando importantes pérdidas económicas y poniendo en riesgo a la población local (Díez-Herrero, 2004).

En el presente estudio participan 254 residentes, con una media de edad de 50,68 años (*DT*= 17,25) y un 53,5% de mujeres. Un 79,13% de éstos (N= 201), identificados a través de las dos últimas cifras y la letra del número correspondiente al Documento Nacional de Identidad, participa en una segunda fase; porcentaje que se considera suficiente para establecer comparaciones entre ambos momentos de la investigación.

MATERIALES

Se diseñó un cuestionario administrado por encuestadores convenientemente entrenados que fue aplicado en dos momentos diferentes y que constaba de tres secciones. La primera evaluaba el grado de conocimiento (percibido y real) sobre las acciones a desarrollar antes, durante y después de una inundación, incluidas en el PPC. Concretamente se evaluaron cinco categorías de conducta y conocimiento:

1) Acciones para evitar consecuencias negativas (conductas de preparación);
2) Rutas de evacuación y punto de encuentro;
3) Acciones de autoprotección;
4) Acciones antes de abandonar la vivienda y
5) Acciones de regreso a la vivienda.

Al sujeto se le preguntaba si conocía las medidas a adoptar en cada caso (sí/no) y, en caso afirmativo, se le pedía que las mencionase, computando el número de respuestas acertadas a partir de su coincidencia con las acciones definidas en el PPC. La segunda sección evaluaba la percepción del riesgo adaptando una medida general compuesta por cuatro ítems (Bourque, Regan, Kelley, Wood, Kano, & Mileti, 2012) que consideraba el posible riesgo de inundación tanto en el municipio como en la propia vivienda, y tanto a corto plazo (próximos 5 años) como a lo largo de la vida, utilizando una escala de 5 puntos; desde muy improbable a muy probable. La tercera y última sección que sólo se incluyó en el cuestionario aplicado en la primera fase, constaba de una serie de variables sociodemográficas relevantes tales como edad, género, estatus familiar, tipo de vivienda y experiencia previa con inundaciones. Además se codificaba si la vivienda estaba ubicada en zona inundable o no.

PROCEDIMIENTO

Debido a la dificultad de acceder a la población local de un municipio pequeño, se decidió entrenar a residentes para llevar a cabo el trabajo de campo. Se seleccionaron seis estudiantes que durante el mes de enero de 2015 participaron en un curso de formación sobre la técnica de la encuesta y realizaron sesiones de role-playing con los investigadores.

DISEÑO

Para llevar a cabo los objetivos mencionados, se diseñó un estudio longitudinal con dos momentos de encuestación y en el que cabría distinguir tres fases diferenciadas: La primera encuesta se llevó a cabo durante los meses de febrero a marzo de 2015. Posteriormente se diseñó una estrategia de comunicación (EC) para dar a conocer el PPC entre la población, que fue ejecutada durante el mes de noviembre de 2015 y consistió en actividades tales como sesiones informativas sobre inundaciones en el municipio; concursos de fotografías y de conocimiento general sobre inundaciones; y talleres intergeneracionales que incluían narraciones sobre distintos sucesos relacionados con inundaciones en el municipio. A mediados de diciembre del mismo año dio comienzo la segunda encuesta que finalizó en febrero de 2016.

RESULTADOS

En primer lugar y con relación al primer momento de encuestación se realizó un análisis descriptivo sobre las principales variables relacionadas con el conocimiento de acciones preventivas y protectoras a realizar antes, durante y después de una inundación, contrastándolas con las definidas en el PPC. Por lo que respecta a las acciones de preparación, aproximadamente la mitad de la muestra (50,4%) afirmó no saber qué hacer para evitar las consecuencias negativas de una posible inundación frente al resto que afirmó lo contrario. No obstante, de las medidas apuntadas por estos últimos, la mayoría no estaban contempladas en el PPC. A continuación se analizó el conocimiento sobre diversas acciones a realizar en caso de ocurrencia de una inundación en el municipio. Con referencia al conocimiento de las rutas de evacuación, la mayoría de los participantes afirmaba conocer por dónde debería abandonar el municipio (86,2%); no obstante, cuando se les pedía que detallaran las rutas concretas tan sólo un 23,6% daba una respuesta acertada, en términos de correspondencia con las que recoge el PPC. Así mismo, también afirmaron desconocer el lugar exacto donde deberían dirigirse para estar atendidos por Protección Civil: sólo un 21% mencionó correctamente dicho lugar. Con relación a las acciones de autoprotección, la mayoría (77,7%) afirmó conocer qué hacer en caso de aviso de emergencia por inundación. No obstante,

a la hora de detallar las acciones concretas, éstas no coincidieron mayoritariamente con las recogidas en el PPC (64,3%). Los resultados sobre qué hacer antes de abandonar la vivienda resultaron similares a los que se acaban de reportar en lo que respecta al grado de conocimiento percibido; no obstante, en este caso se produjo un mayor conocimiento correcto (conocimiento real) ya que más de un 80% mencionó alguna de las tres acciones contempladas en el PPC. Finalmente se analizó el grado de conocimiento sobre las acciones a desarrollar una vez ocurrida la inundación y con el permiso de las autoridades competentes para regresar a la vivienda. La mayoría afirmaba saber qué hacer en este momento (88,8%); y se dieron dos acciones concretas recogidas por el PPC que se mencionaron en un porcentaje superior al 40%: realizar una inspección por si hubiera riesgo de derrumbamiento y comenzar la limpieza por las zonas altas (ver Bodoque et al., 2016 para una descripción más exhaustiva de estos resultados).

Con relación a la percepción del riesgo de inundación ésta en general fue baja, resultando más elevada al evaluar el municipio en comparación con la propia vivienda; y al evaluar el riesgo a lo largo de la vida en comparación con los próximos cinco años. La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos así como el análisis T-test con muestras relacionadas realizado para evaluar estadísticamente estas diferencias.

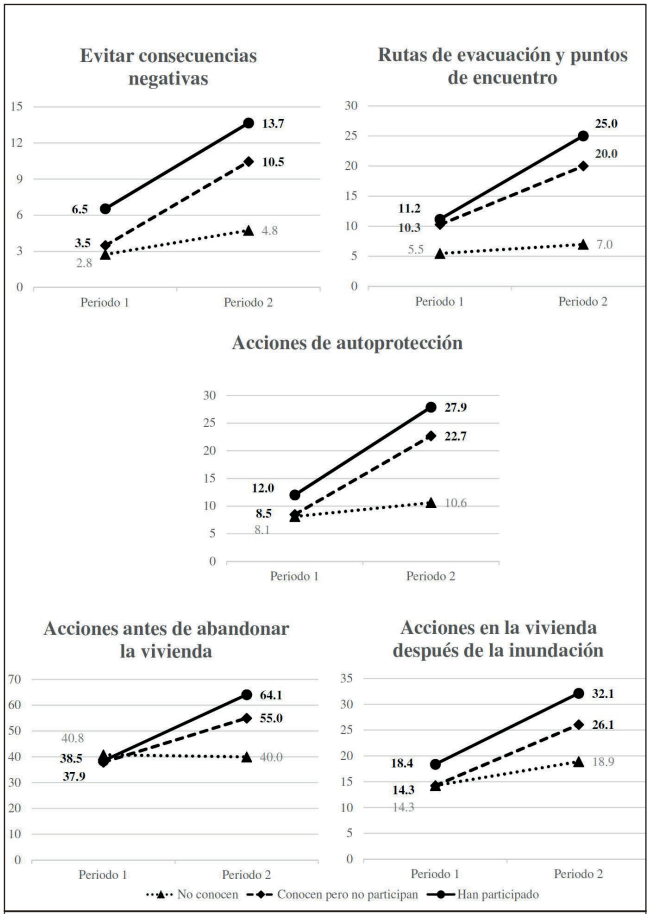
Tabla 1
Diferencia de medias en la percepción del riesgo de inundación en el municipio (Navaluenga) vs en la propia vivienda y a corto plazo vs a largo plazo.

		M	*DT*	*t*
Par1	Navaluenga en los próximos 5 años	2,09	1,03	8,965*
	Su casa en los próximos 5 años	1,43	0,84	
Par2	Navaluenga a lo largo de su vida	2,98	1,29	13,413*
	Su casa a lo largo de su vida	1,79	1,16	
Par3	Navaluenga en los próximos 5 años	2,09	1,03	-11,840*
	Navaluenga a lo largo de su vida	2,98	1,29	
Par4	Su casa en los próximos 5 años	1,43	0,84	-6,769*
	Su casa a lo largo de su vida	1,79	1,16	

*$p < ,001$

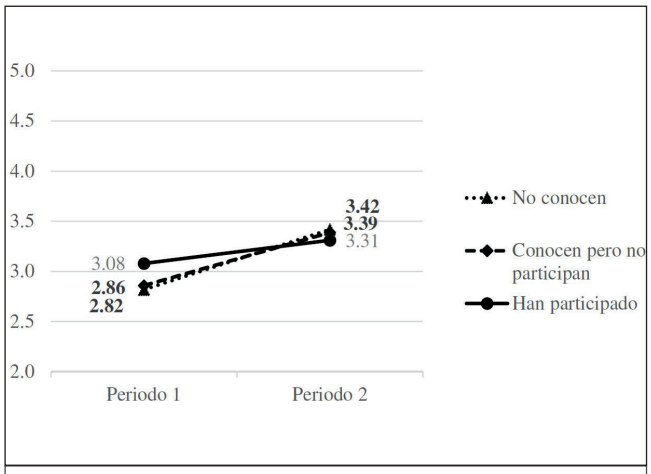
A continuación se procedió a evaluar la eficacia de la EC con relación al grado de conocimiento del PPC. Para determinar el grado de participación de la muestra se generó una variable con tres categorías en función del nivel de implicación en las diferentes actividades. Así se obtuvo que un 19,9% afirmó no conocer ninguna de las actividades de la EC; un 54,2% afirmó haber oído hablar de alguna actividad, pero reconocía no haber participado en ninguna; y el restante 25,9% afirmó haber asistido o participado en alguna actividad.

Por lo que respecta a las diferencias encontradas en relación al grado de conocimiento antes, durante y después de una inundación del PPC, se llevó a cabo un contraste a través de un ANOVA con medidas repetidas (Modelo Lineal General; utilizando el ajuste de Bonferroni para las comparaciones por pares), entre ambos períodos de encuestación sobre las cinco categorías de conocimiento del PPC, controlando el efecto de la participación en la EC. Los resultados pusieron de manifiesto que aquéllos sujetos que tuvieron un mayor nivel de participación en alguna de las diferentes actividades, fueron los que en mayor



Nota. Las medias entre las que existen diferencias significativas ($p < ,01$) entre ambos periodos, según el contraste de Bonferroni, aparecen en negrita.

Figura 1. Diferencias en el grado de conocimiento del Plan de Protección Civil, antes y después de la aplicación de la estrategia de comunicación.



Nota. las medias entre las que existen diferencias significativas (p < ,01) entre ambos periodos, según el contraste de Bonferroni, aparecen en negrita.

Figura 2. Diferencias en la percepción del riesgo de inundación en Navaluenga a lo largo de la vida, antes y después de la aplicación de la estrategia de comunicación.

medida incrementaron su porcentaje de aciertos en las cinco categorías del PPC. La Figura 1 recoge gráficamente estos resultados.

Finalmente se procedió a analizar las diferencias entre ambos momentos de encuestación relativos a la percepción del riesgo. El ANOVA con medidas repetidas sólo obtuvo diferencias estadísticas significativas en la percepción del riesgo en Navaluenga a largo plazo (F= 16,80; p <,001; η^2= ,078); aunque éstas diferencias sólo se produjeron en los grupos con menor participación en las actividades destinadas al plan de comunicación. La Figura 2 reproduce gráficamente estos resultados. Tal y como puede observarse, el incremento en la percepción del riesgo en Navaluenga a lo largo de la vida no fue estadísticamente significativo en el caso de aquellos sujetos que tuvieron un mayor nivel de participación en las actividades del plan de comunicación.

DISCUSIÓN

Por lo que respecta al conocimiento de acciones preventivas y protectoras a realizar antes, durante y después de una inundación recogidas en el PPC, los resultados relativos a la primera encuesta pusieron de manifiesto una clara diferencia entre la autoevaluación del nivel de conocimiento (conocimiento percibido) y el conocimiento real: los participantes en el estudio creen conocer las medidas a adoptar tanto antes como durante y después de una inundación pero éstas –y sobre todo en el ámbito de la preparación- no concuerdan con las contenidas en el PPC, definidas por expertos de cara a un afrontamiento eficaz.

Estos resultados justificaron la necesidad de diseñar e implementar una estrategia de comunicación que permitiera difundir el PPC entre la población. Los resultados de los análisis destinados a evaluar la eficacia de esta estrategia, a través de una segunda encuesta, muestran la gran incidencia de la misma ya que aquéllos sujetos que tuvieron un mayor nivel de participación en las diferentes actividades de la EC, fueron los que mayor porcentaje de aciertos lograron en todas y cada una de las cinco categorías de conocimiento del PPC.

Por lo que respecta a la percepción del riesgo de inundación, sólo se produjeron diferencias significativas entre ambas encuestas con relación a la percepción del riesgo de inundación en el municipio y a largo plazo; aunque estas diferencias no fueron significativas en el grupo de sujetos que se implicaron en la EC. Estos resultados cabría interpretarlos a la luz de la *Construal Level Theory* (Liberman & Trope, 2008): Cuando las personas han de evaluar la probabilidad de ocurrencia de una inundación en su hogar o en su Municipio, a corto o a largo plazo, la representación cognitiva ha de trascender la situación presente; por lo que la escena a evaluar se convierte en un objeto psicológicamente distante. Según Liberman y Trope (2008), la interpretación de la realidad circundante se hace más abstracta cuanto más distante, lo que se denomina como sesgo de la distancia psicológica. A medida que la realidad está más próxima en el área geográfica; en el tiempo (presente); afecte a personas conocidas y trate de hechos probables, la interpretación de esa realidad se hace más concreta y detallada. De esta forma, la realidad circundante puede interpretarse en función de que el lugar donde la gente se ubica esté más o menos próximo (sesgo de la distancia geográfica o espacial); ocurra en el presente o en un tiempo pasado o futuro (sesgo de la distancia temporal); afecte a personas cercanas o lejanas a uno mismo (sesgo de la distancia social) y tenga mayor o menor probabilidad de ocurrencia (*hypotheticality*).

Por lo que se refiere a la evaluación de los riesgos provocados por problemas medioambientales, se ha puesto de manifiesto el efecto de la distancia psicológica. En este sentido, se ha obtenido evidencia de que los problemas ambientales son evaluados como más graves a medida que se alejan del perceptor (Uzzell, 2000). Así mismo y referente a la percepción del riesgo derivado del cambio climático, se ha obtenido que una distancia psicológica más baja se asoció a

una mayor disposición para actuar contra el cambio climático (Spence et al., 2012). Más concretamente Schultz et al. (2014) han constatado el sesgo de la distancia espacial con una amplia muestra transcultural, planteándose la posibilidad de que este proceso cognitivo represente un universal psicológico en la investigación relativa a la psicología ambiental.

Los resultados obtenidos en la presente investigación confirman el sesgo de la distancia geográfica en los sujetos que no participaron en la EC, ya que éstos aumentaron el riesgo percibido en el municipio, pero no en la propia vivienda. También se constata el sesgo de la distancia temporal en estos mismos sujetos, ya que la percepción del riesgo aumentó cuando éste era evaluado a lo largo de la vida, pero no en el corto plazo. El hecho de que los sujetos participantes en la EC no aumentaran su percepción del riesgo es congruente así mismo con el efecto del sesgo de la distancia psicológica, ya que con toda probabilidad la EC acercó psicológicamente el problema de las inundaciones de Navaluenga a estos vecinos, haciéndolo menos abstracto, más detallado y, por tanto con un *low level of construal* en comparación con los vecinos que no participaron o no fueron conscientes de la EC. De esta forma, la aplicación de la EC generó más competencia en los vecinos participantes al proveerles de un mayor conocimiento del PPC, reduciendo así la distancia psicológica y, por tanto, aumentando el conocimiento de las conductas de preparación antes, durante y después de una posible inundación.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio revelan la importancia de la consideración de un análisis psicosocioambiental entre las medidas destinadas a la gestión de riesgos de inundación como complemento necesario a las medidas estructurales. En este trabajo y mediante la aplicación de una estrategia de comunicación del riesgo, se ha puesto de manifiesto la relevancia de hacer partícipe a la población, generando mayor competencia en ésta, acercando el problema de la inundación a los residentes haciéndolo menos abstracto, más tangible y, por tanto, contribuyendo a mejorar las actuaciones eficaces de la población vulnerable antes, durante y después de una inundación súbita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bodoque, J. M., Amérigo, M., Díez-Herrero, A., García, J. A., Cortés, B., Ballesteros-Cánovas, J. A., & Olcina, J. (2016). Improvement of resilience of urban areas by integrating social perception in flash-flood risk management. *Journal of Hydrology, 541*, 665–676.

Bourque, L. B., Regan, R., Kelley, M. M., Wood, M. M., Kano, M., & Mileti, D. S. (2013). An examination of the effect of perceived risk on preparedness behavior. *Environment and Behavior, 45*, 615–649.

Bradford, R. A., O'Sullivan, J. J., Van Der Craats, I. M., Krywkow. J., Rotko, P., Aaltonen, J., … Schelfaut, K. (2012). Risk perception - Issues for flood management in Europe. *Natural Hazards and Earth System Science, 12,* 2299–2309.

Clayton, S., Devine-Wright, P., Swim, J.; Bonnes, M., Steg, L., Whitmarsh, L., & Carrico, A. (2016). Expanding the Role for Psychology in Addressing Environmental Challenges. *American Psychologist, 71*, 199-215.

Díez-Herrero, A. (2004). *Geomorfología e hidrología fluvial del río Alberche: modelos y SIG para la gestión de riberas.* Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Liberman, N. & Trope, Y. (2008). The psychology of transcending the here and now. *Science, 322,* 1201–1205.

Schultz, W. P., Milfont, T. L., Chance, R. C.; Tronu, G.; Luís, S.; Ando, K. … Gouveia, V. V. (2014). Cross-cultural evidence for spatial bias in beliefs about the severity of environmental problems. *Environment and Behavior, 46*, 267–302.

Spence, A., Poortinga, W. & Pidgeon, N. (2012). The psychological distance of climate change. *Risk Analysis, 32,* 957-972.

Uzzell, D. L. (2000). The psycho-spatial dimension of global environmental problems. *Journal of Environmental Psychology, 20,* 307-318.

PSICOLOGÍA POSITIVA

ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE LA EXPERIENCIA DE SIGNIFICADO EN LA VIDA, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SATISFACCIÓN VITAL.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIPS AMONG THE EXPERIENCE OF MEANING IN LIFE, SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES, AND SATISFACTION WITH LIFE.

Antonio Crego-Díaz[1*], José Ramón Yela-Bernabé[2] y Mª Ángeles Gómez-Martínez[2]

[1]*Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA)*

[2]*Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA)*

Resumen

Se exploran las asociaciones entre la experiencia de significado en la vida, género, edad, creencia religiosa y satisfacción vital, a partir de un estudio de encuesta en el que participaron 355 personas (91% mujeres), con media de edad 42 años (*DT*=16). Los análisis de datos señalaron que la percepción de significado en la vida aumentaba conforme lo hacía la edad, mientras que la búsqueda de sentido disminuía. Mayor presencia de significado -y menor necesidad de búsqueda de sentido- se asocian a mayores niveles satisfacción vital. Controlando género y edad, la presencia de significado explica un tercio de la variabilidad en las puntuaciones de satisfacción vital. Además, la mayor percepción de significado daría cuenta de la asociación encontrada entre práctica religiosa y satisfacción vital. Los resultados son consistentes con estudios previos, señalando que la percepción de que la vida tiene sentido es un ingrediente importante de la satisfacción vital.

Palabras clave: Significado en la vida, Satisfacción vital, Edad, Religión, Psicología positiva.

Abstract

The associations among the experience of meaning in life, gender, age, religious belief and life satisfaction are explored, based on results from a questionnaire survey including 355 participants (91% women) with mean age 42 years (*SD*=16). Data analyses revealed a higher presence of meaning as age increased, while the search for meaning decreased with age. Higher presence of meaning in life, and lower search for meaning, were associated to higher levels of life satisfaction. After controlling for gender and age, the presence of meaning accounted for a third of the variance in life satisfaction scores. Furthermore, practicing believers reported higher presence of meaning in life, which could explain the relationship between religious attitudes and life satisfaction. Results are consistent with previous research, emphasizing that the presence of meaning in life is an important ingredient of life satisfaction.

Key words: Meaning in life, Life satisfaction, Age, Religion, Positive psychology.

La psicología positiva es un área en expansión. Recientemente, además ha evolucionado en su enfoque y no se limita al estudio de pensamientos, emociones y comportamientos adaptativos, sino que ha ido reconociendo progresivamente la inevitabilidad de algunos aspectos más perturbadores, como el dolor, la presencia de emociones negativas o la exposición a eventos a veces dramáticos. Consistentemente con esta ampliación de su foco de intereses, la psicología positiva ha ido también avanzando en sus objetivos, abriéndose al análisis de los mecanismos implicados en la integración de eventos vitales y experiencias de distinto signo (Ivtzan, Lomas, Hefferon y Worth, 2015; Lomas e Ivtzan, 2016).

Esta "segunda ola" de la psicología positiva ha retomado el interés por constructos como el de "significado en la vida", sobre los que lleva a cabo un esfuerzo tanto de clarificación conceptual como

*Correspondencia: Antonio Crego Díaz.
Departamento de Psicología y Salud. Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA).
C.P: 28400. Collado-Villalba, Madrid, España.
E-mail: antonio.crego@udima.es

de análisis empírico. En este sentido, se han propuesto distintas operacionalizaciones del concepto de "significado en la vida", llegándose no siempre a definiciones homogéneas, aunque sí a un núcleo de elementos que estarían implicados en la experiencia de sentido en la vida. La percepción de significado conllevaría -entre otros aspectos- el poder identificar propósitos en la vida, el ser capaz de comprender las relaciones que se establecen entre los acontecimientos, el compromiso con valores que puedan justificar el comportamiento propio, o la sensación de que la vida importa y "merece la pena" (Baumeister, 1991; Martela y Steger, 2016). Recientemente numerosas investigaciones han puesto de manifiesto, además, que la experiencia de significado en la vida se asocia a variables relativas al bienestar subjetivo y la salud psicológica del individuo, y que la experiencia de falta de significado puede estar asociada a la aparición de consecuencias negativas, como síntomas de ansiedad o depresión (Smith, 2017).

A pesar de este aumento del interés por el significado de la vida, es una temática en la que aún queda mucho por conocer; y se ha prestado poca atención a la relación entre la presencia de significado en la vida y determinadas variables sociodemográficas, como el género, la edad, o la adscripción a alguna creencia religiosa.

En relación a la edad, se han encontrado correlaciones positivas, de tamaño reducido aunque significativas, entre esta variable y la presencia de significado (Schnell, 2009; Steger, Frazier, Oishi y Kaler, 2006). La experiencia de significado en la vida iría en aumento conforme aumenta la edad de la persona, mientras que la búsqueda de un sentido para la vida sería más característica de etapas más próximas a la juventud (Steger, Oishi y Kashdan, 2009). Los resultados parecen o bien no arrojar diferencias, o bien encontrar diferencias mínimas, en función del género de la persona. Por ejemplo, Steger et al. (2006) hallaron que mujeres y hombres experimentarían niveles equiparables de presencia y búsqueda de significado en la vida. Contrariamente, Schnell (2009) no encontró diferencias de género para la percepción de crisis de significado, mientras que éstas sí se producían -aunque con un tamaño del efecto pequeño- en la experiencia de significado, donde las mujeres puntuaban ligeramente más alto. Los resultados en relación al género no son por tanto concluyentes, aunque es posible que las discrepancias puedan deberse en cierta medida a las distintas operacionalizaciones de constructos e instrumentos de medida que emplean los diferentes estudios.

En lo referente a la creencia religiosa, Steger y Frazier (2005) y Steger et al. (2006) han encontrado correlaciones positivas, de tamaño moderado, entre la religiosidad y la presencia de significado en la vida. Más aún, las personas que reportan mayores niveles de religiosidad informan también de un mayor grado de satisfacción con la vida; y se ha propuesto que el grado en que se percibe que la vida tiene sentido podría actuar como una variable mediadora, es decir, que explicaría en cierto grado la conexión entre religiosidad y bienestar subjetivo (Steger y Frazier, 2005).

Nuestro estudio trata de analizar las relaciones existentes entre género, edad, posicionamiento ante las creencias religiosas, percepción de significado en la vida y satisfacción vital. Basándonos en la literatura previa, planteamos las siguientes hipótesis:

→ Hipótesis 1: En relación a la edad, se espera que ésta se asocie tanto a la presencia como a la búsqueda de significado, aunque con signo contrario. Mientras que la presencia de significado se incrementaría con la edad, la búsqueda de sentido iría progresivamente disminuyendo.

→ Hipótesis 2: La presencia de significado en la vida y la satisfacción vital aparecerán asociadas, de tal forma que aquellos que experimentan más sentido en la vida, experimentarán también mayor satisfacción vital.

→ Hipótesis 3: La búsqueda de sentido en la vida estará inversamente asociada al grado de satisfacción vital; se espera que aquellos que manifiestan menor satisfacción con la vida sean quienes reporten mayores niveles de búsqueda de significado.

→ Hipótesis 4: El posicionamiento de una persona ante la creencia religiosa estará relacionado con su nivel percibido de significado en la vida y con su grado de satisfacción vital. Se espera que aquellos que manifiestan un mayor grado de implicación en la práctica religiosa presenten mayores niveles de significado y de satisfacción.

→ Hipótesis 5: Se plantea no obstante que es plausible que la variable "presencia de significado" sea mejor predictor del grado de satisfacción vital, en comparación con el grado de implicación religiosa.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 355 personas de España y América Latina (90.7% mujeres). La media de edad fue de 41,97 años (*DT*=15,70) para el conjunto de la muestra (rango desde los 15 a los 74 años). El 49% de los participantes manifestó ser creyente pero no practicante, el 31% se definió como creyente practicante, y un 20% se definió como ateo, agnóstico o indiferente a la religión.

MATERIALES

Se empleó la adaptación al español del Meaning in Life Questionnaire (MLQ; Steger et al., 2006) que se compone de dos subescalas, Presencia de Significado y Búsqueda de Significado, cada una de ellas con 5 ítems. Todos los ítems se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos. Para cada una de las dos subescalas se calcularon las puntuaciones totales de cada participante, promediando las puntuaciones dadas a los ítems que las integran en cada caso (rango 1-7). Las puntuaciones más elevadas representan mayor presencia de significado y mayor búsqueda de sentido, respectivamente. Los coeficientes de fiabilidad alpha de Cronbach fueron α =,84 para Presencia de Significado, y α =,89 para Búsqueda de Significado.

El grado de satisfacción con la vida se midió empleando la adaptación al español de la Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) elaborada por Vázquez, Duque y Hervás (2013). Esta escala consta de 5 ítems. Los participantes expresan su grado de acuerdo con cada ítem, empleando para ello una escala tipo Likert de 7 puntos. Las puntuaciones totales se calcularon promediando las respuestas a los cinco ítems que componen la escala (rango 1-7), siendo indicativas las puntuaciones altas de un mayor grado de satisfacción vital. La fiabilidad a de Cronbach fue ,87 para esta escala.

Entre las variables sociodemográficas, los participantes indicaron su edad y género; y se les pidió que se definieran en relación a las creencias religiosas, con tres opciones: creyente practicante, creyente no-practicante, y ateo, agnóstico o indiferente a la religión.

PROCEDIMIENTO

Los participantes fueron reclutados mediante anuncios en redes sociales, recibiendo un enlace de acceso a un formulario on-line de recogida de datos. El cuestionario incluía información sobre el estudio, planteado como una investigación orientada a conocer más sobre algunas variables implicadas en el bienestar subjetivo. Se garantizaba, además, que el tratamiento de las respuestas sería anónimo, así como también se facilitaban los datos de contacto de dos miembros del equipo investigador para cualquier consulta que pudiera surgir.

Los participantes rellenaron el cuestionario voluntariamente y sin recibir contrapartida alguna por ello. La recogida de datos tuvo lugar durante el mes de febrero de 2017.

DISEÑO

Este estudio emplea un diseño de tipo correlacional, basado en la aplicación de una encuesta on-line, que incluía, además de datos sociodemográficos, medidas de satisfacción vital, presencia de significado y búsqueda de sentido en la vida. Los datos recogidos fueron analizados mediante estadísticos descriptivos (Media y Deviación típica) y procedimientos inferenciales. Entre estos últimos, se emplearon análisis de correlaciones de Pearson, con el fin de conocer las posibles asociaciones entre las variables cuantitativas del estudio (edad, presencia de significado, búsqueda de sentido y satisfacción vital). Además, se llevaron a cabo dos análisis de regresión múltiple separados, en los que se exploraron las asociaciones entre Presencia de Significado y Búsqueda de Significado -variables independientes- y Satisfacción con la vida -tomada como variable dependiente-, empleando como variables de control el género y la edad.

En relación a las actitudes religiosas, se llevaron a cabo comparaciones de medias entre los tres grupos establecidos (creyentes practicantes, creyentes no-practicantes y ateos, agnósticos o indiferentes a la religión) para las variables satisfacción vital, presencia de significado y búsqueda de sentido, empleando para ello ANOVA. Finalmente, se contrastaron las posibles diferencias en satisfacción vital en función del posicionamiento religioso, controlando los niveles de presencia de significado, mediante ANCOVA.

Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el programa SPSS 19 (IBM, Armonk, NY, USA).

RESULTADOS

En general, considerando el rango de respuesta de las respectivas escalas, los participantes informaron de niveles moderados de satisfacción vital y búsqueda de significado, así como niveles de presencia de significado que pueden considerarse moderadamente altos (Tabla 1).

Los análisis de correlación pusieron de manifiesto una asociación significativa entre la edad y la presencia de significado (r=,30; p<0,01), indicativa de que la experiencia de significado iría en aumento al incrementarse la edad; contrariamente, se obtuvo una correlación negativa entre la edad y la búsqueda de significado (r= −,10; p>0,05), aunque no resultó estadísticamente significativa. Este resultado apoyaría por tanto la primera de nuestras hipótesis. La edad, finalmente, apareció también significativamente relacionada con la satisfacción vital, siendo que a mayor edad, mayor grado de satisfacción experimentado (r=,26; p<0,01). No se hallaron, en cambio, diferencias significativas en función del género para presencia de significado, búsqueda de sentido o satisfacción vital.

Se identificaron relaciones significativas entre satisfacción vital y presencia y búsqueda de sentido en la vida, aunque de signo contrario. La correlación entre presencia de significado y satisfacción vital fue positiva (r=,56; p<0,01) y puede considerarse de tamaño grande (31,36% de varianza compartida entre las variables); mientras que la asociación entre satisfacción y búsqueda de significado fue negativa (r= −,17; p<0.01) y de pequeño tamaño (2,89% de varianza compartida). En consecuencia, mayores niveles de satisfacción vital se corresponderían con mayores niveles de percepción de significado en la vida y menores niveles de búsqueda de sentido.

Presencia de significado y búsqueda de sentido también aparecieron significativamente asociadas, con r= −,12 (p<0.05), indicativo de que los mayores niveles de búsqueda de sentido corresponderían a aquellos que menos experimentan que la vida tenga un significado.

El análisis de regresión múltiple recogido en la Tabla 2 puso de manifiesto que la presencia de significado es un predictor significativo de la satisfacción vital, incluso tras controlar el efecto del género y la edad. Este resultado confirmaría por tanto la Hipótesis 2, en la que se afirmaba que aquellos participantes que experimentan más significado en la vida estarían también más satisfechos con ella. La presencia de significado lograría explicar un 25,5% adicional de las puntuaciones en satisfacción vital, más allá de la proporción ya explicada por el género y la edad.

Un segundo análisis de regresión (Tabla 3) señaló que la búsqueda de significado es un predictor significativo de la satisfacción vital, tras controlar género y edad. Aunque en este caso el tamaño del efecto es pequeño, los resultados indican que un mayor grado de búsqueda de sentido corresponde a participantes con un menor grado de satisfacción vital,

Tabla 1.
Estadísticos descriptivos (Media y desviación típica), para la muestra total y por grupos de posicionamiento ante la religión.

	Muestra total (N=355)		Creyentes practicantes (n=71)		Creyentes no-practicantes (n=173)		No-creyentes (n=108)	
	M	*DT*	*M*	*DT*	*M*	*DT*	*M*	*DT*
Edad	41,97	15,70	46,65	13,53	41,87	16,28	38,81	15,49
Presencia de significado	5,05	1,42	5,74	1,07	5,01	1,46	4,66	1,41
Búsqueda de significado	4,51	1,83	4,44	2,00	4,61	1,75	4,42	1,80
Satisfacción vital	4,54	1,41	4,99	1,24	4.54	1,40	4,21	1,46

Tabla 2.
Análisis de regresión entre Satisfacción vital (variable dependiente) y edad, género y presencia de significado (variables predictoras).

	Beta	Error Estándar	β	R^2	ΔR^2
Modelo 1				,073	,073
Edad	,02	,00	,27**		
Género	,27	,25	,06		
Modelo 2				,328	,255
Edad	,01	,00	,11*		
Género	,19	,21	,04		
Presencia de significado	,53	,05	,53**		

Nota. Variable dependiente: Satisfacción vital; *p<,05; **p<,01

lo que confirmaría la tercera de nuestras hipótesis. En este caso, la búsqueda un sentido para la vida lograba explicar un 2% de varianza adicional de la satisfacción vital, más allá de la explicada por la edad y el género.

Los ANOVA realizados revelaron diferencias en los niveles de satisfacción vital ($F_{2,350}$ =6,81; p =0,000) y presencia de significado en la vida ($F_{2,350}$ =13,41; p =0,000), en función del posicionamiento ante la creencia religiosa. Tal como apuntaron los análisis *post-hoc*, el grupo de creyentes practicantes experimentaba un mayor nivel de significado en la vida, en comparación con creyentes no-practicantes y no-creyentes. En cuanto a la satisfacción vital, las diferencias se producían entre el grupo de creyentes practicantes -con los valores más elevados- y el de ateos, agnósticos o indiferentes a la religión, que presentaban las puntuaciones más bajas. Estos resultados avalarían la Hipótesis 4.

Tabla 3.
Análisis de regresión entre Satisfacción vital (variable dependiente) y edad, género y búsqueda de significado (variables predictoras).

	Beta	Error Estándar	β	R^2	ΔR^2
Modelo 1				,073	,073
Edad	,02	,00	,27**		
Género	,27	,25	,06		
Modelo 2				,092	,019
Edad	,02	,00	,26**		
Género	,28	,25	,06		
Búsqueda de significado	-,11	,04	-,14**		

Nota. Variable dependiente: Satisfacción vital; *p<,05; **p<,01

El ANCOVA realizado permite matizar, no obstante, la asociación entre el posicionamiento religioso y la satisfacción vital. Cuando se controla el efecto de la experiencia de sentido en la vida, las actitudes hacia las creencias religiosas dejan de estar asociadas de manera estadísticamente significativa con la satisfacción vital ($F_{2,349}$=0,65; p =0,521). La presencia de significado, en cambio, sí resultó ser un predictor de la satisfacción vital ($F_{1,349}$=146,48; p =0,000). Estos resultados aportarían, por tanto, evidencia en favor de la Hipótesis 5.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio analiza las relaciones entre género, edad, posicionamiento ante las creencias religiosas, presencia y búsqueda de significado en la vida, y satisfacción vital. En términos globales, los resultados obtenidos son consistentes con los hallazgos de estudios previos, y vienen a aportar evidencia empírica en favor de las hipótesis planteadas.

Así, en relación con la edad, se pone de manifiesto que es una variable relacionada tanto con la experiencia de significado en la vida como con la satisfacción vital, de forma que a medida que aumentan los años de

vida también parece incrementarse la capacidad para encontrarle un sentido a ésta e iría en aumento el grado de satisfacción. Estos resultados, como se ha mencionado, con coherentes con algunos estudios previos (Schnell, 2009; Steger et al., 2006, 2009). Es interesante, no obstante, determinar si esta relación entre la edad y cada una de las dos variables -presencia de significado y satisfacción vital- no es sino un efecto de la fuerte asociación que se observa entre ambas, dado que existe una fuerte conexión entre experimentar que la vida tiene sentido y estar satisfecho con ella. En cierta medida parece ser así, ya que en uno de los análisis de regresión realizados (recogido en la Tabla 2) se comprobó que la fuerza de la edad como variable predictora de la satisfacción disminuía cuando se incluía la presencia de significado en el modelo de regresión. Este resultado estaría apuntando a un posible efecto de mediación parcial, en el que la experiencia de significado podría explicar -al menos en parte- la relación entre edad y satisfacción.

Algo similar ocurriría con las relaciones entre creencia religiosa, presencia de significado y satisfacción vital. Los resultados encontrados apuntan a que la clave para explicar la relación entre posicionamiento ante la religión y satisfacción estaría en la experiencia de significado, lo que sería consistente con el estudio realizado por Steger y Frazier (2005). En concreto, nuestra investigación sugiere que el grupo de creyentes practicantes estaría más satisfecho con la vida, posiblemente, porque experimenta también en mayor medida que ésta tiene un sentido. De nuevo, cabría sugerir un posible rol de la presencia de significado como variable mediadora.

La experiencia de sentido se presenta por tanto como un posible enlace entre algunas variables sociodemográficas -la edad, el posicionamiento religioso- y la satisfacción vital, lo que sería interesante analizar en futuros estudios. Nuestro estudio conlleva además otras aportaciones. Por ejemplo, contribuye a aumentar la evidencia empírica disponible acerca de la relación entre presencia de significado y satisfacción vital (Steger et al., 2006, 2009). No sólo se aprecia que aquellos que más experimentan que su vida tiene sentido se encuentran más satisfechos, sino que además -si atendemos a la proporción de varianza compartida- puede decirse que encontrar un sentido a la vida es un ingrediente clave para encontrarse satisfecho con ella. Esta idea parece encontrar confirmación además con un contraejemplo. Es el caso de aquellos que buscan con más intensidad un sentido a su vida, que tienden a experimentar una mayor ausencia de significado y también una menor satisfacción vital.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones que llevan a tomar, en todo caso, los resultados con cautela. En primer lugar, el enfoque que hemos adoptado es correlacional, por lo que las asociaciones encontradas entre variables no permiten hacer afirmaciones sobre la dirección de la causalidad. Por otra parte, el uso de escalas de autoinforme, como es sabido, puede conllevar sesgos en las respuestas, como por ejemplo, el riesgo de respuestas basadas en lo socialmente deseable o en lo que el participante entiende como "correcto" o "adecuado", en lugar de reflejar lo que realmente piensa o siente. Finalmente, este estudio emplea una muestra de conveniencia, con participantes que voluntariamente se han auto-seleccionado, por lo que podrían existir limitaciones en la generalización de resultados.

CONCLUSIONES

El carácter exploratorio de este estudio permite futuros desarrollos, tanto en el ámbito de la investigación como de las aplicaciones prácticas. Por ejemplo, queda abierta la posibilidad de plantear nuevos estudios que utilicen diseños y análisis de datos más refinados, que permitan contrastar algunas de las hipótesis sugeridas y clarificar aún más la naturaleza de la relación entre la experiencia de significado y la satisfacción vital. En relación a las implicaciones prácticas de nuestros resultados, éstos vienen a apoyar la idea de que las intervenciones orientadas a aumentar la presencia de significado en la vida posiblemente sean una vía para lograr incrementos en el bienestar psicológico. Es el caso, por ejemplo, del entrenamiento en autocompasión de Germer y Neff (2013), que incluye entre sus componentes la clarificación de valores que dan sentido a la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baumeister, R.F. (1991). *Meanings of Life*. New York: Guildford Press.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment, 49*(1), 71-75.

Germer, C. K., y Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology, 69*(8), 856-867.

Ivtzan, I., Lomas, T., Hefferon, K., y Worth, P. (2015). *Second wave positive psychology: Embracing the dark side of life*. London: Routledge.

Lomas, T., y Ivtzan, I. (2016). Second wave positive psychology: Exploring the positive–negative dialectics of wellbeing. *Journal of Happiness Studies, 17*(4), 1753-1768.

Martela, F., y Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology, 11*(5), 531-545.

Schnell, T. (2009). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being. *The Journal of Positive Psychology, 4*(6), 483-499.

Smith, EE. (2017). *The power of meaning.* Crafting a life that matters. London: Rider.

Steger, M. F., y Frazier, P. (2005). Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology, 52*(4), 574.

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., y Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 80-93.

Steger, M. F., Oishi, S., y Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology, 4*(1), 43-52.

Vázquez, C., Duque, A., y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology, 16*(82), 1-15.

FACTORES PROTECTORES DE LA FELICIDAD EN ADOLESCENTES

FACTORS PROTECTORS OF HAPPINESS IN ADOLESCENTS

Lorena Toribio-Pérez[1*], Norma Ivonne González-Arratia-López-Fuentes[1], Hans Oudhof-van-Barneveld[1] y Marta Gil-Lacruz[2]

[1]*Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México*

[2]*Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza*

Resumen

El objetivo de la presente investigación, consiste en determinar la incidencia de la autoestima y el optimismo en la felicidad en una muestra de adolescentes. Se trabajó con 533 adolescentes de la ciudad de Toluca, México, hombres (237) y mujeres (296), entre 14 y 20 años de edad (*M*=16,3 *DE*=,97). Se obtuvo autorización por parte del Comité de Ética, así mismo se contó con autorización de las instituciones educativas y con el consentimiento informado de los participantes. Se aplicaron la Escala de Felicidad, Escala de Autoestima y Escala de Optimismo. De acuerdo con los resultados, se obtuvieron altos niveles de felicidad, autoestima y optimismo. Se encontró una correlación positiva y significativa entre las variables. El resultado de la ecuación de regresión múltiple contempla dos pasos. En el primero se incluyó autoestima (R^2=,632, f=913,03, p=,000), en el segundo se agregó optimismo (R^2=,044, f=554,84, p=,000). Ambos permiten predecir la felicidad en un 67,7% de la varianza (R=,823b, R^2=,677, f=72,95, p=,000). Se puede concluir que un autoconcepto positivo y mantener actitudes positivas ante el futuro, generan mayor bienestar y felicidad, durante la adolescencia. Se recomienda continuar con la investigación de la felicidad, con la finalidad de ampliar la evidencia científica al respecto.

Palabras clave: Felicidad, Autoestima, Optimismo, Adolescencia.

Abstract

The objective of the present research is to determine the incidence of self-esteem and optimism in happiness in a sample of adolescents. The study consisted of 533 adolescents from the city of Toluca, Mexico, men (237) and women (296), between 14 and 20 years of age (M = 16.3 DS = .97). Authorization was obtained from the Ethics Committee, as well as authorization from educational institutions and with the informed consent of the participants. The Happiness Scale, Self-esteem Scale and Optimism Scale were applied. According to the results, high levels of happiness, self-esteem and optimism were obtained. A positive and significant correlation was found between the variables. The result of the multiple regression equation contemplates two steps. In the first one, self-esteem (R^2 = .632, f = 913.03, p = .000) was included, while optimism was added (R^2 = .044, f = 554.84, p = .000). Both predict happiness in 67.7% of the variance (R = .823b, R^2 = .677, f = 72.95, p = .000). It can be concluded that a positive self-concept and maintaining positive attitudes towards the future, generate greater well-being and happiness during adolescence. It is recommended to continue the research of happiness, in order to expand the scientific evidence about it.

Key words: Happiness, Self-esteem, Optimism, Adolescence.

Las investigaciones en psicología, se habían centrado en el estudio de los trastornos mentales, dejando de lado los aspectos positivos de la salud mental. Actualmente, se propone una psicología positiva, dando pauta a la investigación de las fuentes de salud psicológica y de los factores que permiten a los individuos vivir plenamente, así como obtener sustento científico para poder realizar intervenciones

*Correspondencia: Lorena Toribio Pérez.
Universidad Autónoma del Estado de México.
C.P: 50090, México.
E-mail: toribio_lore@hotmail.com

con enfoque positivo, todo ello, sin dejar de lado el estudio de la psicopatología (Seligman, 2012). Por lo tanto, se cuenta con investigaciones centradas en el estudio de variables positivas como el optimismo, los afectos positivos (Vera-Villarroel & Celis-Atenas, 2014) y la felicidad (Alarcón, 2006; Veenhoven, 2009).

La investigación de la felicidad es uno de los objetivos centrales de la psicológica positiva. Su definición etimológica (*felicitas-atis*) significa satisfacción o posesión de un bien. Desde la filosofía, se tenía la idea de que el propósito de la vida era experimentar la máxima cantidad de placer (hedonismo) y para filósofos como Aristóteles la felicidad era la plenitud del ser (eudaimonia), expresión de la virtud que consiste en hacer aquello que vale la pena hacer (Alarcón, 2006).

A pesar de su complejidad, se considera que la felicidad, es un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado, que puede ser de naturaleza variada, se compone de cuatro dimensiones: sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir (Alarcón, 2006). Diener & Biswas (2008) la definen como una evaluación que se hace de que tan satisfecho está con la vida, tomando en cuenta aspectos emocionales y cognitivos. Veenhoven (2009) la describe como satisfacción vital, diferenciándola de las satisfacciones instantáneas, de las satisfacciones en un solo ámbito de la vida y de las experiencias cumbre (sentimientos breves e intensos). Sugiere que es el grado en el que una persona juzga favorablemente la calidad global de su propia vida como un todo. Una persona es feliz si considera su vida favorable más que desfavorable. El juicio que hace la persona de su felicidad es una actividad intelectual, ya que hacer un juicio global implica evaluar las experiencias pasadas y estimar las experiencias futuras.

Algunos autores reportan que intervienen varios factores en felicidad, que pueden ser de carácter biológico (Seligman, 2012), también se ha encontrado que la edad y el sexo tienen poco efecto en el hecho de que las personas sean felices o no (Yiengprugsawan, Somboonsook, Seubsman & Sleigh, 2012), así mismo, Veenhoven (2009) afirma que si bien los ingresos, la educación y el empleo mantienen cierta relación con la felicidad, juntas no explican más del 10% de su variación. En ésta misma línea, ha encontrado que las personas tienden a disfrutar sus vidas una vez que las condiciones son tolerables y que la felicidad es menor cuando se acumulan condiciones adversas, como la pobreza, la soledad y la enfermedad. Al respecto, en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) reportó que las condiciones asociadas a la satisfacción con la vida, se relacionan con no presentar condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

Además de los factores externos, los autores coinciden en que la felicidad se encuentra estrechamente asociada a factores internos, a rasgos de personalidad como la resiliencia (González-Arratia & Valdez, 2013b), la salud mental (Ahmani, Yazdkhasti, Safari & Nasr, 2014), la autoestima y el optimismo (Vera-Villaroel, Córdova-Rubio & Celis-Atenas, 2009). Respecto a la autoestima, algunas investigaciones en muestras españolas (Garaigordobil, 2015; Moreno & Marrero, 2015), en jóvenes turcos (Dogan, Totan & Sapmaz, 2013) y griegos (Tsigilis, 2015), así como en mexicanos (Núñez, González & Realpozo, 2015; Toribio, González-Arratia, Valdéz, González & Oudhof, 2012a) confirman la incidencia de la autoestima en la felicidad. Se sugiere que en esta relación destaca la importancia del autoconcepto positivo (Coopersmith, 1967, citado en González-Arratia, 2011).

En cuanto al optimismo, se define como un rasgo de personalidad relativamente estable en el tiempo, se caracteriza por el mantenimiento de una actitud positiva ante las expectativas del futuro y persistir en lograrlas (Carver, Scheier & Segerstrom, 2014; Scheier & Carver, 1985), y puede ser disposicional y situacional (González-Arratia & Valdez, 2013a). Varios estudios coinciden en que las personas con actitudes optimistas presentan una probabilidad elevada de ser felices (Hutz, Midgett, Cerentini, Bastianello & Zanon, 2014; Jiang et al., 2014; Vera-Villaroel et al., 2009). Además permite resolver hábilmente situaciones conflictivas (Chico, 2002). Moreno & Marrero (2015) encontraron que el optimismo incide alrededor del 30% en la felicidad, así mismo, un estudio realizado en adolescentes peruanos, muestra que existe una relación significativa con el optimismo (Caycho & Castañeda, 2015).

A pesar de estos avances científicos, son escasas las investigaciones que tomen en cuenta la autoestima y el optimismo en conjunto, para determinar su efecto sobre la felicidad (Moreno & Marrero, 2015; Toribio et al., 2012a). Por lo que el objetivo de la presente investigación consiste en determinar la incidencia de la autoestima y el optimismo en la felicidad, en adolescentes mexicanos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La investigación se llevó a cabo en una muestra de 533 adolescentes entre 14 y 20 años de edad, 44,4% fueron hombres (237) y un 55,6% mujeres (296). La media de edad fue de 16 años y la desviación típica de un año. Los participantes se encontraban estudiando en diferentes instituciones públicas de educación superior de la ciudad de Toluca (México).

MATERIALES

Se aplicaron tres escalas:

1. Escala de Felicidad (Alarcón, 2006), adaptada para población mexicana (Toribio, González-Arratia, Valdéz, González & Oudhof, 2012b) consta de 26 ítems construidos en escala de tipo Likert de cinco opciones de respuesta; (*totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo*). Al extremo *positivo* se le otorga cinco puntos y al extremo *negativo* un punto. Los ítems negativos se califican de manera inversa (2, 7, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25). Se compone de cuatro dimensiones; sentido positivo de la vida (10 ítems), satisfacción con la vida (6 ítems), realización personal (5 ítems) y alegría de vivir (5 ítems). Reporta un *Alpha de Cronbach* de ,917 y una varianza explicada de 50,32% (Toribio et al., 2012b).

2. Escala de autoestima (González-Arratia, 2011), se compone de 25 reactivos, con cuatro tipos de respuesta: *siempre, muchas veces, pocas veces y nunca*. Los ítems *negativos* se califican de forma inversa (3, 5, 6, 9, 12, 15, 18, 21 y 25). Está integrada por 6 factores; yo (5 ítems), familia (5 ítems), fracaso (5 ítems), trabajo intelectual (4 ítems), éxito (3 ítems) y afectivo-emocional (3 ítems). El *Alpha de Cronbach* de ,874 y la varianza explicada de 62,3% (Toribio et al., 2012b).

3. Escala de Optimismo (González-Arratia & Valdez, 2013a): contiene 39 reactivos, con cinco tipos de respuesta: *siempre, la mayoría de las veces, indeciso, algunas veces y nunca*, se otorga 1 punto a las respuestas *negativas* y 5 a las *positivas*. Presenta dos dimensiones; optimismo disposicional (28 ítems) y optimismo situacional (11 ítems), con un *alpha de Cronbach* de ,94 y una varianza explicada de 33,85% (Toribio et al., 2012b).

PROCEDIMIENTO

En primer lugar se obtuvo la aprobación del Comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de México, el consentimiento y asentimiento informado de los adolescentes participantes y de los padres respectivamente. Se consiguió permiso de las autoridades institucionales para aplicar las escalas. Se les explicó a los participantes la forma de responder los cuestionarios. Las dudas que surgieron se aclararon en el momento, por parte de los investigadores. Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos de forma grupal, durante el horario lectivo y en el aula de los estudiantes, en un tiempo aproximado de cuarenta minutos.

DISEÑO

Esta investigación es de tipo empírica con estrategia descriptiva de corte transversal (Ato, López & Benavente, 2013). La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los análisis estadísticos se realizaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23,0. Se llevaron a cabo análisis descriptivos, análisis de correlación y análisis de regresión múltiple.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados descriptivos, referente a la variable felicidad, se obtuvo que el 47,7% de la muestra se encuentra en un nivel de *muy alta* felicidad, mientras que solo el 1,7% está en un *nivel bajo*. El 55,9% de la muestra obtuvo *muy alta* autoestima, mientras que solo el 1,1% *baja*. En la variable optimismo, se observa que el 45,8% de la muestra se encuentra en *nivel* alto y solo el 1,30% presentan un optimismo *bajo* (Ver Tabla 1).

En el análisis de correlación, se encontraron correlaciones altas, positivas y significativas, entre felicidad y autoestima (r=,795**, p < ,01), entre felicidad y optimismo (r=,721**, p < ,01). Así como entre autoestima con optimismo (r=,724**, p < ,01). De igual forma, se obtuvieron correlaciones significativas entre las dimensiones de las tres variables en estudio (Ver Tabla 2).

Tabla 1.
Nivel de felicidad, autoestima y optimismo

Variables	Niveles	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Felicidad	Muy baja	26-47	2	,40%
	Baja	48-68	9	1,70%
	Media	69-89	57	10,70%
	Alta	90-110	211	39,60%
	Muy alta	111-131	254	47,70%
	N		533	100%
Autoestima	Muy baja	25-40	1	,20%
	Baja	41-55	6	1.10%
	Media	56-76	36	6,80%
	Alta	77-85	192	36,00%
	Muy alta	86-100	298	55,90%
	N		533	100%
Optimismo	Muy bajo	39-70	2	,40%
	Bajo	71-102	7	1,30%
	Medio	103-134	59	11,10%
	Alto	135-166	244	45,80%
	Muy alto	167-198	221	41,50%
	N		533	100

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Con el objetivo de determinar de qué manera la autoestima y el optimismo inciden en la felicidad, en primer lugar se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple por pasos en el que se incorporó a la felicidad como variable dependiente y los totales de autoestima y optimismo como variables independientes. La ecuación de regresión contempla dos pasos. En el primero se incluyó la variable autoestima (R^2=,632, f=913,03, p=,000) y en el segundo se agregó el optimismo (R^2=,044, f=554,84, p=,000). Ambas permiten predecir la felicidad en un 67,7% de la varianza total (R=,823, R^2=,677, f=72,95, p=,000) (Ver Tabla 3).

Posteriormente se realizó un análisis de regresión múltiple por el método por pasos, en el que se incorporó la felicidad como variable dependiente y en este caso a las dimensiones de autoestima (yo, familia, fracaso, trabajo intelectual, éxito y afectivo-emocional), como variables independientes. La ecuación de regresión se compone de cinco pasos. En el primero se incluyó la dimensión yo (R^2=,515, f=563,04, p=,000), en el segundo se agregó afectivo-emocional (R^2=,092, f=408,86, p=,000), en el tercero, éxito (R^2=,026, f=304,0, p=,000), en el cuarto, fracaso (R^2=,014, f=242,62, p=,000), y por último familia (R^2=,011, f=203,66, p=,000). Todas permiten predecir la felicidad en un 65,6% de la varianza total (R=,812, R^2=,659, f=203,66 p=,000) (Ver Tabla 4).

Tabla 2.
Correlación de Pearson entre las dimensiones de felicidad, autoestima y optimismo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Sentido Positivo de la vida	1										
2.S.con la vida	,635**										
3.R. Personal	,569**	,724**									
4.Alegría de vivir	,632**	,650**	,540**								
5.Yo	,603**	,664**	,568**	,615**							
6.Familia	,443**	,466**	,413**	,352**	,449**						
7.Fracaso	,690**	,539**	,497**	,518**	,630**	,405**					
8.Trabajo Intelectual	,430**	,433**	,430**	,408**	,499**	,366**	,434**				
9.Éxito	,454**	,486**	,448**	,451**	,515**	,331**	,475**	,646**			
10.Afectivo-emocional	,672**	,471**	,432**	,483**	,531**	,431**	,729**	,339**	,361**		
11.O. disposicional	,611**	,636**	,547**	,703**	,680**	,422**	,518**	,612**	,577**	,449**	
12. O. situacional	,516**	,564**	,479**	,630**	,619**	,395**	,475**	,527**	,544**	,412**	,862**

Nota. Fuente: Elaboración propia.
1. Sentido positivo de la vida. 2. Satisfacción con la vida. 3. Realización personal. 4. Alegría de vivir. 5. Yo. 6. Familia. 7. Fracaso. 8. Trabajo Intelectual. 9. Éxito. 10. Afectivo-Emocional. 11. Optimismo disposicional. 12. Optimismo Situacional.
**p < ,01.

Tabla 3.
Análisis de regresión múltiple para felicidad, con los totales de autoestima y optimismo

Modelo	*R*	R^2	R^2 ajustado	Cambios de R^2	Coeficiente *B*	Coeficiente β	*T*	*f*	(*p*)
1	,795	,632	,632	,632	1,188	,795	30,216	913,03	,000
2	,823	,677	,676	,044	,205	,306	8,541	72,95	,000

Nota. Fuente: Elaboración Propia.
Modelo 1. Predictores constantes. Autoestima.
Modelo 2. Predictores constantes. Autoestima, optimismo.

Tabla 4.
Análisis de regresión múltiple por pasos para felicidad, con dimensiones de autoestima

Modelo	*R*	R^2	R^2 ajustado	Cambios de R^2	Coeficiente *B*	Coeficiente β	*T*	*f*	(*p*)
1	,717	,515	,514	,515	19,647	,717	23,729	563,049	,000
2	,779	,607	,605	,092	10,696	,358	11,141	124,128	,000
3	,796	,633	,631	,026	5,518	,190	6,145	37,759	,000
4	,805	,648	,645	,015	6,055	,119	4,693	22,023	,000
5	,812	,659	,656	,011	3,112	,124	4,184	17,504	,000

Nota. Fuente: Elaboración Propia.
Modelo 1. Predictores constantes. Yo.
Modelo 2. Predictores constantes. Yo, afectivo emocional.
Modelo 3. Predictores constantes. Yo, afectivo emocional, éxito.
Modelo 4. Predictores constantes. Yo, afectivo emocional, éxito, fracaso.
Modelo 5. Predictores constantes. Yo, afectivo emocional, éxito, fracaso, familia.

Tabla 5.
Análisis de regresión múltiple por pasos para felicidad, con dimensiones de optimismo

Modelo	*R*	R^2	R^2 ajustado	Cambios de R^2	Coeficiente *B*	Coeficiente β	*T*	*f*	(*p*)
1	,729	,531	,531	,531	19,430	,729	24,540	602,196	,000

Nota. Fuente: Elaboración Propia.
Modelo 1. Predictores constantes. Optimismo disposicional.

Por último se llevó a cabo un análisis de regresión, en el que se incluyó nuevamente a la felicidad como variable dependiente y las dimensiones de optimismo (optimismo situacional y optimismo disposicional) como variables independientes. La ecuación de regresión es de un paso. En el cual se incluyó la variable optimismo disposicional, que predice la felicidad en un 53,1% de la varianza (R^2=,531, *f*=602,19, *p*=,000) (Ver Tabla 5).

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados, permiten inferir que los adolescentes de esta muestra presentan altos niveles de felicidad, autoestima y optimismo. Estas evidencias coinciden con estudios anteriores realizados en muestras mexicanas (González-Arratia & Valdez, 2013a; González-Arratia & Valdez, 2013b; Núñez et al., 2015; Toribio et al., 2012), así mismo, algunos autores mencionan que la felicidad no depende de la edad (Veenhoven, 2009), por lo que se puede decir que

los adolescentes, se encuentran en una etapa en la que tienen metas por cumplir y creen en que pueden lograrlo, estas actitud de optimismo y seguridad, les permite sentirse satisfechos con lo que hacen.

El primer análisis de regresión múltiple por pasos, demuestra que la autoestima predice la felicidad (Dogan et al., 2013; Garaigordobil, 2015; Núñez et al., 2015; Tsigilis, 2015). Sin embargo, son escasas las evidencias acerca de esta incidencia en conjunto con el optimismo (Moreno & Marrero 2015). Cuando se hace el análisis para conocer como inciden las dimensiones de autoestima, se excluye trabajo intelectual. En este sentido la dimensión que mayormente predice la felicidad es el Yo, en un 51,4%, a diferencia de estudios anteriores donde se reporta en primer lugar el hecho de no fracasar (44,5%) y en segundo lugar al Yo (Toribio et al., 2012), lo cual puede deberse a las diferencias culturales. Se puede afirmar que durante la adolescencia necesitan en primer lugar confiar en sí mismos y sobre todo tener un autoconcepto positivo (Yo) (González-Arratia, 2011), sentirse queridos por las personas significativas (afectivo-emocional), lograr sus objetivos y al final sentirse parte importante de la familia a la que pertenece, para poder ser felices. Así mismo, estas características positivas, permiten a los adolescentes tener la capacidad de afrontar situaciones adversas de forma eficiente (González-Arratia & Valdez, 2013b).

En cuanto al análisis de regresión con optimismo, varios autores (Carver et al., 2014; Jiang et al., 2014; Moreno & Marrero; 2015) confirman los hallazgos de esta investigación. Específicamente, el optimismo disposicional predice la felicidad en un 53,1%, lo que es similar con estudios anteriores donde se reportó 46,2% (Toribio et al., 2012). Por lo que se puede decir que durante la adolescencia es importante mantener una actitud positiva estable en el tiempo. Es posible que la formación de expectativas hacia el futuro, les permita tener un sentido positivo de la vida, ya que mientras logran sus metas de vida, se sienten satisfechos con lo que hacen para conseguirlo. A pesar de lo anterior, siguen siendo escasos los estudios que analicen el efecto de la autoestima y el optimismo, en la felicidad, sin embargo, se sugiere continuar indagando al respecto, a fin de precisar estos datos. Si bien se tienen evidencias de su asociación (Caycho & Castañeda, 2015; Hutz et al., 2014) se recomienda realizar estudios de tipo explicativo.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de la presente investigación, resultan relevantes ya que permiten enriquecer la evidencia acerca de las variables asociadas a la felicidad, en muestras mexicanas. A pesar de que se obtuvieron resultados consistentes, hay que tener en cuenta ciertas limitaciones, ya que se trabajó con una muestra no probabilística, por lo que no se pueden generalizar a toda la población. Además sería importante generar nuevas líneas de investigación, que incluyan otras variables que pudieran estar asociadas a la felicidad, como la resiliencia, las fortalezas y virtudes, los afectos y rasgos de la personalidad. Se sugiere tomar en consideración la promoción de la autoestima y el optimismo para fomentar el bienestar y satisfacción con la vida, durante la adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmadi, F., S., H., Yazdkhasti, F., Safari, H., S. & Nasr, E., M., H., (2014). Infertile Individuals' Marital Relationship Status, Happiness, and Mental Health: A Causal Model. *International Journal of Fertility and Sterility, 8* (3), 315-324.

Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología, 40*, (1), 96-106.

Ato, M. López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología, 29*, 1038-1059.

Carver, CH., S. Scheier, M., F., & Segerstrom, S. C. (2014). Optimism. *Clin Psychol Rev, 30* (7), 879-889.

Caycho, R., T,. & Castañeda, M., C. (2015). Felicidad y optimismo en adolescentes y jóvenes peruanos y paraguayos: un estudio predictivo. *Salud y sociedad,* 6 (3), 250-263.

Chico, L. E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema, 14* (3), 544-550.

Diener, E., & Biswas, R. (2008). *Happiness. Unlocking the Mysteries of psychological wealth*. E.U.A.: Blackwel Publishing.

Dogan, T., Totan, T. & Sapmaz, F. (2013). The role of self-esteem, psychological well - being, emotional self - efficacy, and affect balance on happiness: a path model. *European Scientific Journal,* 9 (20), 31-42.

Garaigordobil, M. (2015). Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective

factors for health. *Frontiers in Psychology, 6.*

González Arratia, L.F.N.I. (2011). *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser.* 2da edición. México. UAEM.

González-Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013a). Optimismo; Validación de una escala para adolescentes mexicanos. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social, 2* (1). 121-130.

González-Arratia, L. F. N. I. & Valdez, M. J. L. (2013b). Resiliencia y Felicidad, el impacto de hechos vitales negativos y positivos en adolescentes. *Pensando Psicología,* 9, (16), 43-53.

Hutz, C. S., Midgett, A., Cerentini, J. P., Bastianello, M. R., & Zanon, C. (2014). The Relationship of Hope, Optimism, Self-Esteem, Subjective Well-Being, and Personality in Brazilians and Americans. *Psychology, 5*, 523-531.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). Indicadores de Bienestar Subjetivo de la población adulta en México.

Jiang, W. Li, F., Jiang, H., Yu, L., Liu, W., Li, Q. & Zuo, L. (2014). Core Self-Evaluations Mediate the Associations of Dispositional Optimism and Life Satisfaction. *Plos, ONE,* 9 (6), Doi:10.1371/journal.pone.0097752.

Moreno, Y. & Marrero, R., J. (2015). Optimismo y autoestima como predictores de bienestar personal: diferencias de género. *Revista Mexicana de Psicología, 32* (1), 27-36.

Núñez, M., González, G. & Realpozo, R. (2015). Relación de autoestima y felicidad desde la psicología positiva en estudiantes de enfermería intercultural. Rev. *Enfermería Actual en Costa Rica, 29*, 1-17. DOI: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19726

Scheier M.F. & Carver C.S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology. 4*, 219–247.

Seligman, M. (2012). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Byblos.

Toribio. P.L, González Arratia, L.F.N.I., Valdéz, M. J.L.; González, E. S. & Oudhof, V. B. H. (2012a). *Autoestima, Optimismo, y personalidad entrópica, como predictoras de la felicidad en adolescentes.* Tesis inédita de maestría. UAEM. Toluca, Estado de México.

Toribio. P.L, González Arratia, L.F.N.I., Valdéz, M. J.L.; González, E. S. & Oudhof, V. B. H. (2012b). Validación de la escala de felicidad de Alarcón para adolescentes mexicanos. *Psicología iberoamericana. 20* (1).71-79.

Tsigilis, N. (2015). Does Self-Esteem Mediates the association Between personality traits and happiness? A structural Equation Modeling Aproach. *Journal of Social Science Studies. 2* (2). 102-106.

Veenhoven, R. (2009). Medidas de la Felicidad Nacional Bruta. *Psychosocial Intervention. 18* (3), 279-299.

Vera-Villarroel, P. & Celis-atenas, K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica. 13* (3), 15-23.

Vera-Villarroel, P., Córdova-Rubio, N. & Celis-Atenas, K. (2009). Optimismo Versus Autoestima: Implicancia para la psicología clínica y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18* (1), 21-30.

Yiengprugsawan, V., Somboonsook, B., Seubsman, S., & Sleigh, A. C. (2012). Happiness, Mental Health, and Socio-Demographic Associations Among a National Cohort of Thai Adults. *Journal of Happiness Studies, 13*, 1019-1029.

PSICOLOGÍA Y DISCAPACIDAD

FACTORES INFLUYENTES EN LA CONCIENCIA DE ESTIGMA EN TRABAJADORES/AS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y SENSORIAL

INFLUENTIAL FACTORS IN STIGMA AWARENESS IN ACTIVE WORKERS WITH PHYSICAL OR SENSORY DISABILITY

Luis Francisco Carrasco Rastrilla*

CES Cardenal Cisneros, Universidad Complutense de Madrid

Resumen

La conciencia de estigma se refiere al grado en que las personas pertenecientes a grupos discriminados esperan ser estereotipados por los miembros del grupo mayoritario (Pinel, 1999).

Estudios recientes muestran que existe una relación negativa entre la conciencia de estigma y la calidad de vida en personas con discapacidad (Carrasco, Martin y Molero, 2013; Carrasco, 2015).

Nuestro objetivo es conocer (utilizando la metodología de los estudios citados) que factores sociodemográficos influyen en el grado de conciencia de estigma de trabajadores/as en activo con discapacidad física o sensorial.

Han participado un total de 192 trabajadores, 90 con discapacidad sensorial y 102 con discapacidad física.

Los resultados muestran que las variables sexo y tipo de discapacidad influyen en la conciencia de estigma. Las trabajadoras y las personas con discapacidad auditiva presentan una conciencia de estigma mayor, teniendo importancia el momento de adquisición de la discapacidad.

Palabras clave: Estigma, Conciencia de estigma, Factores influyentes, Trabajadores discapacitados.

Abstract

Stigma awareness refers to the degree to which people belonging to discriminated groups expect to be stereotyped by members of the majority group (Pinel, 1999).

Recent studies show that there is a negative relationship between stigma awareness and quality of life for people with disabilities (Carrasco, Martin and Molero, 2013; Carrasco, 2015).

Our objective is to know (using the methodology of the studies cited) that sociodemographic factors influence the degree of stigma awareness of active workers with physical or sensory disabilities.

A total of 192 workers participated, 90 with sensory disabilities and 102 with physical disabilities.

The results show that the variables of gender and type of disability do influence stigma awareness. Female workers and people with hearing impairment have a higher stigma awareness, with importance on the time that the disability was acquired.

Key words: Stigma, Stigma awareness, Influential factors, Disabled workers.

En la literatura existen estudios sobre algunas minorías (inmigrantes, cierto tipo de enfermedades, color de piel, etc.) y la discriminación que sufren por el resto de la población. Sin embargo la visión que se ha ofrecido suele ser la del grupo mayoritario siendo necesario estudiar esta discriminación desde el punto de vista de la minoría, desde los sentimientos de estos grupos minoritarios. El grado en que las personas pertenecientes a estos grupos esperan ser estereotipados por los miembros del grupo mayoritario se ha denominado conciencia de estigma. Las personas con una alta conciencia de estigma tienden a creer que los estereotipos acerca de su grupo afectan a sus interacciones con otras personas y en gran medida afectan a las percepciones que sobre su vida y bienestar tienen, incluso al concepto que tienen de si

*Correspondencia: Luis Francisco Carrasco Rastrilla.
CES Cardenal Cisneros (Ads. UCM)
Calle General Díaz Porlier nº 58 28006 Madrid
C.P: 28043 Madrid, España.
E-mail: luisfrca@ucm.es

mismos. Por otro lado, los discapacitados han tenido en los estudios realizados poco protagonismo como minoría que sufre también prejuicios por la sociedad.

En la sociedad actual existen numerosos grupos estigmatizados. El concepto de "estigma" fue acuñado en 1963 por el sociólogo estadounidense Erving Goffman en su conocido libro del mismo título. Hoy en día desde la Psicología Social se engloba la estigmatización dentro del estudio de los grupos minoritarios desde el momento en el que a dichos grupos se les proporciona una característica perjudicial dándoles una identidad social negativa (Crocker, Major y Steele, 1998). "El estigma es un proceso social, o una experiencia personal conexa, caracterizados por la exclusión, condena o devaluación, que resulta de un juicio social adverso, sobre una persona o un grupo. El juicio se basa en un perdurable rasgo de identidad" (Weiss y Ramakrishna, 2001).

Cualquier proceso de estigmatización afecta a los individuos del grupo estigmatizado y les condiciona en su vida diaria. La estigmatización produce efectos negativos que afectan a la calidad de vida de las personas que la sufren por darse un proceso social de exclusión. Como consecuencia de este proceso social de exclusión, las personas pertenecientes al grupo que lo experimenta sufren en muchos campos de la vida diaria un proceso de discriminación. Las expectativas disminuyen, desde el punto de vista de oportunidades de cursar estudios, oportunidades de empleo, oportunidades de progreso, integración en la sociedad, etc. y puede ocurrir que las personas estigmatizadas lleguen a interiorizar el estereotipo que reciben, formándose, a partir de él, una identidad social real, ajustada a lo que se espera (la profecía autocumplida).

Se entiende por "conciencia del estigma" el grado en que las personas pertenecientes a un grupo determinado esperan ser estereotipados por otros (Pinel, 1999), la conciencia de una persona o grupo de personas de ser estigmatizado por otra persona o grupo de personas. Pinel et al. (1999, 2004, 2005) indican que la conciencia de estigma refleja diferencias individuales (disposicionales o situacionalmente inducidas) en el contexto en el que las víctimas de estereotipos extendidos se centran en su estatus estereotipado y creen que estos impregnan (o dominan) sus experiencias en la vida.

Las personas con una conciencia de estigma alta tienden a creer que los estereotipos acerca de su grupo están presentes y afectan a sus interacciones con las personas del exogrupo. Y más generalmente que no pueden escapar de su estado estereotipado. En contraste las personas con conciencia de estigma baja aunque conscientes de sus estereotipos indican que regularmente su estatus estereotipado juega un papel menor (aunque importante) en sus experiencias vitales (Pinel et al., 2005). Tener "conciencia de estigma" tiene tanto ventajas como inconvenientes para las personas estigmatizadas, por ejemplo, una alta conciencia provocada por la situación o de manera individual en una persona puede afectar en su forma de comportarse si esa conciencia lleva consigo pensamientos distractores de la tarea. El grado de afectación de un prejuicio como estigma no depende únicamente del peso del prejuicio sino también de las cogniciones, sentimientos y actuaciones de la persona objeto del prejuicio (Bigler, Jones y Lobliner, 1997).

Un beneficio de esta conciencia es conocer como va a actuar la sociedad frente a un estigma y así adquirir habilidades para afrontarlo o conseguir una menor afectación emocional. Por ejemplo, son las personas con una alta "conciencia de estigma" las más capaces de rebatir los prejuicios que caen sobre ellas.

La "conciencia de estigma" puede aumentar en situaciones específicas. Ruggiero y Taylor en 1997 observaron que mujeres evaluadas por varios hombres de manera crítica razonaban sus puntuaciones basándose en el hecho de ser mujer si se les decía que uno de los hombres era sexista, minimizando la carga negativa de las críticas (Ruggiero y Taylor, 1997). Así mismo Cohen y Swim en 1995 afirman que la conciencia de estigma de una mujer aumenta si espera ser la única de su grupo en relación a si habrá más participantes femeninas (Cohen y Swim, 1995).

En este tipo de casos, donde las personas relacionan una crítica con la discriminación, pueden llevar consigo una disminución de la percepción de control y por consiguiente de autoestima (Ruggiero y Taylor, 1997), pudiendo caer en una "indefensión aprendida".

Sin embargo y como se decía anteriormente las personas con alta conciencia de los estigmas pueden tener también inconvenientes como por ejemplo la tendencia a confirmar con sus actuaciones los estereotipos sobre su grupo y a desestimar oportunidades para invalidarlos (Pinel, 1999).

La "conciencia de estigma" no depende del nivel de satisfacción de la persona con el grupo al que pertenecen. Solo hace falta la percepción del prejuicio

para tenerla. Puede haber una alta conciencia de estigma en personas que ocupan un lugar favorable en la sociedad. Los estereotipos influyen en la manera negativa de actuar frente al exogrupo y en forma de profecía autocumplida, retroalimentar el comportamiento del grupo estigmatizado de manera que se acerque a las creencias iniciales sobre ellos.

Estudios recientes muestran la influencia que la conciencia de estigma tiene en la calidad de vida. Carrasco, Martín y Molero (2013) han encontrado que existe una relación negativa entre la conciencia de estigma y la calidad de vida. Las personas discapacitadas que perciben en alto grado la estereotipación del grupo mayoritario, es decir, que tienen una mayor conciencia de estigma, perciben una menor calidad de vida. Además, esta relación negativa se presenta en tres de las cuatro dimensiones de la calidad de vida, en concreto, en el apoyo social, en la satisfacción general y en el bienestar físico y psíquico. Es decir, las personas con una mayor conciencia de estigma, perciben menor apoyo social, menor satisfacción general y menor bienestar físico y psíquico.

Asimismo uno de los factores principales que se tienen en cuenta en los estudios de la calidad de vida es la realización de un trabajo (Ardila, 2003), u otra actividad remunerada.

El objetivo del presente trabajo es analizar si hay diferencias en la conciencia de estigma en trabajadores en activo con discapacidad (física o sensorial) en función de las siguientes variables: Sexo, Edad, Estado Civil, Hijos, Puesto de trabajo, Nivel de estudios, Tipo de discapacidad, Razón de la discapacidad, Edad de la consciencia de la discapacidad, Edad en la que alcanzó el grado de discapacidad actual y Edad en la que se produjo el accidencite.

MÉTODO

Se realizó un diseño selectivo en el que la variable dependiente fue la "Conciencia de Estigma" de acuerdo con las definiciones indicadas anteriormente y la variables independientes fueron las siguientes: Sexo, edad, puesto de trabajo (*directivo, mando, técnico, administrativo o similar, operario o similar*), nivel de estudios (*estudios básicos o similares, bachiller o similar, formación profesional o similar, graduado universitario o similar – tres años-, ingeniero, licenciado o similar – 5 años o más-*), estado civil (*casado/a, soltero/a, viudo/a*), Hijos (*si, no*), número de hijos, tipo de discapacidad (*física, visual – excepto ciegos totales-, ciegos, auditiva, otras – especificar-*), razón de la discapacidad (*de nacimiento, sobrevenida por enfermedad – incluidos problemas degenerativos-, sobrevenida por accidente*), edad en la que se fue consciente de la discapacidad, edad en la que se alcanzó el grado de discapacidad actual.

Todas estas variables sociodemográficas fueron elegidas tras varias reuniones con personal especializado en discapacidad de Fundación ONCE.

PARTICIPANTES

Para realizar la investigación se ha tomado una muestra de 192 sujetos con distintas discapacidades: 90 con discapacidad sensorial (69 sujetos con discapacidad visual y 21 con discapacidad auditiva) y 102 con discapacidad física. Todos los sujetos de la muestra desempeñan un trabajo remunerado.

Los participantes se encuentran en un rango de edad entre los 23 y 55 años con una media de 36,40 y una desviación típica de 7,17. El 61% de los sujetos son mujeres mientras que el 38,8% son hombres. El 52,2% están casados y el 47,8% solteros. El porcentaje de sujetos que no tiene hijos es del 47,8% y el 52,2% si los tiene. Todos los sujetos de la muestra desempeñan un trabajo remunerado, el porcentaje mayor se encuentra en los trabajadores técnicos (43,3%), seguidos por los administrativos (26,9%), los operarios (13,4%), los mandos (10,4%) y por último los directivos, (6%). Respecto al nivel de estudios, tienen un nivel de estudios de Formación Profesional o similar el 22,4%, Bachiller o similar el 26,9%, Graduado Universitario o similar el 22,4% y son Licenciados, Ingenieros o similar el 28,4% restante.

Por discapacidades la muestra se dividió en: Discapacitados sensoriales, 90 sujetos (46,9%) (de los que 21 tenían una discapacidad auditiva (10,9% de la muestra total) y 69 tenían una discapacidad visual (35,9%)), 102 tenían una discapacidad física (53,1%).

Por el momento en que se produjo la discapacidad, ésta fue de nacimiento en 80 casos (41,7%), por enfermedad o problemas degenerativos en 83 casos (43,2%) y a causa de accidente en 29 casos (15,1%).

MATERIALES

El cuestionario utilizado es el Cuestionario de Conciencia de los Estigmas de Pinel (SCQ) (Stigma Consciousness: The Psychological Legay of Social

Stereotypes) (1999). Este test está compuesto por 10 ítems con una escala tipo likert de 7 puntuaciones, desde 0 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo), dirigido a mujeres y cuyo principal objetivo es el estudio de la conciencia de estigma en relación con las diferencias de sexo.

Previo a la aplicación del cuestionario se adaptaron las preguntas para que fueran comprensibles y respondidas por personas con discapacidad, para este trabajo se contó con la ayuda de personal especializado de Fundación ONCE y posteriormente se realizó una prueba de jueces en la Universidad Complutense. Además se adaptó la escala de medida para que las preguntas realizadas pudieran ser respondidas en una escala likert de 5 respuestas.

El cuestionario adaptado fue aplicado de dos maneras distintas dependiendo de la discapacidad que padecía cada sujeto. Para la población con discapacidad visual se empleó una adaptación informática que permitía la escucha de las preguntas y su posterior respuesta a través de mail. Para el resto de sujetos el test fue proporcionado en un formato físico de papel, este formato también pudo ser utillizado, de forma voluntaria, por los trabajadores con una discapacidad visual no total.

PROCEDIMIENTO

Los sujetos pertenecían, en gran parte, a empresas de Fundación ONCE. No se aplicaron los cuestionarios en Centros especiales de Empleo, por lo que las empresas eran todas ellas sociedades anónimas o limitadas. Asimismo se aplicaron los cuestionarios a varias empesas del sector de la distribución comercial.

La participación fue voluntaria. Los documentos se entregaron a todos los trabajadores con discapacidad de las empresas participantes. Posteriormente y durantye un plazo de dos semanas los trabajadores con discapacidad que quisieron participar en el estudio dejaban los cuestionarios de forma anónima en urnas que se encontraban en las recepciones de las empresas. Estas urnas fueron retiradas pasado el plazo mencionado por el investigador.

Los cuestionarios con adaptación informática para los trabajadores con discapacidad visual quedaban automáticamente registrados al finalizar la cumplimentación del mismo.

DISEÑO

Se realizo un diseño selectivo en el que la variable dependiente fue la "Conciencia de Estigma", siendo las independientes las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, número de hijos, puesto de trabajo, nivel de estudios, tipo de discapacidad, razón de la discapacidad, edad en la que se diagnósticcó la discapacidad, edad a la que se tuvo conciencia de la discapacidad u grado de la discapacidad.

Estas variables fueron elegidas tras diversas reuniones con personal de Fundación ONCE como las más representativas y posibles causantes de una menor o mayor conciencia de estigma.

RESULTADOS

Los resultados encontrados se prensentan en la tabla 1. Cómo se puede observar las variables que presentan diferencias significativas en el grado de conciencia de estigma son el sexo, el tipo de discapacidad, el nivel de estudios, la edad en la que se llegó al grado de discapacidad actual y la edad cuando se produce el accidente.

Tabla 1

Significación de las variables estudiadas en relación a la conciencia de estigma

Variables	Significación
Sexo	,005
Edad	,637
Estado civil	,134
Hijos	,995
Nº de Hijos	,213
Puesto de trabajo	,564
Nivel de estudios	,001
Tipo de discapacidad	,000
Razón de discapacidad	,378
Edad consciente discapacidad	,494
Edad grado discapacidad actual	,010
Edad en accidente	,000

El sexo de la persona discapacitada imprime diferencias significativas en la variable objeto de estudio (p<,05). Las mujeres obtienen una puntuación significativamente superior a la de los varones (2,8 en el primer caso frente a 2,5 en el segundo). De este modo, las mujeres poseen una mayor conciencia de estigma con el grupo de discapacitados que los hombres (ver tabla 2).

El nivel de estudios también presenta diferencias en el grado de conciencia de estigma (p<,05). Las personas con un nivel de estudios de Formación profesional o similar y las personas con graduado universitario presentan un mayor grado de conciencia de estigma (ver tabla 3). Mientras que las personas con bachillerato o licenciatura presentan un grado de conciencia de estigma menor.

Tabla 2

Medias de las variables objeto de estudio según sexo

		Hombre	Mujer
Conciencia de estigma	*M*	2,5	2,8
	DT	,52	,72

Tabla 3

Medias de las variables objeto de estudio según el nivel de estudios

		FP	Bachiller	Graduado	Licenciado
Conciencia de estigma	*M*	2,98	2,48	2,8	2,5
	DT	,69	,65	,85	,57

Tabla 4

Medias de las variables objeto de estudio según tipo de discapacidad

		Auditiva	Física	Visual
Conciencia de estigma	*M*	3,2	2,8	2,5
	DT	,67	,68	,58

Tabla 5

Medias de las variables objeto de estudio según la edad - grado

		<12	13-20	21-35	36-45	>45
Conciencia de estigma	M	2,81	2,48	2,67	2,28	2,17
	DT	,44	,36	,47	,74	,06

Tabla 4

Medias de las variables objeto de estudio según tipo de discapacidad

		<12	13-20	21-35	36-45	>45
Conciencia de estigma	M	1,96	2,22	3,52	3,44	2,67
	DT	,52	,00	,85	,00	,00

El tipo de discapacidad que padece la persona (visual, física o auditiva) resulta ser un factor de impacto en la Conciencia de estigma (p<,05). Las personas con discapacidad auditiva son por tanto las que presentan un nivel más elevado de conciencia de estigma. En cambio, las personas con discapacidad visual son las que presentan una menor conciencia de estigma.

En cuánto a la edad en la que alcanzaron el grado de discapacidad actual también presenta diferencias significativas en la conciencia de estigma (p<,05). Las personas que presentan un mayor grado de conciencia de estigma son aquellas que alcanzaron su grado de discapacidad actual antes de los 12 años. Aquellas personas que alcanzaron su grado de discapacidad actual a partir de los 36 años son los que presentan un menor nivel de conciencia de estigma (ver tabla5).

En último lugar, la edad a la que ocurrió el accidentes también parace influir en la conciencia de estigma (p<,05). En este caso, el mayor grado de conciencia de estigma lo presentan aquellos que tuvieron el accidente con edades comprendidas entre los 21 y 35 años y 36 y 45 años. (ver tabla 6).

DISCUSIÓN

La escasa bibliografía existente sobre los factores que más influyen en la conciencia de estigma de las personas con discapacidad, y más especialmente en los trabajadores con discapacidad, impiden realizar un análisis pormenorizado de la equivalencia de nuestros resultados con otros ya publicados.

Los procesos de estigmatización y en particular el grado en que las personas pertenecientes a grupos estigmatizados esperan ser estereotipados por parte de personas de los grupos mayoritarios, conciencia de estigma (Pinel, 1999), suponen, en gran medida un proceso de exclusión en la mayor parte de los casos que perjudica y empeora la calidad de vida de los sujetos estigmatizados (Carrasco, Martín y Molero, 2013). El trabajo es importante para la mejora de la misma (Ardila, 2003) .

Con esta primera aproximación a los factores principales de estudio podemos observar cuales serían las variables más significativas sobre las que se debería trabajar para alcanzar una mejor calidad de vida en personas trabajadoras en activo con discapacidad.

CONCLUSIONES

Los resultados que se han obtenido permiten afirmar que las mujeres discapacitadas tienen un nivel de conciencia de estigma superior a la de los hombres discapacitados. La razón puede ser la existencia de la percepción de una doble discriminación, por un lado ser mujer, por otro, ser discapacitada.

Pinel (1999) ya concluyó quer las mujeres, no discapacitadas, tenían una mayor conciencia de estigma por lo que nuestros resultados en trabajadoras discapacitadas coinciden con su estudio.

En el grupo de personas con discapacidad estudiado, el tipo de discapacidad que padecen tiene influencias sobre las variables conciencia de estigma. En efecto, las personas con discapacidad auditiva presentan un nivel más elevado de conciencia de estigma. Por el contrario son las personas con discapacidad visual las que presentan una menor conciencia de estigma.

La razón de todo ello puede estar ligada a la historia del asociacionismo de personas con discapacidad, donde la organización de ciegos es la más antigua trabajando con y para sus afiliados, esto podría explicar la menor conciencia de estigma de los discapacitados visuales. Por el contrario el aislamiento psíquico, social y de comunicación que produce la discapacidad auditiva puede llevar a estas personas a sentir más de cerca los estereotipos sobre su grupo.

También se han encontrado diferencias en las variables nivel de estudios en la que aparecen como personas con una mayor conciencia de estigma aquellas con grados medios de educación, es decir aquellos trabajadores con estudios de formación profesionale o estudios universitarios de grado medio (tres años), mientras que las personas que se encuentran con estudios en los extremos, estudios básicos, bachiller o licenciados poseen un menor grado de conciencia de estigma.

La Edad en la que se alcanzó el máximo nivel de discapacidad también muestra diferencias significativas observándose que presentan un mayor grado de conciencia de estigma aquellas que alcanzaron su grado de discapacidad actual antes de los 12 años.

Por último, en aquellos trabajadores con discapacidad cuya causa fue un accidente se observa un mayor grado de conciencia de estigma aquellos que que tuvieron el accidente con edades comprendidas entre los 21 y los 45 años.

En el global del grupo estudiado se observa que el momento en que se adquiere la discapacidad (nacimiento, enfermedad o accidente) no afecta a la conciencia de estigma.

Estas conclusiones llevadas a cabo en nuestro estudio abren paso a nuevos estudios que permitan mejorar la calidad de vida de los trabajadores con discapacidad. Asimismo abren el camino para estudiar las diferencias entre personas con discapacidad con trabajo remunerado y sin trabajo remunerado, así como el estudio de las causas por las que la conciencia de estigma afecta más a personas con una discapacidad determinada que a otras con otras discapacidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología, 35* (2), 161-164.

Bigler, R.S., Jones, L.C. y Lobliner, D.B. (1997). Social Categorization and the Formation of Intergroup Attitudes in Children. *Child Development, 68* (3), 530-543.

Carrasco L-F., Martín N. y Molero F. (2013). Stigma Consciousness and quality of life in persons with phisical and sensory disability. *Revista de Psicología Social, 28* 259-271.

Carrasco L-F. (2015). Conciencia de Estigma, Identificación con el grupo y Calidad de vida en personas con discapacidad auditiva. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Cohen, L.L. y Swim, J.K. (1995). The differential impact of gender ratios on women and men: Tokenism, Self-confidence, and expectations. *Personality and social psychology Bulletin, 9*, 876-884.

Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Social Stigma. En D. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology (4ª ed., Vol. 2*, pp. 504-553). Nueva York: McGraw Hill.

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Pinel, E.C. (1999). Stigma Consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 76,* 114-128.

Pinel, E.C. (2004). You're Just Saying That Because I'm a Woman: Stigma Consciousness and Attributions to Discrimination. *Self and Identity, 3,* 39-51.

Pinel, E.C. y Paulin, N. (2005). Stigma Consciousness at Work. *Basic and Applied Social Psychology, 27* (4), 345-352.

Pinel, E.C., Warner, L.R. y Chua, P.P. (1999) Getting There is Only Half the battle: Stigma Consciousness and Maintaining Diversity in Higher Education. *Journal of Social Issues. 61* (3), 481-506.

Ruggiero, K. M. y Taylor, D. M. (1997). Why minority group members perceive or do not perceive the discrimination that confronts them: The role of self-esteem and perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology, 72,* 373-389.

Weiss, M. G. y Ramakrishna, J. (2001) Research on Reducing Stigma. *Stigma and Global Health Conference*. Institute of Mental Health and Neuro Sciences, India.

ANÁLISIS DISCURSIVO ENTRE LAS CUATRO ESFERAS DE LA PERSONALIDAD EFICAZ EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DISCURSIVE ANALYSIS AMONG THE FOUR SPHERES OF EFFECTIVE PERSONALITY IN PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITY IN THE PRINCIPALITY OF ASTURIAS

Jesús Manuel Cedeira-Costales

Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología

Resumen

La personalidad eficaz es un constructo que engloba cuatro esferas de la personalidad que giran en torno al yo: Fortaleza, Demandas, Retos y Relaciones. En base a este se han realizado varios cuestionarios de evaluación y programas de intervención en diferentes contextos. En el presente trabajo se expone la realización de grupos de discusión realizados a personas afectadas por una discapacidad motórica por encima del 33%. Los resultados obtenidos arrojan los primeros análisis discursivos en una muestra de quince personas. Se detallan las conclusiones obtenidas en los ejes de discursivos, que engloban las cuatro esferas de la personalidad.

Palabras Clave: Personalidad, Motivación, Definición física, Discursos, Análisis discursivo.

Abstract

The effective personality is a construct that encompasses four areas of personality that revolve around me: Fortaleza, Claims, Challenges and Relationships. Based on this there have been several evaluation questionnaires and intervention programs in different contexts. In this paper, we illustrate the implementation of focus groups conducted for people affected by a motor disability over 33%. The results yield the first discourse analysis in a sample of fifteen. Details the findings obtained in lines of discourse, which encompass the four areas of personality.

Key words: Personality, Motivation, Physical definition, Discourses, Discourse analysis.

La "personalidad eficaz" es una constructo sobre el cual el grupo de investigación del profesor Dr. Francisco de Asís Martín del Buey (Universidad de Oviedo) ha venido trabajando durante los últimos doce años. Los últimos quince años se han realizado numerosas propuestas con el objetivo de sistematizar las investigaciones realizadas. Esas líneas de investigación se centran de forma prioritaria, a nuestro juicio en cuatro: las aportaciones de las distintas escuelas psicológicas respecto al concepto de madurez; la perspectiva de la teoría de las inteligencias múltiples; las aportaciones de la teoría sobre la inteligencia emocional; y finalmente los estudios realizados por Bandura sobre la autoeficacia.

Correspondencia: Jesús Manuel Cedeira Costales.
Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología.
Plaza Feijoo s/n 33003 Oviedo, España.
Correo electrónico:
E-mail: jesmac@telecable.es

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra recoge 72 personas siempre afectadas por una discapacidad física superior al 30%, residentes en el Principado de Asturias. La selección de la muestra fue llevada a cabo en nueve asociaciones de discapacitados físicos y un centro de apoyo a la integración. La media de edad de los participantes en el estudio fue de 47.14 años (desviación de 14.78) con un rango comprendido entre los 18 y los 77 años.

MATERIALES

El cuestionario final consta de 22 ítems tipo Likert a los que los participantes debían contestar puntuando cada uno de ellos del 1 a 5 en función de su grado de acuerdo o descuerdo. Surge de la adaptación del cuestionario de Personalidad Eficaz para adolescentes de Dapelo,

Marcone, Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández Zapico (2006) a personas con discapacidad física. El cuestionario de Personalidad Eficaz para adolescentes (2006) presentaba una alta carga académica que resultaba inadecuada para las características de la población diana del presente trabajo. Por lo tanto, se reformularon los ítems adaptándolos a población adulta y afectada por una discapacidad física. Se utilizó un lenguaje claro y sencillo, evitando la utilización de términos poco frecuentes o de difícil comprensión. Para el estudio de validez externa de esta prueba se ha utilizado el Cuestionario de Psicoemocionalidad de Rocabert, Gómez y Descals (2006). Consta de 36 ítems que describen comportamientos y formas de pensar que las personas pueden manifestar habitualmente en su vida diaria. También se trata de un cuestionario tipo Likert al que se contesta señalando la opción de respuesta que más se aproxima a la forma de comportarse o de pensar del sujeto evaluado.

FICHA TECCNICA GD 1	
SITUACIÓN LABORAL	Personas que nunca realizaron actividad profesional, o se hallan en situación de desempleo
EDAD	33 a 62 años
SEXO	Grupo mixto, 7 Hombres y 1 Mujer
NIVEL DE ESTUDIOS	Variedad de Niveles Educativos
FECHA	16 de Junio de 2011
LUGAR	Biblioteca del CAI de Viesques, Gijón
HORA	De 11 a 12 de la Mañana
DURACIÓN	1 Hora y 15 Minutos

FICHA TECCNICA GD 2	
SITUACIÓN LABORAL	Personas activamente en el mercado laboral y personas jubiladas
EDAD	34 a 60 años
SEXO	Grupo mixto, 2 Hombres y 5 Mujeres
NIVEL DE ESTUDIOS	Variedad de Niveles Educativos
FECHA	17 de Junio de 2011
LUGAR	Biblioteca del CAI de Viesques, Gijón
HORA	De 16 a 17 de la Tarde
DURACIÓN	1 Hora y 20 Minutos

EJES DEL GD Y ESTRUCTURA FACTORIAL DE PE Y DISCAPACIDAD FÍSICA
EJE 1.Capacidad Resolutiva
EJE 2. Disponibilidad relacional.
EJE 3. Autoestima.
EJE 4. Expectativa de futuro.
EJE 5. Eficacia resolutiva.
EJE 6. Asertividad.

PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios fueron administrados por componentes del equipo de investigación de Orientación y Atención a la Diversidad de la Universidad de Oviedo dirigido por el Profesor Martín Del Buey, debidamente formados en el constructo de Personalidad Eficaz y conocedoras de las características de la población objeto de este trabajo. Los cuestionarios fueron cumplimentados en las sedes de las asociaciones para personas con discapacidad a las que pertenecían los sujetos evaluados. En el caso de las discapacidades físicas severas los administradores realizaban visitas a domicilio y registraban las repuestas del evaluado en el caso de que este fuera incapaz de hacerlo por sí mismo.

DISEÑO

Se utilizó un diseño multimetedologico usando dos metodologías (cuantitativa y cualitativa).

RESULTADOS

Apoyados en el marco teórico expuesto en otras publicaciones del grupo de investigación, obtuvimos la adaptación del cuestionario de personalidad eficaz para personas con discapacidad física; en esta parte, mostramos de manera breve el análisis discursivo de grupos de discusión que se han llevado a cabo para esta fase metodológica del estudio, con dicha técnica se trabajaron igualmente las cuatro esferas de la personalidad eficaz con el fin de integrar los resultados de ambas aproximaciones. A continuación, tras mostrar las fichas técnicas de los dos GD, a modo de conclusiones detallamos los principales resultados obtenidos en cada uno de los ejes temáticos.

DISCUSIÓN

El presente trabajo persigue la evaluación de la Personalidad Eficaz en población con discapacidad

física de manera adaptada, fiable y válida. Con respecto a la consistencia interna, la prueba presenta una alta fiabilidad ("a" de Cronbach= .908).El bajo número de ítems que lo conforman (tan sólo 22 ítems) facilita la aplicación de la prueba, sobre todo si tenemos en cuenta las dificultades con las que esta población cuenta, y reduce los costos de aplicación y corrección en tiempo y esfuerzo para los implicados. El juicio de expertos, formado por personas afectadas por discapacidad física, garantiza en cierta medida la idoneidad de la adaptación de los ítems a la población de destino. Así, el cuestionario para la evaluación de la Personalidad Eficaz en personas afectadas por una discapacidad física se presenta como un instrumento adaptado y fiable para la evaluación de competencias personales y sociales en esta población. Con respecto a la validez del mismo, el análisis factorial exploratorio al que fue sometido arrojó seis factores de primer orden: Análisis Resolutivo (competencia en estrategias de afrontamiento y anticipación de resultados), Facilidad Relacional (competencia social en la relación con los demás), Autoestima Positiva (valoración positiva de uno mismo), Expectativa de Futuro (expectativas futuras optimistas y realistas), Eficacia Resolutiva (competencia en resolución de conflictos y toma de decisiones) y Asertividad (competencia comunicativa).

El análisis factorial de segundo orden arrojó un único factor, confirmando la presencia del constructo de Personalidad Eficaz que aquí se postula. Si ponemos en relación el constructo teórico de Personalidad Eficaz con los factores empíricos del cuestionario enmarcaríamos: dentro de la esfera Fortalezas del yo el factor "Autoestima Positiva"; dentro de la esfera Demandas del yo el factor "Expectativa de Futuro"; dentro de la esfera Retos del yo los factores "Análisis Resolutivo" y "Eficacia Resolutiva"; y dentro de la esfera Relaciones del yo los factores "Facilidad Relacional" y "Asertividad". El estudio de validez concurrente llevado a cabo con el Cuestionario de Psicoemocionalidad (Rocabert, Gómez y Descals, 2006) presenta el cuestionario para la evaluación de la Personalidad Eficaz en personas con discapacidad física como un instrumento válido para la evaluación de competencias personales y sociales. Los factores Iniciativa y optimismo, Persistencia y Expectativa de auto-eficacia del Cuestionario de Psicoemocionabilidad correlacionan de forma significativa, aunque en distinto grado, con los seis factores del cuestionario de Personalidad Eficaz. Además, el factor Empatía correlaciona también significativamente con todos los factores de Personalidad Eficaz a excepción de "Autoestima Positiva", es decir, con cinco de los seis factores. Y el factor Asertividad de la prueba de Rocabert Beut, Gómez Artiga y Descals Tomás (2006) también de forma significativa correlaciona con los factores "Análisis Resolutivo" y "Eficacia Resolutiva". Llama la atención que habiendo un factor en cada prueba que se le denomina asertividad no hayan correlacionado significativamente, y es que parece que el factor Asertividad en el cuestionario de Rocabert, Gómez y Descals (2006) está más relacionado con la parte que concierne al afrontamiento de problemas y la resolución de conflictos (esfera Retos del yo) del cuestionario de Personalidad Eficaz. Parece haber entonces, cierta relación entre cinco de los nueve factores que conforman el Cuestionario de Psicoemocionalidad y los factores del cuestionario de Personalidad Eficaz adaptado a población con discapacidad física con el análisis discursivo de los grupos de discusión. En definitiva, aquí se presenta un cuestionario breve, fiable, válido y adaptado a personas con discapacidad física para la evaluación de la Personalidad Eficaz.

CONCLUSIONES

→ EJE 1. En este eje se pretende evaluar y analizar la capacidad de identificar, distinguir y clasificar desde diferentes aspectos, así como las metas que busca el sujeto. Al principio se ven limitaciones respecto a su vida anterior. Quieren estar día a día lo más tranquilos posibles, se van integrando poco a poco y asimilan las limitaciones que tienen. Reconocen sus potencialidades como poder hablar, caminar… y aunque no puedan hacer deportes, reconocen hacer más cosas, como leer y tener más tiempo para estar con la gente. Aspiran a permanecer estables en su enfermedad y que se continúe con la investigación. Aspiran a seguir trabajando, a no caer en depresión y seguir viviendo tal cual. Mi meta, afirman, es caminar lo más posible para que la gente no viese mí discapacidad, hasta lograrlo; probar sistemas de rehabilitación, intentar llevar la vida de antes, con los apoyos y la constancia de tratar de mejorar. Lo más importante es el trabajo que tienen, les ayuda a salir adelante, manifiestan tener miedo a la inseguridad a la hora de tener que cuidar y ayudar a otras personas. Manifiestan infelicidad, no pueden ser felices, por no poder planificar acciones futuras, por no saber cómo se encontraran de salud a la hora de llevarlas a cabo. Encuentran un gran apoyo en el trabajo

e intentan por cualquier medio continuar con el trabajo que desempeñan para seguir adelante. Inseguridad a la inestabilidad de la enfermedad y por si les consideran aptos para volver a trabajar. Mejorar en lo físico. Tienen como meta ampliar su formación con el fin de acceder al mundo laboral. Manifiestan que si una persona sin discapacidad tiene problemas para lograr un trabajo, aún más lo es para uno que tiene discapacidad.

→ EJE 2. En este eje pretendemos evaluar la disposición para realizar relaciones con los demás sin esfuerzos; las relaciones con los demás, tanto a nivel de amigos como familiar, manifiestan que el nivel de limitación dificulta el poder hacer relaciones. Las personas que tienen una limitación leve, sus amigos se olvidan de dichas limitaciones, no les perciben como discapacitados. Cuando la gente sabe de su discapacidad, también ocurre que ofrecen demasiada sobre protección. Mucha gente se cuestiona que cuando adquieres una discapacidad, tu pareja te debería dejar. Es una cosa natural que no debe concebirse así, pues, en su opinión, sigue siendo la misma persona, y si estás a gusto con una persona, porqué dejarla, aunque pueda ocurrir, esto es igual a personas con discapacidad o sin ella. En los casos en que las parejas se abandonan cuando aparece la discapacidad, agravan aún más la discapacidad, porque te abandonan por la enfermedad y además padeces la enfermedad. Manifiestan tener mucho apoyo de sus familias y en los trabajos, donde comprenden sus limitaciones. Manifiestan que al cambiar de trabajo, se pierden los lazos y vinculaciones con los anteriores compañeros, al ir teniendo menos puntos en común y tienes que ir adaptándote a los nuevos compañeros de trabajo. Que las amistades que se pueden hacer son amistades breves, los amigos de siempre, van desapareciendo por las circunstancias de la vida, casamiento, trabajo. Manifiestan que no quieren la amistad para que se compadezcan de ellos. Destacan que es más fácil conservar las amistades de la adolescencia, que es la época que más se busca la pertenecía al grupo. Estas amistades comentan que son las más leales y a las que se puede acudir en busca de apoyo. Manifiestan apertura a conocer nuevas gentes y que estas nuevas personas son simplemente conocidos en los que no se sabe si se puede confiar y son conocidos que valen para un rato en general. Creen que la familia, por el hecho de quererles, nos infravalora un poco, porque tenemos una enfermedad o un tipo de disminución. En todo grupo humano, hay disputas…, pero en el fondo hay cariño y sabemos que los unos podemos contar con los otros, "sólo un pequeño pero, que a lo mejor siempre se está sobreprotegido", también siempre se deja de hacer lo que se da la gana hacer, dentro de un límite y ahora se ve que no es todo bueno en la vida, salir, conocer gente y divertirse, hay cosas más importantes.

→ EJE 3. En este eje se pretende evaluar como los sujetos se valoran acerca de sí mismos, así como cuál es su identidad. Por los niños, se ven valorados, como personas mayores, por las personas de media edad, como personas que tienen un problema y necesitan un apoyo y por las personas mayores, sienten pena, sin embargo ellos, no quieren dar pena y asimilan el problema que tienen. Aunque se dan cuenta de sus dificultades, piensan que aun las hay mayores de las que ellos tienen. La gente les echa una mano, porque les ve diferentes, incluso, algo inútiles. Le ven ventaja a su situación, ya que les ayuda a tener su tiempo y a delimitar si pueden hacer una cosa o no. Sacan fuerzas y se vinculan al movimiento asociativo, con el fin de que la lucha les motive. Consideran que la vida es enfermedad desde que nacemos, enfermamos y "el que piense que no, está muy equivocado, porque le va a tocar de un momento a otro y las hay diversas y de todo". Piensan que la gente cuando ve a un discapacitado en silla de ruedas, lo primero que ve es la silla y no a la persona y eso va a seguir siendo así, nadie se da cuenta de que son inválidos en potencia, no puedes quitar ese pensamiento y les da pena. Pese a que hoy en día los medios de comunicación demuestran que las personas en silla de ruedas pueden hacer vida normal: trabajar, deporte y otras actividades; no obstante, el sentimiento de pena no cambia. Les es mucho más fácil identificar cómo se ven ellos mismos que cómo les ven los demás. "Preocupaciones todos las tenemos, pero no hay que destaparlas, para que él enemigo se ría".

→ EJE 4. En este eje queremos medir la expectativa de futuro. La esperanza de conseguir algo, teniendo en cuenta la posibilidad de que algo suceda, o esté por venir. Seguir luchando por las mismas cosas que se hacen y seguir con algunas actividades que se realizan en diferentes momentos y seguir viviendo y disfrutando de la vida y disfrutando de los amigos y de la enfermedad, allá ella como sea. No planifican el futuro, por miedo a no poder llevar a cabo situaciones por la enfermedad, prefieren vivir el día a día, viviendo el presente y con el recuerdo del pasado. Algunos tan sólo desean vivir el presente de una forma egoísta y tan sólo pensando

en ellos mismos. Otros no pueden ser cómodos y no desean depender de otras personas, buscando medios para ser menos autónomos y menos dependientes, sin caer en la compasión desmesurada. Intentan que los demás reconozcan sus límites y sus limitaciones, es decir, más autodeterminación. Algunos planifican su futuro, intentando lograr un trabajo acorde a sus limitaciones y que les motive. También quieren planificar su futuro, viviendo de una forma tranquila, serena y no cometiendo errores realizados en el pasado y no intentar comenzar cosas que no se pueden conseguir.

→ EJE 5. A través de este eje se quiere medir la capacidad del efecto que se desea o espera con rapidez y autodeterminación. Este eje no se ha desarrollo ya que se aborda de una forma indirecta en el eje de las metas.

→ EJE 6. En este eje se pretende evaluar la asertividad, entendiéndola como comportamiento comunicacional maduro, en el cual la persona no agrede, ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos. Manifiestan que de una forma indirecta, este eje ya lo han tratado en otros ejes. Para ellos las cosas hay que pedirlas para que se hagan y consideran que hay que reclamar más rehabilitación, más investigación, que mejore la calidad de vida. Ven que los derechos están bien, pues no se cumplen. Los derechos que están marcados en la Constitución para los discapacitados, "no se cumplen porque faltan medicamentos, falta que la sociedad se haga cargo de lo que cuesta esto, porque si necesitas una silla eléctrica, tienes que esperar cinco meses para que la paguen". Consideran que todavía falta mucho por conseguir, se consiguió las asociaciones, que están haciendo un papel muy importante, porque sacan afuera a la sociedad el problema de la gente con limitaciones y queda muchísimo todavía, pero hace falta mucho dinero que se invierte en otras cosas y no en estos casos. Reclaman mejor asistencia médica y mejores equipos médicos frente al derroche económico de las nuevas inversiones (la construcción de nuevos y costosos hospitales). El trabajo ayuda a poder mejorar en la defensa de los derechos que de una forma personal no se defenderían.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvira, F. (1982). La perspectiva cualitativa y cuantitativa en las investigaciones sociales. *Estudios de Psicología*, *11*, 35 -69.

Clemente, M. (1992). *Psicología Social*. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Eudema.

Dapelo B., Marcone Trigo, R., Martín del Buey, F., Martín Palacio, E. y Fernández Zapico, A. (2006). Adaptación Chilena del Cuestionario de Personalidad Eficaz para Adolescentes. *Psicothema*, *18 (1),* 130-134.

Ibáñez, J. El grupo de discusión: fundamento metodológico y legitimación epistemológica. En Latiesa, M. *El pluralismo metodológico en la investigación social: ensayos típicos.* Granada: Universidad de Granada.

López, J.M. (2011). Tipologías modales multivariadas de personalidad eficaz en población adulta de 30 a 60 años. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Oviedo, España.

Marcone Trigo, R. (2004). Evaluación de la personalidad eficaz en contextos educativos: primeros resultados. Chile: *Revista de Orientación Educacional, 33-34,* 79-101.

Martín del Buey y Col. (2005): Escala de autoeficacia en la acción docente: versión preliminar en contextos de Práctica pedagógica. *Revista de Orientación educacional*. Nº 35. U. Playa Ancha. Chile.

Martín del Buey, F. Martín Palacio, .E. Fueyo, E. Granados, P. Fernández Zapico, A, Dapelo, B. Marcone, R. Bermúdez, T (2008): Evaluación de la Personalidad Eficaz en Educación Primaria. Comunicación presentada en el V Congreso Internacional de Psicología y Educación. 23 de Abril en Oviedo. En Actas del Congreso (pp. 122-123).

Rocabert Beut, E.; Gomez Artiga, A; Descals Tomás, A (2006) Elaboración de un cuestionario de personalidad eficiente para el análisis de la conducta vocacional universitaria. *Revista galego-portuguesa de psicoloxia e educación: revista de estudios e investigación en psicología y educación, 13,* 399-412

Romero Biesca, M. (2001). *Motivación, atribución, expectativas y rendimiento académico en la Enseñanza Secundaria Obligatoria*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.

Pizarro, J.P., Arnaiz, A., Guerra, P., & Calleja, G.M. (2010). Personalidad Eficaz y cine: análisis fílmico en clave psicoeducativa. International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD: *Revista de Psicología.* Psicología Positiva, nuevas tecnologías y realidad actual, 4, 219-228.

Pizarro, J.P. (2012). Evaluación de competencias personales y sociales en contextos de educación primaria. (Tesis Doctora inédita). Universidad de Oviedo, España.

EFECTO CONJUNTO DEL GÉNERO, EDAD Y ETIOLOGIA EN LA CONDUCTA ADAPTATIVA EN UNA MUESTA DE ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

JOINT EFFECT OF GENDER, AGE, AND ETIOLOGY OF INTELLECTUAL DISABILITY ON ADAPTIVE BEHAVIOR IN A SAMPLE OF ADULTS

Begoña Medina Gómez
Universidad de Burgos (España)

Resumen

Este estudio busca identificar si existen diferencias en la conducta adaptativa en 75 adultos con Discapacidad Intelectual (DI) al estudiar el efecto conjunto del género, la edad y la etiología de la discapacidad. Se identificaron tres causas: síndrome de Down (25,3%), síndrome X Frágil (22,66%) y desconocida (52%). Los análisis se realizaron mediante MANOVA. Se encontraron efectos significativos principales del género y etiologia en algunos de los dominios de conducta adaptativa pero no en la interacción entre las variables. Se halló que las mujeres en actividades domésticas, socialización y en la suma total de conducta adaptativa, y los participantes de etiología desconocida en todos los dominios, salvo en desarrollo físico, actividades prevocacionales–vocacionales, autodeterminación y en la suma total obtenían las puntuaciones más altas. Dado que la conducta adaptativa se aprende, analizar en qué dominios se presentan más limitaciones permitirá establecer intervenciones más ajustadas a las necesidades de cada persona.
Palabras clave: Discapacidad Intelectual, Síndrome X Frágil, Síndrome de Down, Conducta Adaptativa, Etiología.

Abstract

This study aims to identify if there are differences in adaptive behavior in 75 adults with Intellectual Disability (DI) when studying the joint effect of gender, age and etiology of disability. Three causes were identified: Down Syndrome (25.3%), Fragile X syndrome (22.66%) and unknown (52%). Analyzes were performed using MANOVA. Significant main effects of gender and etiology were found in some of the domains of adaptive behavior, but not in the interaction between variables. It was found that women in domestic activities, socialization and total sum of adaptive behavior, and participants of unknown etiology in all domains, except in physical development, pre-vocational-vocational activities and self-determination, and in the sum total obtained scores higher. Since adaptive behavior is learned, analyzing where the most limitations occur will allow interventions to be tailored to the needs of each person.
Keyword: Intellectual Disability, Fragile X Syndrome, Down Syndrome, Adaptive Behavior, Etiology.

La Discapacidad Intelectual (DI) se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa y se origina antes de los 18 años. En la actualidad se cree que no es únicamente el CI (Cociente Intelectual) lo que determina el funcionamiento en la vida adulta, la conducta adaptativa tiene un papel relevante incluso más que el CI. La conducta adaptativa es un constructo multidimensional que se define como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria (Schalock et al., 2010). Las limitaciones que en conducta adaptativa manifiestan las personas con DI afectan al funcionamiento individual y resultan siempre visibles, por ello, forma parte de los criterios para el diagnóstico, clasificación y establecimiento de los apoyos necesarios en esta discapacidad (APA, 2013; Schalock et al., 2010).

Correspondencia: Begoña Medina-Gómez
Facultad de Educación. Universidad de Burgos
C/ Villadiego s/n.
09001 Burgos. España
E-mail: bmedina@ubu.es

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2007) reporta que la etiología de la DI es desconocida en el 60% de los casos. Moskowitiz y Jones (2015) indican que puede tener su origen en múltiples causas, entre el 30-50% de los casos se asocia la causalidad a síndromes genéticos muy diversos, entre los más conocidos por su incidencia están el Síndrome X Frágil (SXF) y el Síndrome de Down (SD). En el último estudio realizado en España, en el caso del SXF, la prevalencia aproximada fue 1/6000 varones y 1/8000 mujeres (Tejada, 2010). En cambio, en el SD es 1/800 ó 1/1100 nacimientos (OMS, 2001).

El SXF está provocado por una expansión de repeticiones de Citosina-Guanina-Guanina en el gen FMR1 situado en el cromosoma X que provoca una falta de proteína FMR1 (Fragil X Syndrome Mental Retardation Protein). Ésta proteina es la responsable de la existencia de determinadas caracteristicas cognitivas, físicas y conductuales en este sindrome aunque se observa una alta variabilidad en el fenotipo físico y cognitivo-conductual de unos individuos a otros (Artigas, 2011; De Diego, 2014).

El SD esta ocasionado por la aparición de un cromosoma extra en el par 21, lo que origina perturbaciones en la expresión de diversos genes. La característica común de la mayoría es la DI (Robles y Calero, 2008), pero también, se observa una amplia diversidad de características psicomotoras (Buzunáriz y Martínez, 2008), comunicativas (Roberts et al, 2007) y conductuales (Chapman y Hesketh, 2000).

Los escasos estudios que analizan la conducta adaptativa en el SXF y en el SD muestran que las puntuaciones en socialización son más bajas en el SXF, probablemente porque tienen más limitaciones para conseguir una adecuada adaptación social, ya que presentan características fenotípicas como hiperactividad, aislamiento social o pobre funcionamiento social que dificultan un buen ajuste social (Bargagna, Canepa y Tinelli, 2002). Zhu et al. (2016) también observaron en niños con SXF menores puntuaciones en socialización, actividades prevocacionales-vocacionales y autodeterminación que en niños con SD. En cambio, las personas con SXF tienen mejores habilidades para manejarse de manera independiente en la vida diaria (Burack, Shulman y Katzir, 1999).

Las investigaciones realizadas sobre el estudio de la conducta adaptativa en personas con DI se han centrado en población infantil y son escasas en población española. El objetivo de este estudio fue analizar si la conducta adaptativa difiere en función del género, edad y etiología de la DI. Este conocimiento ayudará a crear un modelo de análisis del comportamiento que podría conducir al estudio de las fortalezas y dificultades más comunes en las personas con síndromes genéticos, lo que llevará directamente al diseño de intervenciones más adecuadas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 75 adultos, 64% varones y 36% mujeres, entre los 24 y 69 años (*M* = 37,26; *DT* = 10,72). El 22,7% con SXF (*M* = 39,06; *DT* = 13,00), el 25,3% con SD (*M* = 41,21; *DT* = 7,38) y el 52% de etiología desconocida (*M* = 34,56; *DT* = 10,50).

Todos los participantes acudían a instituciones de Burgos y provincia (España). La muestra fue constituida por las personas de estos centros que accedieron a participar y con un nivel de CI moderado (55-40) para evitar que las posibles diferencias en conducta adaptativa se pudieran deber al nivel de inteligencia, puesto que algunos autores indican que a mayor nivel de CI mayores puntuaciones en conducta adaptativa (Carrillo, 2013; Medina, García y Antolín, 2015). En la Tabla 1 se recogen datos sociodemográficos de la muestra.

Tabla 1
Características sociodemográficas

		SXF		SD		Otros	
		n=17 (22,66%)		*n*=19 (25,33%)		*n*=39 (52%)	
Características		*n*	%	*n*	%	*N*	%
Edad	<30	6	35,3	2	10,5	18	46,2
	31-40	4	23,5	5	26,3	11	28,2
	>41-50	7	41,2	12	63,2	10	25,6
Nivel socioeconómico	Muy bajo	-	-	-	-	3	7,7
	Bajo	4	23,5	2	10,5	14	35,9
	Medio	11	64,7	13	68,4	20	51,3
	Alto	2	11,8	4	21,1	2	5,1
Tipo de Residencia	Familiar	14	82,4	15	78,9	30	76,9
	Institución	3	17,6	4	21,1	9	23,1

Nota: SXF: Síndrome X Frágil, SD: Síndrome de Down

Se compararon las medias de edad entre los tres grupos y no se observaron diferencias significativas [$F(2,72) = 2,905$; $gl=2$, $p = ,061$].

MATERIALES

Se utilizó la Escala de Conducta Adaptativa-Residencia y Comunidad: Segunda Edición (ABS-RC:2; Nihira, Leland y Lambert, 1993), ya que es la más usada para evaluar la conducta adaptativa en estudios de investigación (Harries et al., 2005; Tassé et al., 2012) y puede aplicarse hasta los 69 años. Consta de dos partes: la primera evalúa conducta adaptativa con 73 ítems agrupados en diez dominios y la segunda, conducta desadaptativa con 41 ítems en ocho dominios. En este estudio sólo se analiza la conducta adaptativa (ver Figura 1), ya que la conducta desadaptativa no la presentan todas las personas con DI y no se considera en la evaluación, tratamiento y establecimiento de apoyos en este colectivo.

Los ítems de la escala se puntúan de dos maneras, en algunos se selecciona solamente el nivel más alto de conducta de la persona y en otros, si ésta puede realizar la conducta o no. Posteriormente se realiza el sumatorio de las puntuaciones.

En un estudio previo, Medina et al. (2015) pudieron comprobar que la versión traducida y adaptada al español del ABS-RC:2 tiene una excelente consistencia interna en los dominios de conducta adaptativa (,91), coeficiente de fiabilidad test-retest (,88), fiabilidad interevaluadores (,96). Asimismo criterialmente correlaciona positivamente con las categorías equivalentes del Inventario para la Planificación de Servicios (ICAP, traducida y adaptado al español por Montero,1993).

Funcionamiento independiente: comer, uso del aseo, limpieza, apariencia, cuidado de la ropa, vestirse y desvestirse, viajar, otras actividades
Desarrollo físico: desarrollo sensorial y motor
Actividades económicas: uso del dinero, comprar
Desarrollo del lenguaje: expresión, comprensión y desarrollo del lenguaje
Números-tiempo: manejo y concepto de número y tiempo
Actividades domésticas: limpieza de habitaciones, ropa, poner y quitar la mesa, cocinar y otras actividades
Actividades prevocational-vocational: complejidad y realización de trabajos
Autodeterminación: iniciativa, perseverancia,…
Responsabilidad: cuidado de pertenencias personales y responsabilidad
Socialización: cooperación, consideración, conciencia e interacción con otras personas, participación en actividades de grupo, egocentrismo y madurez social

Figura 1
Dominios de conducta adaptativa: Escala ABS-RC: 2

PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo durante dos años. En primer lugar, se informó y se solicitaron los permisos correspondientes a las entidades que aportaron participantes al estudio. Con ayuda de los psicólogos de los centros y a partir de los datos que figuraban en las historias clínicas, se realizó una primera selección de los participantes que cumplían con los criterios de inclusión. Posteriormente, se les pidió el consentimiento informado para colaborar en el estudio. Una vez constituida la muestra y antes de aplicar la escala, se entrenó a los examinadores (con más de 10 años de experiencia y conocedores de las personas evaluadas) en la administración de la escala. El equipo investigador facilitó asesoramiento ante las dudas que surgieron durante el proceso de evaluación.

DISEÑO

Se llevo a cabo un estudio exploratorio, descriptivo y experimental.

Las características de las muestras se analizaron mediante estadística descriptiva, los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS-22.

Para saber si existían diferencias en la conducta adaptativa (dominios y suma total) en función del género, edad y etiología, se realizó un análisis multivariado de varianzas (MANOVA). Previamente se comprobó la normalidad de las variables independientes a través del análisis de la simetría y la curtosis, obteniéndose valores inferiores a 2, lo que indica la distribución normal de los datos según Currane, West y Finch (1996), salvo la curtosis de la variable etiología que está muy próxima a ese valor (curtosis=2,107). El análisis también muestra ausencia de multicolinealidad ya que los valores de la matriz de correlaciones son relativamente bajos (Tabla 2)

Cuando se encontraron diferencias estadisticamente significativas en los efectos principales o las interacciones se realizaron ANOVAs simples para las variables dependientes y si resultaban estadisticamente significativas se utilizó la prueba de Bonferroni. El tamaño

del efecto se calculó mediante eta parcial cuadrado ($\eta 2$) siguiendo la interpretación de Cohen (2002).

RESULTADOS

El objetivo de este estudio fue analizar si existen diferencias en la conducta adaptativa en adultos con DI en función del género, edad y etiologia. Los resultados mostraron importantes efectos principales significativos sobre los distintos dominios y en la suma total de la conducta adaptativa en la variable género (*Traza de Pillai*= ,476; *F*(11,48)=3,964; *p*= ,000; η^2 = ,476) y en etiología (*Traza de Pillai*= ,625; *F*(22,98)=2,027; *p*= ,010; η^2 = ,313) con un tamaño de efecto que puede considerarse como mediano en el primero de los casos y entre pequeño y mediano en el segundo. Pero no existe significatividad en cuanto a la edad (*Traza de Pillai*= ,518; *F*(22,98)=1,556; *p*= ,171; η^2 = ,259). En el caso de la interacción entre las variables, tampoco se encontraron efectos significativos en ninguna: género y edad (Traza de Pillai= .177; *F*(22,98)=,431; *p*= ,987; η^2 = ,088), género y etiología (Traza de Pillai= .405; *F*(22,98)=1,133; *p*= ,328; η^2 = ,203), edad y etiología (*Traza de Pillai*= ,675; *F*(44,204)= ,941; *p*= ,581; η^2 = ,169) y entre género, edad y etiología (Traza de Pillai= ,482; *F*(33,150)= ,869; *p*= ,673; η^2 = ,161).

Ya que cabe la posibilidad de que los efectos en cuanto al género y la etiologia se pudieran deber a la existencia de diferencias entre medias, se realizaron ANOVAS y la prueba de Bonferroni. En la Tabla 3 se recogen las diferencias estadisticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por los hombres y mujeres, y en función de la etiología en los dominios de conducta adaptativa. En actividades domésticas, socialización y en la suma total, las mujeres puntúaron más alto que los varones. En lo referente a la etiología, son los participantes de causa desconocida los que puntúaron más que los que tienen SXF o SD en todos los dominios, salvo en desarrollo físico, actividades prevocacionales–vocacionales, autodeterminación y en la suma total. Entre los grupos SXF y SD no se observaron diferencias estadisticamente significativas en ninguno de los dominios ni en la suma total.

Tabla 2

Matriz de correlaciones entre género, edad, etiología y conducta adaptativa

	Género	Edad	Etiología
Género	1	,397	,003
Edad	,397	1	,088
Etiología	,003	,088	1
Funcionamiento independiente	,377	0,12*	,73
Desarrollo fisico	,247	,12**	,014*
Actividades económicas	,890	,165	,015*
Desarrollo del lenguaje	,536	,012	,556
Números y tiempo	,843	,006**	,034*
Actividades domésticas	,002**	,062	,683
Actividades prevocacional-vocacional	,495	,013*	,606
Autodeterminación	,465	,222	,295
Responsabilidad	,688	,217	,691
Socialización	,558	,062	,187
Suma total de conducta adaptativa	,164	,010*	,362

** La correlación es significativa en el nivel ,01 (bilateral)
* La correlación es significativa en el nivel ,05 (bilateral)

Tabla 3

Comparaciones de medias y tamaños del efecto del género y etiología en los dominios y la suma total de conducta adaptativa

	Género					Etiologia					
	H	M				SXF	SD	Otras			
Dominios	M(DT)	M(DT)	F	sig	d	M(DT)	M(DT)	M(DT)	F	Sig	d
Funcionamiento independiente	87,46(15,08)	91,63(15,97)	3,179	,08	,05	86,00(11,65)	78,63(12,19)	95,28(15,42)	5,884	,00	,17
Desarrollo fisico	22,65(1,87)	22,19(2,69)	,013	,91	,00	23,00(1,22)	21,63(1,83)	22,67(2,58)	,861	,43	,03
Actividades económicas	8,58(5,60)	7,74(4,42)	,269	,61	,00	6,35(2,45)	4,21(2,53)	11,10(5,36)	9,717	,00	,25
Desarrollo del lenguaje	26,94(9,80)	28,41(8,03)	2,773	,10	,05	22,47(5,70)	21,26(6,40)	32,67(8,53)	10,479	,00	,26
Números-tiempo	8,67(4,45)	8,59(3,88)	2,638	,11	,04	7,06(3,42)	4,84(2,57)	11,18(3,44)	16,217	,00	,36
Actividades domésticas	7,94(3,86)	11,00(4,41)	16,012	,00	,22	7,29(3,55)	6,84(3,04)	10,87(4,37)	5,456	,01	,16
Actividades prevocacionales-vocacionales	8,98(2,05)	9,04(1,95)	1,694	,20	,03	8,82(1,91)	8,37(2,03)	9,38(1,98)	,704	,50	,02
Autodeterminación	16,65(4,00)	17,00(3,36)	2,460	,12	,04	15,29(3,65)	16,16(3,35)	17,72(3,81)	,725	,49	,02
Responsabilidad	7,88(1,64)	7,96(1,40)	1,470	,23	,02	7,41(1,37)	7,21(1,58)	8,46(1,43)	3,589	,03	,11
Socialización	19,63(3,73)	20,89(2,93)	5,973	,02	,09	19,06(2,51)	18,47(3,31)	21,31(3,55)	3,627	,03	,11
Suma total conducta adaptativa	215,33(15,50)	224,44(41,24)	4,468	,04	,07	202,76(31,76)	187,63(31,93)	240,62(42,02)	8,214	,00	,22

DISCUSIÓN

En este estudio los resultados del análisis de la conducta adaptativa en adultos DI sugieren que las mujeres con DI obtienen mayores puntuaciones que los varones en actividades domésticas, socialización y en la suma total de conducta adaptativa, en el resto de dominios no se encuentran estas diferencias. Probablemente se deba a que, al igual que en población general, sigue vigente la idea de que las tareas domésticas son propias y asignadas en función del sexo, considerando como algo natural el hecho de que las mujeres, tengan o no DI, asuman las tareas domésticas (Melero, 2010). Dado que la conducta adaptativa se aprende, el analizar dónde se presentan más limitaciones permitirá establece intervenciones más ajustadas a las necesidades de cada persona, cuántas más oportunidades tenga la persona de ejecutar una habilidad más la adquiere y usa (Husty, 2014).

Curiosamente no existen diferencias en función de la edad, probablemente porque en la adquisición y uso de la conducta adaptativa influya más el nivel de CI, la participación continua en programas formativos y las oportunidades que den los contextos que la edad. Realizar estudios en un futuro con personas con otros niveles de discapacidad, longitudinales, que analicen éstas y otras variables, contribuiría a profundizar en el estudio de este constructo.

En cuanto a la etiología no existen diferencias entre los grupos en el dominio desarrollo físico. Numerosos autores consideran que este dominio ha de ser eliminado del repertorio de conducta adaptativa (Harries et al., 2005), al hacer referencia a habilidades sensoriales y motoras que no se aprenden. Tampoco se han encontrado en actividades prevocacionales-vocacionales y autodeterminación. Una posible explicación es que los participantes son usuarios de centros ocupacionales y además, la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008) ha supuesto un gran paso en el empoderamiento de las personas con DI.

Contrariamente a lo hallado por Bargagna et al. (2002) que indican que las personas con SXF funcionan de manera más independiente y tienen menos habilidades sociales que las personas con SD o a los hallazgos de Zhun et al. (2016) que sugieren que los adultos con SD tienen más iniciativa, son más activos, prestan más atención y son más persistentes (Autodeterminación) que los adultos con SXF, en este estudio no se encontraron diferencias en estos dominios ni en otros. Probablemente porque se analizó una muestra de personas adultas que ha tenido la oportunidad de seguir adquiriendo habilidades a lo largo de su vida.

Como todo trabajo empírico, éste no está exento de limitaciones. Es posible que el conocimiento previo del fenotipo de los evaluados haya podido influir en las respuestas de los examinadores a los ítems. Asimismo la escala utilizada no recoge con la misma profundidad el análisis de todos los dominios de conducta adaptativa y además, algunos aspectos específicos del fenotipo de cada etiologia han podido quedar sin contrastar.

CONCLUSIONES

Profundizar en el conocimiento de las causas de la DI en aquellos casos que aún son desconocidas podría ayudar a dar una mejor atención a esas personas, ya que los resultados de este estudio dejan claro las diferencias en el funcionamiento adaptativo de unas personas a otras. Obtener perfiles conductuales (y cognitivos) característicos de distintos síndromes que cursan con DI facilitaria el establecimiento de los apoyos necesarios para conseguir el mayor desarrollo de las personas que los presentan. Estos hallazgo podrían orientar en el establecimiento de los objetivos de la intervención en edades tempranas para incrementar las fortalezas en conducta adaptativa, de tal manera que se diseñaran planes de actuación más efectivos y recursos más apropiados a cada persona. Los avances en este conocimiento deberían estimular la investigación sobre la influencia de alteraciones genéticas y otras causas sobre la conducta adaptativa en personas con DI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-V*). *American Psychiatric Pub.*

Artigas, J. A. (2011). Síndrome X frágil. En J. A. Artigas y J. Narbona (Coord.). *Trastornos del neurodesarrollo*. (pp. 101-120). Barcelona: Viguera Editores.

Bargagna, S., Canepa, G. y Tinelli, F. (2002). Social adjustment in children with down mental retardation (MRD) and fragile X mental retardation (MRX). *Panminerva Médica,* 44(1), 7-10.

Burack, J. A., Shulman, C., Katzir, E., Schaap, T., Brennan, J. M., Iarocci, G., et al. (1999). Cognitive and behavioural development of Israeli males with fragile X and Down syndrome. *International Journal of Behavioral Development, 23*(2), 519-531.

Buzunáriz, N. y Martínez, M. (2008). El desarrollo psicomotor en los niños con síndrome de Down y la intervención de fisioterapia desde la atención temprana. *Revista Médica Síndrome Down, 12*(2), 28-32.

Carrillo, M. (2013). Inteligencia, conducta adaptativa y calidad de vida. Interacciones explicativas de la discapacidad intelectual y la intervención optimizadora (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.

Chapman, R. S. y Hesketh, L. J. (2000). Behavioral phenotype of individuals with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 6*, 84-95.

Cicchetti, D. V. y Sparrow, S. A. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: applications to assessment of adaptive behavior. *American journal of mental deficiency*.

Cohen, E. (2002). Educación, eficiencia y equidad: una difícil convivencia. *Revista Iberoamericana de educación, 30*, 105-124.

Curran, P. J., West, S. G. y Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*(1), 16.

De Diego, Y. (2014). Aspectos históricos y genéticos del síndrome X frágil. En B. Medina, I. García y Y. de Diego (Coord.). *Síndrome x Frágil. Manual para profesionales y familiares.* (pp. 25-38). Tarragona: Altaria.

Esbensen, A. J., Bishop, S., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S. y Taylor, J. L. (2010). Comparisons between individuals with autisms spectrum disorders and individuals with Down syndrome in adulthood. *American Journal on Intellectual and Developmental* .

Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nettelbeck, T. y Taplin, J. (2005). Support neeSD and adaptive behaviors. *Journal Information, 110*(5).

Hessl, D., Tassone, F., Cordeiro, L., Koldewyn, K., McCormick, C., Green, C., ...et Hagerman, R. J. (2008). Brief report: Aggression and stereotypic behavior in males with fragile X syndrome Moderating secondary genes in a "single gene" disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(1), 184-189.

Hustyi, K. M., Hall, S. S., Jo, B., Lightbody, A. A., Allan, L. y Reiss, A. L. (2014). Longitudinal trajectories of aberrant behavior in fragile X syndrome. *Research in Developmental Disabilities 35*, 2691-2701.

Mazzoco, M. M. (2000). Advances in research on the fragile X syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 6*(2), 96-106.

Medina, B., García, I. y Antolin, V. (2015). Validación preliminar de la Escala de Conducta Adaptativa ABS-RC: 2 en España. *Acta de Investigación Psicológica, 5,* 2076-2086.

Montero, D. (1993). *Evaluación de la Conducta Adaptativa en Personas con Discapacidades.* ICE Universidad de Deusto. Ediciones Mensajero, Bilbao.

Moskowitiz, L. J. y Jones, E. A. (2015). Uncovering the evidence for behavioral interventions with individuals with fragile X syndrome: A systematic. *Review Research in Developmental Disabilities, 38,* 223-241.

Nihira, K., Leland, H. y Lambert, N. (1993). *Adaptive behaviour scale-residential and Community: Second Edition*. Austin, Texas: Pro-Ed.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2007). Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities. World Health Organization.

Richardson, J. T. E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review, 6*, 135-147.

Roberts, J. E., Hennon, E. A., Price, J. R., Dear, E., Anderson, K. y Vandergrift, N. A. (2007). Expressive language during conversational speech in boys with fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 112*(1), 1-17.

Robles, M. A. y Calera, M. D. (2008). Evaluación de funciones cognitivas en la población con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down, 25*, 56-67.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... et Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports.* Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Smith, L. E., Erin T. Barker, E. T., Seltzer, M. M., Abbeduto, L. y Greenberg, J. S. (2012). Behavioral phenotype of fragile X syndrome in adolescence and adulthood. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 117*(1), 1-17. doi: 10.1352/1944-7558-117.1.1

Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani Jr, H., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., ... et Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *117*(4), 291-303.

Tejada, I. (2010). Presentación del Registro Nacional Español de casos de familiares de SXF en convenio con el Real Patronato sobre Discapacidad. Jornada de actualización en el Síndrome X Frágil. 3 patologías un solo gen. Octubre. Hospital de Cruces Baracaldo.

Wheeler, A., Raspa, M., Bann, C., Bishop, E., Hessl, D., Sacco, P. y Bailey, D. B. (2014). Anxiety, attention problems, hyperactivity and the Aberrant Behavior Checklist in fragile X syndrome. *American Journal of Medical Genetics, 164*(1), 141-155.

Zhu, Z., Li, W., Zhan, J., Hu, L., Wu, L. y Zhao, Z. (2016). Adaptive behaviour of chinese boys with fragile X syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, *60*(1), 1-8.

PSICOMETRÍA

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE PROCRASTINACIÓN ACADÉMICA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE VILLAVICENCIO

ADAPTATION OF ACADEMIC PROCRASTINATION SCALE IN HIGH SCHOOL STUDENTS FROM VILLAVICENCIO

Magda Evelyn Mendivelso Díaz

Profesora de la Universidad Cooperativa de Colombia

Resumen

Las pruebas psicológicas hacen buenas mediciones de los constructos psicológicos, pero requieren de adecuadas propiedades psicométricas, como evidencias de validez y de confiabilidad. Actualmente no se dispone de pruebas que midan la procrastinación académica en Villavicencio. Esta variable es importante por estar asociada al rendimiento académico de los estudiantes. El objetivo principal de la investigación fue analizar la validez y la confiabilidad de la escala de procrastinación académica (Busko, 1998). La muestra fue de 435 estudiantes de secundaria de Villavicencio. El diseño fue instrumental (Montero & León, 2007). El análisis factorial exploratorio evidenció una estructura bifactorial y explicó el 33,77% de la varianza total. Por otro lado, en la confiabilidad se obtuvo una consistencia interna de ,768 para la escala total. Se concluye que el instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, pero que se requiere trabajar en obtener más evidencias de validez y de confiabilidad.

Palabras clave: Estudiantes de secundaria, Procrastinación académica, Adaptación.

Abstract

Psychological tests make good measurements of psychological constructs, but tests require adequate psychometric properties as evidences of validity and reliability. At present, there is no evidence to measure academic procrastination in Villavicencio. This variable is important because it is associated with the academic performance of the students. The main objective of the research was to analyze the validity and reliability of the scale of academic procrastination (Busko, 1998). The sample was of 435 high shool students from Villavicencio. The design was instrumental (Montero & León, 2007). The exploratory factor analysis revealed a bifactorial structure and explained 33.77% of the total variance. On the other hand, in the reliability an internal consistency of .768 was obtained for the total scale. It is concluded that the instrument has adequate psychometric properties, but that it is necessary to work on obtaining more evidence of validity and reliability.

Key words: High school studentes, Academic procrastination, Validation.

En los ámbitos educativos los estudiantes en ocasiones pueden postergar de forma deliberada de las actividades y responsabilidades hasta el último momento, pero esto puede acarrear dificultades académicas significativas como lo son la disminución de la calidad de los productos desarrollados, o el incumplimiento en la entrega de los mismos (González, Maytorena, Lohr, & Carreño, 2006). Cuando dicha acción de evitación de las tareas académicas se presenta de forma reiterada, se está en presencia de un caso de *Procrastinación Académica* (Steel, 2007).

La PA puede definirse como un patrón de comportamiento irracional y desadaptativo, orientado a dilatar de forma frecuente e intencional, el inicio o finalización de las tareas académicas que

*Correspondencia: Magda Evelyn Mendivelso Díaz.
Universidad Cooperativa de Colombia.
C.P: 500003, Colombia.
E-mail: magevemed@gmail.com

deben completarse, y que involucra tanto excusas y justificaciones de los retrasos, así como una serie de promesas de trabajo futuro que están encaminadas a contrarrestar los efectos negativos que genera la pérdida voluntaria de tiempo, como la ansiedad y el remordimiento (Onwuegbuzie, 2004; Senecal, Julien, & Guay, 2003). Específicamente, la PA se asocia a una disminución en el número de trabajos terminados, un aumento de las entregas realizadas justo antes del vencimiento de los plazos, y la negación de las responsabilidades en los trabajos en grupo (Quant & Sánchez, 2012).

La mayoría de las investigaciones suelen coincidir al reportar que la procrastinación académica produce efectos negativos sobre el rendimiento académico, principalmente, debido al abandono de asignaturas y las bajas calificaciones obtenidas (LaForge, 2005). Asimismo, su presencia se ha vinculado a un aumento en los niveles de estrés (Cabrera, Bethencourt Benítez, González Afonso, & Álvarez Pérez, 2006) problemas de salud como gripe o insomnio cuando se aproximan las fechas de entrega (Tice & Baumeister, 1997), inadecuadas estrategias de aprendizaje (Howell & Watson, 2007), bajo control conductual percibido (Sirois, 2004) y sentimientos de ineficiencia, irresponsabilidad y percepciones negativas de sí mismo (Balkis & Duru, 2009). Debido a la importancia de la variable en los estudiantes, en Perú se han realizado algunos estudios de adaptación de la Escala de Procrastinación académica (Busko, 1998) con el objetivo de contar con adecuadas mediciones del constructo (Álvarez Blas, 2010; Chan Bazalar, 2011; Domínguez, Villegas & Centeno, 2014).

Sin embargo, a pesar de las consecuencias negativas de la procrastinación académica, en el contexto colombiano y más específicamente en la ciudad de Villavicencio, no existen investigaciones que hayan intentado abordar esta variable en estudiantes de secundaria. Del mismo modo, en Colombia no se han realizado estudios orientados a adaptar las herramientas que midan procrastinación académica, lo cual limita tanto su uso como las conclusiones derivadas de los mismos, ya que no se dispone de evidencias que garanticen que sus propiedades psicométricas son adecuadas para el contexto.

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio tuvo como objetivo general adaptar la Escala de Procrastinación Académica (Busko, 1998) en una muestra de estudiantes de secundaria de la ciudad de Villavicencio. Para esto se realizó una adaptación lingüística, la obtención de evidencias de validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio, y evidencias de confiabilidad por medio del procedimiento de consistencia interna.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se contó con 455 estudiantes de secundaria de la ciudad de Villavicencio-Meta, quienes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. La muestra se obtuvo de ocho instituciones educativas de las cuales el 25% es de carácter privado y 75% pública. Respecto al sexo, el 55,9% fue femenino y el 44,1% masculino. Las edades estuvieron comprendidas entre los 11 a 18 años (*M*= 14,26; *DE*= 1,95). Finalmente, el 15,2% fue de nivel socioeconómico 1; 38,2% de nivel 2; 35,9% de nivel 3; 8,3% de nivel 4; 2,1% de nivel 5; y 0,5% de nivel 6.

MATERIALES

→ Consentimiento informado.

Siguiendo los lineamientos bioéticos del ejercicio de la psicología en Colombia (Ley 1090 de 2006), y teniendo en cuenta que los participantes eran menores de edad, se elaboró un consentimiento informado para que fuera firmado por el participante y los representantes legales del menor, en donde se evidencia que la participación de la investigación fue voluntaria.

→ Encuesta sociodemográfica.

Se hizo una encuesta para caracterizar sociodemográficamente la muestra, se preguntó: edad, sexo, institución educativa y nivel socioeconómico.

→ Escala de Procrastinación Académica (Busko, 1998).

El instrumento tiene como objetivo medir la tendencia a retrasar o evitar tareas que deben ser completadas. En su versión original está conformada por 16 ítems tipo Likert de siete opciones de respuesta, en donde la persona debe marcar la frecuencia con que realiza las actividades descritas, siendo 1 (*desacuerdo*), hasta 7 (*de acuerdo*).

PROCEDIMIENTO

Para la realización de esta investigación se siguieron las directrices de la Comisión Internacional de Tests (ITC) para la adaptación de los tests de unas culturas a otras (Muñiz, Elosua & Hambleton, 2013), y se cumplieron los

principios éticos contemplados en la Ley 1090 de la República de Colombia (2006). En ese sentido, se inició con la adaptación de contenido de la prueba a través de un juicio experto, que inició con la traducción directa e independiente de los ítems que componen la Escala de Procrastinación Académica, por tres psicólogos colombianos bilingües expertos en psicometría y adolescencia.

Posteriormente, otro grupo de expertos con las mismas características revisó la adecuación de cada una de las tres traducciones de acuerdo con tres criterios: claridad, coherencia y relevancia. La claridad hace alusión a la comprensión del ítem, si es adecuado sintáctica y semánticamente, la coherencia consiste en saber si existe una la relación lógica del ítem con la dimensión propuesta, y la relevancia significa la importancia de incluir el ítem dentro de la dimensión (Escobar & Cuervo, 2008). Todos los jueces estuvieron de acuerdo en no incluir los ítems 5 (*I regularly attend the classes that I am registered for*) y 8 (*If I need to add or drop a class I do it right away*) en la presente adaptación, debido a que las preguntas hacen referencia a situaciones que no corresponden con la realidad de los estudiantes de secundaria colombianos, por lo tanto, no cumplen con el criterio de relevancia. Con base en los resultados de esta fase, se eligieron los 14 ítems restantes que obtuvieron mayor acuerdo, los cuales fueron aplicados en la prueba piloto.

Después de esto, se expuso el proyecto en las ocho instituciones educativas de Villavicencio, en donde se presentó la investigación y los aspectos éticos, tanto a los acudientes legales como a los estudiantes. En estas reuniones se diligenció el consentimiento informado y la encuesta sociodemográfica de los 455 estudiantes que de forma voluntaria quisieron participar del estudio y fueron autorizados por sus representantes. Posteriormente, para la realización de una prueba piloto, se eligieron 20 estudiantes al azar de las ocho instituciones educativas. Dicha prueba tenía como objetivo conocer las reacciones de los estudiantes, verificar si se comprendían los ítems y sus opciones de respuesta, determinar el tiempo de ejecución y detectar posibles errores del instrumento (Muñiz et al., 2013). Se encontraron dificultades a la hora de responder los ítems 3 (*When I have assigned readings, I do them the night before or the day that they are due*) y 9 (*I put off starting assignments or readings for classes that I do not like*), ya que la disyunción (*or*) de los mismos afectaba la comprensión. Por esto, se decidió conformar dos ítems independientes, una para cada parte de la afirmación, en este sentido, la prueba pasó de tener 14 a 16 ítems.

Teniendo en consideración estos cambios, se aplicó la prueba a los 435 estudiantes restantes, la cual se llevó a cabo en grupos de 20 a 25 personas, dentro de los colegios, y se realizó el análisis de la validez de constructo por medio de un procedimiento de análisis factorial exploratorio, y se estimó la confiabilidad por consistencia interna.

DISEÑO

La presente investigación es un estudio instrumental siguiendo la clasificación de estudios en psicología propuesta por Montero et al. (2007), ya que su objetivo fue la adaptación de una prueba psicológica, en este caso consistió en la adaptación de la Escala de Procrastinación Académica (Busko, 1998) en una muestra de estudiantes de secundaria de Villavicencio-Meta.

RESULTADOS

Primero se realizó el análisis descriptivo de los ítems que componen la Escala de Procrastinación Académica, resultados que pueden ser observados en la Tabla 1. Se evidenció que los elementos presentan adecuados índices de asimetría y curtosis, es decir, los valores que se encuentran entre ± 2.00 (George & Mallery, 2011).

ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Con el objetivo de comprobar la validez de constructo del instrumento, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de Componentes Principales con Rotación Varimax. Se obtuvo un índice de índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin *KMO* de ,831, y un test de esfericidad de Barlett estadísticamente significativo (X^2 = 1294,35; *gl* = 136, p < 0,000), lo que evidencia adecuadas intercorrelaciones entre los ítems y por ende se pudo utilizar la matriz de datos para realizar el análisis factorial. Se encontraron dos factores que explicaban el 33,77% varianza total, el primer factor se denominó Autorregulación académica y explicó el 23,57% de la varianza, y el segundo factor se denominó Postergación de actividades y explicó el 10,19% de la varianza. Las cargas factoriales (tabla 2) fueron superiores a ,30, valor que según Nunnally (1995) es la carga mínima que debe temer un ítem.

Tabla 1
Análisis descriptivo de ítems de la Escala de Procrastinación Académica

Ítem	*M*	*DE*	Asimetría	Curtosis
1. Cuando tengo que hacer un trabajo escrito, generalmente lo dejo para el último momento.	5,48	1,39	-0,66	-0,11
2. Suelo prepararme para los exámenes con mucha anterioridad.	5,41	1,44	-0,76	0,16
3. Cuando me han asignado lecturas, las leo la noche anterior.	5,33	1,57	-0,79	0,01
4. Cuando se me dificulta entender algo, busco ayuda inmediatamente.	4,99	1,74	-0,69	-0,29
5. Termino los trabajos asignados lo antes posible.	4,77	1,80	-0,61	-0,47
6. Normalmente entrego las actividades asignadas en el último momento.	5,74	1,31	-1,07	1,06
7. Retraso el inicio de las lecturas de las asignaturas que no me gustan.	4,85	1,72	-0,58	-0,40
8. Constantemente intento mejorar mis hábitos de estudio.	5,51	1,37	-0,94	0,63
9. Dedico el tiempo necesario para estudiar incluso cuando me parece aburrido.	4,66	1,60	-0,53	-0,20
10. Me motivo a mí mismo para mantenerme estudiando.	5,31	1,50	-0,83	0,30
11. Termino mis trabajos importantes con tiempo de sobra.	4,32	1,94	-0,20	-1,07
12. Me tomo el tiempo de revisar mis trabajos antes de entregarlos.	4,78	1,73	-0,43	-0,65
13. Dejo para mañana lo que puedo hacer hoy.	4,84	1,89	-0,57	-0,74
14. Disfruto la emoción de esperar hasta el último momento para terminar un trabajo asignado.	5,06	1,64	-0,65	-0,35
15. Cuando me han asignado lecturas, las leo el mismo día que me las dejan.	5,50	1,42	-0,92	0,42
16. Retraso el inicio de trabajos de las asignaturas que no me gustan.	5,49	1,46	-0,81	-0,42

CONFIABILIDAD

Al analizar la confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Procrastinación Académica y de las dos dimensiones de la misma, se encontró un α= ,768 para la escala total; α= ,760 para la dimensión Autorregulación académica; y α= ,732 para la dimensión Postergación de actividades, valores que de acuerdo con la clasificación de George et al. (2011) son considerados aceptables. Así mismo, se verificó la asociación entre los ítems a través de la correlación ítem-dimensión, en donde se esperaron y encontraron correlaciones superiores a ,20 de acuerdo con los criterios de Likert (1932), lo cual puede ser apreciado en la Tabla 3. Igualmente, se corroboró si el alfa de Cronbach se eleva tras eliminar cada ítem, y se evidenció que no hay aumentos significativos.

Tabla 2
Cargas factoriales de la Escala de Procrastinación Académica

Ítem	Autorregulación académica	Postergación de actividades
11	,68	
9	,59	
5	,56	
10	,52	
2	,51	
8	,50	
12	,48	
4	,44	
15	,38	
14		,48
16		,41
7		,43
3		,40
13		,38
1		,31
6		,31

Tabla 3
Confiabilidad de la Escala de Procrastinación Académica

Ítem	Correlación ítem- dimensión corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	,49	,67
2	,43	,69
3	,31	,73
4	,38	,69
5	,42	,68
6	,42	,68
7	,38	,70
8	,37	,69
9	,40	,68
10	,38	,69
11	,50	,67
12	,37	,69
13	,51	,67
14	,38	,70
15	,31	,73
16	,52	,68

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo adaptar la Escala de Procrastinación Académica (Busko, 1998) en estudiantes de secundaria de la ciudad de Villavicencio-Meta, a través de evidencias de validez y confiabilidad que permitieran determinar la adecuación de su uso en este contexto. Al respecto, se encontró una estructura bifactorial similar a la hallada por Domínguez et al. (2014), quienes denominaron los factores como Autorregulación académica y Postergación de actividades. Teniendo en cuenta estas similitudes, se emplearon los mismos nombres para los factores de esta adaptación, debido a que los ítems que los componen corresponden en su mayoría a las agrupaciones de dicha investigación. De esta forma, los ítems que en este estudio componen el factor Autorregulación académica refieren a acciones

y pensamientos orientados a planificar y organizar las tareas académicas, y aquellos que integran el factor Postergación de actividades aluden a la tendencia a retrasar el inicio o la finalización de las responsabilidades académicas.

Igualmente, se concluye que la estructura bifactorial que se obtuvo en este estudio es coherente con la investigación previa, dado que el análisis de contenido de la escala indica que el factor Autorregulación académica mide aspectos asociados a problemas de autocontrol y deficiente organización del tiempo (Chan Bazalar, 2011), mientras que el factor Postergación de actividades se centra en la tendencia a aplazar las tareas hasta el último momento y las inadecuadas estrategias de aprendizaje (Howell et al., 2007). En síntesis, los resultados permiten sugerir que el instrumento cuenta con adecuadas evidencias de validez de constructo en estudiantes de secundaria de Villavicencio-Meta.

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, se observaron puntuaciones aceptables para la escala total y los dos factores, siendo el alfa de Cronbach de ,768 para la escala total; ,760 para Autoregulación académica y de ,732 para Postergación de actividades. A pesar de que los valores son un poco menores a las hallados en los estudios previos (Álvarez Blas, 2010; Chan Bazalar, 2011; Domínguez et al., 2014), éstos permiten afirmar que los ítems que componen el instrumento son consistentes, evidenciando adecuadas evidencias de confiabilidad en estudiantes de secundaria de Villavicencio-Meta (George et al., 2011).

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio sugieren que la Escala de Procrastinación Académica cuenta con adecuadas evidencias de validez y confiabilidad que permiten usarla en estudiantes de secundaria de Villavicencio que tengan las mismas características sociodemográficas de la muestra empleada. Así mismo, la estructura bifactorial hallada es coherente con lo reportado en investigaciones previas (Chan Bazalar, 2011; Domínguez, et al., 2014; Howell et al., 2007), lo que parece dar cuenta de equivalencia intercultural. Sin embargo, una de las limitaciones del estudio fue la estimación de otras evidencias de validez como convergente o divergente, las cuales no se pudieron llevar a cabo por la ausencia de instrumentos adaptados en el contexto. A pesar de esto, se espera en una fase futura poder desarrollar análisis de validez predictiva y el uso de análisis factorial confirmatorio para corroborar la estructura encontrada, así como la realización de un análisis de confiabilidad a través de un test- re test, para verificar la estabilidad de las puntuaciones del instrumento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez Blas, Ó. R. (2010). Procrastinación general y académica en una muestra de estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona, 13*, 159-177. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1471/147118212009.pdf

Balkis, M., & Duru, E. (2009). Prevalence of academic procrastination behavior among pre-service teachers, and its relationship with demographics and individual preferences. *Egitimde Kuram ve Uygulama, 5*(1), 18-32. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/d943/3fab4dffdd391ff6f9ea7f64200d1303f759.pdf

Busko, D. A. (1998). *Causes and consequences of perfectionism and procrastination: a structural equation model* (Tesis de maestría no publicada). University of Guelph, Guelph, Ontario, Canadá.

Cabrera, L., Bethencourt Benítez, J. T., González Afonso, M., & Álvarez Pérez, P. (2006). Un estudio transversal retrospectivo sobre prolongación y abandono de estudios universitarios. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa, 12*(1), 105-127. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91612106

Chan Bazalar, L. A. (2011). Procrastinación académica como predictor en el rendimiento académico en jóvenes de educación superior. *Temática psicológica, 7*(1), 53-62. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/chan_bazalar.pdf

Domínguez, S. A., Villegas, G., & Centeno, S. B. (2014). Procrastinación académica: Validación de una escala en una muestra de estudiantes de una universidad privada. *LIBERABIT, 20*(2), 293-304. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68632617010

Escobar, J., & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición, 6*(1), 27- 36. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.

co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf

George, D., & Mallery, P. (2011). SPSS for Windows Step by Step: *A Simple Guide and Reference 18.0 Update (11th Edition)*. Boston: Allyn & Bacon.

González, L., Maytorena, M., Lohr, F., & Carreño, C. (2006). Influencia de la perspectiva temporal y la morosidad académica en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología, 15*(1), 15-24. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/804/80401503.pdf

Howell, A. J., & Watson, D. C. (2007). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences, 43,* 167-178. Recuperado de http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/2960/Procrastination%20Associations%20with%20achievement%20goal%20orientation%20and%20learning%20strategies.pdf?sequence=1

LaForge, M. (2005). Applying explanatory style to academic procrastination. *Journal of the Academy of Business Education*, 6, 1-7. Recuperado de http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=40CF6ECAF5732A33085FA82B1E57EE34?doi=10.1.1.124.1874&rep=rep1&type=pdf

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. [En línea] recuperado de http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf

Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology, 140*(1), 1-55. Recuperado de https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(*3), 847- 862. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318

Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de tests: segunda edición. *Psicothema, 25*(2), 151- 157. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72726347014

Nunnally, J. (1995). *Teoría Psicométrica*. México D. F.: McGraw-Hill.

Onwuegbuzie, A. J. (2004). Academic procrastination and statistics anxiety. *Assessment and Evaluation in Higher Education, 29*(1), 3-19. Recuperado de http://www.anitacrawley.net/Articles/Onwuegbuziestatisticsanxiety.pdf

Quant, D. M., & Sánchez, A. (2012). Procrastinación, procrastinación académica: concepto e implicaciones. *Revista Vanguardia Psicológica, Clínica Teoría y Práctica, 57*(1), 45-59. http://www.academia.edu/10370305/PROCRASTINACI%C3%93N_PROCRASTINACI%C3%93N_ACAD%C3%89MICA_CONCEPTO_E_IMPLICACIONES

Senecal, C., Julien, E., & Guay, F. (2003). Role conflict and academic procrastination: a self-determination perspective. *European Journal of Social Psychology, 33,* 135-145. Recuperado de http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003_SenecalJulienGuay_EJSP.pdf

Sirois, F. (2004). Procrastination and intentions to perform health behaviors: The role of self-efficacy and the consideration of future consequences. *Personality and Individual Differences, 37*(1), 115-128. Recuperado de http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886903003349

Steel, P. (2007). The nature of procrastination: a metaanalytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin, 133*(1), 65-94. Recuperado de http://studiemetro.au.dk/fileadmin/www.studiemetro.au.dk/Procrastination_2.pdf

Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress and health: The costs and benefits of dawdling. *Psychological Science, 8*(6), 454-458. Recuperado de http://psy2.ucsd.edu/~nchristenfeld/DoG_Readings_files/Class%2010%20-%20Tice%201997.pdf

PSICOPATOLOGÍA

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD Y ANSIEDAD

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND ANXIETY

José Antonio López-Villalobos[1*], María Victoria López–Sánchez[2], María Isabel Sánchez-Azón[3] y Jesús María Andrés-de Llano[4], Estela Castaño-García[5]

[1] *Psicólogo Clínico, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España*

[2] *Psicólogo General Sanitario, España*

[3] *Psicóloga, Diputación de Palencia, España*

[4] *Pediatra, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España*

[5] *Psicóloga, Universitario de Palencia*

Resumen

El Trastorno por Déficit de atención y/o Hiperactividad (TDAH) incluye tres presentaciones predominantes: combinada (TDAH-C), déficit de atención (TDAH-I) e hiperactividad-impulsividad (TDAH-H). La ansiedad es frecuentemente comórbida con TDAH. El objetivo es analizar la ansiedad de casos de TDAH y valorar diferencias entre los tipos de TDAH. Se realizó un muestreo consecutivo de TDAH clínico. Diagnóstico de TDAH según criterios DSM-IV y evaluación de ansiedad mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC). Muestra *N*=109 (8-16 años). (TDAH-C, *n* = 60; TDAH-I, *n* = 41; TDAH-H, *n* = 8).

La Prevalencia ansiedad estado-rasgo comórbida con TDAH del 18-20%. TDAH-C presentan nivel medio significativamente mayor de ansiedad estado y TDAH-I / TDAH-H en ansiedad rasgo, respecto a baremos del STAIC. Los tipos de TDAH no presentan diferencias significativas en ansiedad. Concluimos valorando la importancia de atender al estado emocional de los niños con TDAH, por las repercusiones sobre su diagnóstico y tratamiento.

Palabras-clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo, Infancia, Adolescencia.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) includes three predominant presentations: combined (ADHD-C), attention deficit disorder (ADHD-I) and hyperactivity-impulsivity (ADHD-H). Anxiety is a frequent comorbid diagnosis with ADHD. The aim is to analyze the anxiety level of ADHD cases and the differences between the types of ADHD. Method: Consecutive sampling of clinical ADHD. Diagnosis of ADHD according to DSM-IV criteria and evaluation of anxiety using the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAIC). Sample *N* = 109 (8-16 years). (ADHD-C, *n* = 60; ADHD-I, *n* = 41; ADHD-H, *n* = 8). Results: Prevalence of comorbid state-trait anxiety with ADHD of 18-20%. ADHD-C present a significantly higher mean level of state anxiety and ADHD-I / ADHD-H of trait anxiety, compared to STAIC scores. Types of ADHD do not present significant differences in anxiety. It is important to pay attention to the emotional state of children with ADHD because of the impact on their diagnosis and treatment.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, State Anxiety, Trait Anxiety, Childhood, Adolescence.

El objetivo de esta investigación consiste en analizar el nivel medio de ansiedad en casos clínicos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y valorar las diferencias entre los subtipos de TDAH.

El TDAH se caracteriza por un patrón mantenido de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas deben presentarse antes de los siete años, causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral y algunas de las alteraciones provocadas por los síntomas deben presentarse en dos o más ambientes. El DSM-IV, clasifica tres subtipos de TDAH, en función del patrón sintomático predominante en los últimos seis meses: Tipo combinado (TDAH-C), tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-I) y tipo con predominio

*Correspondencia: José Antonio López Villalobos.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo.
Avenida san Telmo s/n.
C.P: 34004 Palencia, España.
E-mail: villalobos@cop.es

hiperactivo impulsivo (TDAH-H) (American Psychiatric Association, APA, 2002).

Recientemente ha surgido la nueva clasificación DSM – 5 (American Psychiatric Association, APA, 2014) en la que el TDAH se ha categorizado como trastorno del neurodesarrollo, se ha modificado la edad de inicio (los síntomas deben aparecer antes de los doce años), se permite la comorbilidad con trastornos del espectro autista, los subtipos se han sustituido por especificaciones de presentación que se aplican directamente a los subtipos anteriores y se ha modificado el umbral de síntomas para adultos. Los casos categorizados como TDAH en el DSM-IV, tienen alta probabilidad de ser incluidos en la misma categoría del DSM-5.

Una revisión sistemática mundial de estudios de prevalencia en TDAH en la infancia y adolescencia observó una media del 5,29% (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007) y en población española un riguroso estudio realizado mediante un diseño epidemiológico en doble fase psicométrica y clínica constató un 6,6% (Rodríguez et al., 2009), que presentaba cifras estables en la infancia (6,9%), preadolescencia (6,2%) y adolescencia (6,9%) (López-Villalobos et al., 2017).

Los trastornos por ansiedad comparten características de miedo (respuesta emocional a una amenaza real o imaginaria) y ansiedad (respuesta anticipatoria a una amenaza futura) e incluyen categorías como la ansiedad de separación, mutismo selectivo, fobias, trastorno del pánico o ansiedad generalizada (APA, 2014). La prevalencia global de niños con ansiedad, en muestras de edad similares a la nuestra, se sitúa entre 6%-10% (Tannock, 2003), existiendo otras revisiones que reflejan cifras más altas entre el 15% y 25% (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; Bloemsma et al., 2013) y cifras más bajas en torno al 5% en población occidental (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Estos datos presentan variabilidad en función de la metodología utilizada, procedimiento diagnóstico o si se entrevista a padres o niños.

El TDAH y los trastornos por ansiedad presentan problemas de diagnóstico diferencial por la similitud de algunos síntomas y con frecuencia también presentan comorbilidad. El clínico debe reconocer con precisión si existe un diagnóstico diferencial o se presenta comorbilidad pues estas circunstancias afectan de forma notable al pronóstico, evolución y tratamiento del trastorno.

El TDAH manifiesta frecuente comorbilidad con los trastornos por ansiedad que en una revisión de la literatura científica se sitúa en un rango entre el 10 - 50%, con un promedio entre el 25% y 35% (Barkley, 2006). Estudios nacionales en TDAH citan cifras de comorbilidad del 50% en población clínica (López-Villalobos, Serrano y Delgado, 2004) y del 43% en población comunitaria (Rodríguez et al, 2009).

Respecto a la comorbilidad diferencial en los tipos de TDAH los resultados no son consistentes y encontramos investigaciones donde se produce mas ansiedad en TDAH-I que en otros tipos de TDAH, junto a otras investigaciones que no observan diferencias significativas (López-Villalobos, Montes y Sánchez, 2003; Tannock, 2003).

El TDAH también ha sido analizado en cuanto a su vinculación con la ansiedad considerada como estado o rasgo (González-Castro, Rodríguez, Cueli, García, & Álvarez-García, 2015). Los autores encontraron que el tipo TDAH-C presentaba significativamente más ansiedad rasgo que los otros tipos de TDAH y que el grupo control, mientras el TDAH-I presentaba significativamente más ansiedad estado que el grupo de control, sin diferencias significativas con los otros tipos de TDAH.

Las cifras globales reflejadas presentan variabilidad que puede estar condicionada por la metodología utilizada, los tipos de trastornos por ansiedad analizados e incluso de si estamos considerando la ansiedad como estado o como rasgo.

En función de que la literatura científica presenta variabilidad en las tasas de comorbilidad entre TDAH y ansiedad, así como de las discrepancias observadas en la bibliografía sobre la ansiedad presente en los tipos de TDAH y de la importancia que estas situaciones tienen en la evolución, pronóstico y tratamiento de ambos trastornos (Ter-Stepanian et al., 2017), consideramos que tiene utilidad un estudio como el que presentamos, con los siguientes objetivos:

→ Conocer las cifras de ansiedad (estado / rasgo) comórbida que tienen los casos clínicos de TDAH.

→ Observar las diferencias en ansiedad estado y ansiedad rasgo entre casos de TDAH y los baremos españoles de la prueba STAIC.

→ Observar las diferencias en ansiedad estado y ansiedad rasgo entre los subtipos de TDAH.

METODO

PARTICIPANTES

La muestra incluye 109 casos de TDAH clínicos reclutados en una unidad de salud mental con edades comprendidas entre los 8 y 16 años (*M* = 11,34; DE = 2,30), con un 80,9 % sexo masculino y 19,1 % sexo femenino (TDAH-C, *n* = 60; TDAH-I, *n* = 41; TDAH-H, *n* = 8).

MATERIALES

Las pruebas utilizadas se incluían en el protocolo de evaluación habitual en casos con sospecha de TDAH.

Los casos de TDAH fueron definidos siguiendo criterios DSM-IV, según modelo de entrevista estructurada del apartado ADHD del Diagnostic Interview Schedule for Children en su versión para padres (DISC – IV) (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab, 2000). La ansiedad se estudió mediante el Cuestionario STAIC (Spielberg, Edwards, Lushene, Montuori, & Platzek, 1990), que evalúa la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. La ansiedad estado aprecia estados transitorios de ansiedad y la ansiedad rasgo evalúa diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad. La prueba contiene conjuntamente 40 ítems y es contestada individualmente según una escala graduada con las opciones de "nada", "algo" o "mucho" para la dimensión de Ansiedad Estado y las opciones de "casi nunca", "a veces" o "a menudo" para la escala de Ansiedad Rasgo. En nuestro estudio, hemos aplicado la prueba entre los 8 y los 16 años y consideramos en algunos análisis un punto de corte para la ansiedad rasgo y ansiedad estado en el percentil 92 siguiendo criterios epidemiológicos. La prueba tiene análisis de fiabilidad por el procedimiento de dos mitades (,85) y KR-20 de Kuder Richardson (,87), así como de validez de constructo.

PROCEDIMIENTO

Los participantes fueron reclutados de forma consecutiva en la consulta de una Unidad de Salud Mental. En todos los casos según procedimiento habitual se valoró la presencia de TDAH ajustándonos a criterios DSM-IV según modelo de entrevista estructurada del apartado ADHD del Diagnostic Interview Schedule for Children en su versión para padres (DISC – IV) (Shaffer et al., 2000). En todos los casos que presentan clínica de TDAH, según el procedimiento descrito, se aplicó el Cuestionario STAIC (Spielberg et al., 1990).

Tras la evolución se realizaron los correspondientes análisis de datos para dar respuesta a los objetivos.

DISEÑO

El diseño de investigación es seccional, descriptivo y retrospectivo.

RESULTADOS

Como se puede observar en la tabla 1 las cifras de prevalencia de ansiedad en los casos clínicos de TDAH se sitúan en el 20% (*n* = 22) en ansiedad estado y del 18,2% (*n* = 20) en ansiedad rasgo, considerando como punto de corte para la ansiedad un percentil 92 en el STAIC. El TDAH-I presenta la comorbilidad más alta de ansiedad estado y rasgo.

Como se puede observar en la tabla 2, los casos de TDAH global y los casos de TDAH-C presentan significativamente (α<,05) un nivel medio mayor de ansiedad que el observado en los baremos medios (*M* = 50) del STAIC en ansiedad estado. A su vez los casos de TDAH-I y TDAH-H presentan significativamente (α<,05) un nivel medio mayor de ansiedad que el observado en los baremos medios del STAIC en ansiedad rasgo. No se observaron diferencias significativas en función del sexo en ansiedad estado (t (109) = 0,62; p = ,535), ni en ansiedad rasgo (t (109) = 0,29; p = ,770). Tampoco se observaron diferencias en función de la edad, en ansiedad estado (t (109) = 2,28; p = ,820), ni en ansiedad rasgo (t (109) = 0,33; p = ,735).

Tabla 1
Trastornos por ansiedad derivados del STAIC en tipos de Trastorno por Deficit de Atención con Hiperactividad

	TDAH	TDAH-C	TDAH-I	TDAH-H
Tipo de ansiedad	*N* (%; IC95%)	*N* (%; IC95%)	*N* (%; IC95%)	*N* (%; IC95%)
STAIC				
Estado	22 (20; 13,6-28,4)	10 (16,6; 9,3-28)	10 (24,3; 13,8-39,3)	1 (12,5; 2,2-47,1)
Rasgo	20 (18,2; 12,1-26,4)	8 (13,3; 6,9-24,2)	11 (26,8; 15,7- 41,9)	1 (12,5; 2,2-47,1)

Nota. TDAH = Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad; TDAH-C = TDAH combinado; TDAH-I = TDAH inatento; TDAH-H = TDAH Hiperactivo – Impulsivo.

Tabla 2
Medias en Ansiedad estado / Rasgo en los tipos de TDAH en comparación con los baremos del STAIC[1]

STAIC	Tipo TDAH	*N*	*M (DT)*	*T*[1]
Ansiedad	TDAH total	*109*	*58,69 (30,51)*	*0,003 ***
Estado	TDAH-I	41	56,93 (32,51)	0,180
	TDAH-C	60	60,15 (30,16)	0,012*
	TDAH-H	8	60,38 (25,05)	0,280
Ansiedad	TDAH total	109	55,85 (31,34)	0,053
Rasgo	TDAH-I	41	61,37 (32,71)	0,032 *
	TDAH-C	60	49,75 (30,01)	0,949
	TDAH-H	8	77,25 (20,67)	0,007 **

Nota. * $p<,05$; ** $p<,01$; *** $p<,001$; 1Comparaciones con los baremos estándar del STAIC (Media = 50); *M*= media; *DT* = desviación típica; *T* = *t* de Student. TDAH = Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad; TDAH-C = TDAH combinado; TDAH-I = TDAH inatento; TDAH-H = TDAH Hiperactivo – Impulsivo.

Tabla 3
ANCOVA factorial (tipos de TDAH) en ansiedad estado/rasgo (STAIC)

STAIC	Factor	*F*	*gl*	*p*	Posthoc (corrección de Bonferroni)	*p*
Ansiedad	Sexo (c)	0,772	1	,382		
Estado	Edad (c)	0,855	1	,385		
	TDAH	0,295	2	,295	TDAH-I vs. TDAH-C	,999
					TDAH-I vs. TDAH-H	,999
					TDAH-H vs. TDAH-C	,999
Ansiedad	Sexo (c)	0,040	1	,842		
Rasgo	Edad (c)	0,002	1	,968		
	TDAH	3,737	2	,027	TDAH-I vs. TDAH-C	,208
					TDAH-I vs. TDAH-H	,598
					TDAH-H vs. TDAH-C	,059

Nota. TDAH = Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad; TDAH-C = TDAH combinado; TDAH-I = TDAH inatento; TDAH-H = TDAH Hiperactivo – Impulsivo; * $p<,05$; ** $p<,01$; *** $p<,001$; *F* = estadístico *F* de Snedecor; *Sign.* = significación. *gl* = grados de libertad; c = covariable.

Como se puede observar en la tabla 3, mediante ANCOVA (controlando el efecto del sexo y la edad) y utilizando la corrección de Bonferrroni para evitar errores tipo I, no se observaron diferencias significativas entre los tipos de TDAH ni en ansiedad estado, ni en ansiedad rasgo.

DISCUSIÓN

Las cifras de prevalencia de ansiedad estado / rasgo comórbida, observadas en nuestro estudio, representan entre el 18-20% de los casos de TDAH.

Si consideramos que la prevalencia global de niños con ansiedad, en muestras de edad similar a la nuestra, se sitúa entre 6%-10% (Tannock, 2003) o en el 5% en población occidental infantil o adolescente (Rapee et al., 2009), la asociación comórbida entre TDAH y ansiedad es superior a la esperable por azar. Esta situación plantea el interés de que en la rutina de evaluación clínica de TDAH se considere la exploración de posible comorbilidad con ansiedad y se evalúe cuidadosamente el estado emocional de los niños. Esta necesidad no solo se produce por su frecuencia, sino también porque la ansiedad comórbida es un elemento que plantea un tratamiento diferencial influyendo en la evolución y pronostico del trastorno (Bloemsma et al., 2013) y la ausencia de intervención sobre la ansiedad favorece su mantenimiento en la vida adulta (Gutiérrez y Rey, 2000). Existe el riesgo en niños con TDAH y ansiedad no informada de que se asuman decisiones para tratar solo el TDAH mediante fármacos, que incrementan la clínica de ansiedad. Esta circunstancia es especialmente relevante en TDAH-I que presenta la más alta prevalencia de ansiedad estado / rasgo en el plano de la comorbilidad.

En todo caso, las cifras de ansiedad comórbida con TDAH que hemos observado en población clínica se encuentran algo por debajo de las referenciadas en otros estudios (Barkley, 2006; López-Villalobos et al., 2004; Tannock, 2003), lo que justifica aún más los argumentos previos.

En cuanto a la comparación de nuestros resultados en ansiedad con la media de la muestra poblacional del STAIC, observamos diferencias significativas en las que el TDAH-C tiene una media superior en ansiedad estado y TDAH-I / TDAH-H en ansiedad rasgo. Siempre con la limitación de que en nuestro estudio

no tenemos grupo control sin el trastorno y hemos considerado la muestra del test como tal, podemos decir que en el caso de TDAH-C se aprecian estados más transitorios de ansiedad y en TDAH-I / TDAH-H diferencias relativamente estables en la propensión a la ansiedad. En otro estudio reciente con grupo control se observó de forma inversa a nuestro análisis que los TDAH-C presentaban significativamente más ansiedad rasgo que los controles y los TDAH-I significativamente más ansiedad estado (González-Castro et al., 2015). En este estudio, si no consideramos las diferencias significativas se observó que tanto en ansiedad estado como rasgo, TDAH-I y TDAH-C presentaban puntuaciones más altas de ansiedad.

En referencia a la diferenciación entre tipos de TDAH, existen investigaciones que sugieren que la presencia de ansiedad altera la presentación de los síntomas de TDAH en la dirección de mayor inatención y menos conducta impulsiva (Barkley, 2006; Bloemsma et al., 2013) y también existen investigaciones que no observan diferencias significativas en ansiedad entre los diferentes tipos de TDAH (Elia et al., 2009; López-Villalobos et al., 2003).

Nuestro estudio refleja que, controlando el efecto del sexo y la edad, los casos de TDAH no presentan diferencias significativas en ansiedad estado, ni en ansiedad rasgo. Un estudio reciente observó que TDAH-C presentaba significativamente más ansiedad rasgo que los otros tipos de TDAH, sin diferencias en el resto de los tipos (González-Castro et al., 2015).

CONCLUSIONES

En función de la elevada comorbilidad de los casos clínicos de TDAH con la ansiedad sugerimos que en el contexto de la organización sanitaria cuyo primer escalón de atención a este tipo de trastornos se sitúa en los centros de atención primaria y frecuentemente en el servicio de pediatría, resulta especialmente necesaria la consideración del estado emocional de niños con TDAH, que permita realizar un mejor diagnóstico y planificación del tratamiento, optimizando los resultados del mismo y realizando la oportuna derivación a los centros especializados de salud mental.

REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM –5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment.* New York: Guilford Press.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 32*(3), 483-524.

Bloemsma, J. M., Boer, F., Arnold, R., Banaschewski, T., Faraone, S. V., Buitelaar, J. K., ... & Oosterlaan, J. (2013). Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry, 22*(4), 225-234.

González-Castro, P., Rodríguez, C., Cueli, M., García, T., & Alvarez-García, D. (2015). State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) subtypes. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*(2), 105-112.

Gutiérrez, J.R. y Rey, F. (2000). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid: Diapasón.

Elia, J., Arcos-Burgos, M., Bolton, L.K., Ambrosini, J.P., Berrettini, W. & Muenke, M. (2009). ADHD latent class clusters: DSM-IV subtypes and comorbidity. *Psychiatry Research 170*, 192-198.

López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J., López-Sánchez, M. V., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., ... & Alberola-López, S. (2017). Criterion validity and clinical usefulness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a function of method and age. *Psicothema, 29*(1), 103-110.

López-Villalobos, J.A., Montes, J. M. y Sánchez, M. I. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: análisis discriminante de subtipos. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil, 20*, 108-119.

López-Villalobos, J.A., Serrano, I. y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema, 16,* 402-407.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942-948.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology, 5*, 311-341.

Rodríguez, L., López-Villalobos, J.A., Garrido, M., Sacristán, A.M., Martínez, M.T. y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria, 11*, 251-70.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K. & Schwab, M.E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV). Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 39*, 28-38.

Spielberger, C.D., Edwards. C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., & Platzek, D. (1990). STAIC. *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños.* Madrid: TEA Ediciones.

Tannock, R. (2003). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos de ansiedad.* En Brown, T. E (Ed). Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos (pp. 125-170). Barcelona: Masson.

Ter-Stepanian, M., Grizenko, N., Cornish, K., Talwar, V., Mbekou, V., Schmitz, N., & Joober, R. (2017). Attention and Executive Function in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*(1), 21.

PSICOTERAPIA

LA CONDICIÓN DEL SUJETO EN PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

ON THE SUBJECT CONCEPTUALIZATION IN COGNITIVE PSYCHOTHERAPIES

Isabel Caro-Gabalda

Catedrática del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia

Resumen

En este trabajo se hace una reflexión teórica sobre por qué las psicoterapias cognitivas (de corte clásico) no plantean cuestiones relacionadas con la subjetividad y la intersubjetividad. Para responderlo, se parte de la necesidad de asumir tres tipos principales de sujetos de la acción terapéutica cognitiva, i.e, el sujeto introspectivo y consciente; el sujeto como un indigente cognitivo, y, el sujeto como un científico entrenado. Derivando de todo ello, y buscando un planteamiento intersubjetivo, se asume la necesidad de hacer este tipo de análisis desde una perspectiva socio-cultural, en donde el "nosotros" de la acción terapéutica supone un marco compartido paciente–terapeuta, analizado en relación a un marco occidental, típico de la cultura Norteamérica y europea. Brevemente, este marco premia el individualismo, el trabajo duro y el esfuerzo por parte del paciente. El marco terapéutico cognitivo construido hace evidentes estas cuestiones y cómo las comparten paciente y terapeuta.

Palabras-clave: Psicoterapias cognitivas, Subjetividad, Intersubjetividad, Sujetos cognitivos, Marco socio-cultural.

Abstract

This paper offers a theoretical reflection about classical cognitive psychotherapies in relation to their lacking of any theorization about subjectivity and intersubjectivity. In this sense, we need to start emphasizing the relevance of three types of subjects; i.e., the introspective subject; the cognitive miser and the trained scientist. Based on those subjects and with the aim of developing an intersubjective theorization, it is assumed that we should follow a socio-cultural perspective, where the "us" of therapeutic action implies a shared framework for patients and therapists. This is a Western framework, which is reflected in a North American and European culture. Briefly, this framework reinforces individualism and hard work and efforts by the patient. These issues and how they are shared by patient and therapist are embedded in a constructed cognitive therapy framework.

Key words: Cognitive psychotherapies, Subjectivity, Intersubjectivity, Cognitive subjects, Socio-cultural framework.

Tendría que comenzar diciendo que, lamentablemente, las psicoterapias cognitivas no se ocupan del sujeto, ni de la subjetividad del sujeto. Y por supuesto, no realizan un planteamiento intersubjetivo. Me refiero con ello a que no teorizan al respecto. Se dan por supuestos, sobre todo, el plano de la subjetividad, y a eso se reduce esta cuestión y en muy pocas palabras.

Correspondencia: Isabel Caro Gabalda.
Facultad de Psicología
Avda. Blasco Ibáñez, 21
C.P: 46010-Valencia, España.
E-mail: Isabel.Caro@uv.es

Desde un punto de vista psicológico, Mascolo (2016) define lo *subjetivo*, como aquello que surge de dentro de dentro afuera, mientras que lo *objetivo*, en oposición, sería aquello que va de fuera a dentro (i.e., consecuencia de la observación directa). La cuestión objetivo vs. subjetivo está en la historia de la Psicología y sobre todo de la Psicología como ciencia que tradicionalmente se ha construido en relación a la objetividad.

La polémica *objetivo vs. subjetivo*, le hace decir a Valsiner (2012, p. xiii), que "La Psicología es una

ciencia que tiene miedo de ella misma como ciencia".

O por decirlo de otra manera, si tenemos una cultura psicológica basada en la necesidad de comprobar empíricamente cualquier hipótesis, lo subjetivo va a ser penalizado frente a lo objetivo (Hansen, 2014).

Rose (2013) señala que en las democracias neo-liberales, las disciplinas "*psi*" son las expertas en la subjetividad. Lo que hay que tener en cuenta, por tanto, es que la Psicología se focaliza en la subjetividad y no sólo en relación a los pacientes. Desde este punto de vista, los científicos "no son autómatas racionales, sino subjetivos, seres humanos personalmente implicados que tienen sus preferencias subjetivas, y posturas desde las cuales miran a los objetivos de su investigación" (Valsiner, 2006, p. 328).

Sin embargo, podemos ir más allá del inevitable reconocimiento de la importancia de la subjetividad para nuestra disciplina, asumiendo que el conocimiento psicológico no se puede dejar llevar por esta dicotomía, tradicionalmente cartesiana. Así, la *intersubjetividad* se refiere a la capacidad de compartir que tienen los individuos. Esto es, a una experiencia coordinada entre personas que participan en interacciones sociales cotidianas (Ávila, 2013; Mascolo, 2016). Por tanto, lo intersubjetivo tiene que ver con la integración de nuestra propia perspectiva y la de los otros (Martin & Gillespie, 2013).

Derivando de lo anterior, podemos afirmar que ¿cómo es posible que no se planteen estas cuestiones cuando, precisamente, las psicoterapias cognitivas trabajan con el modo de pensar y sentir los pacientes y que dichos pacientes no dejan de ser sujetos activos de un diálogo o de una dinámica en la cual la interacción paciente-terapeuta ejemplifica procesos y acciones psicológicas que no pueden escapar al foco en la subjetividad y la intersubjetividad? Indudablemente, no pretendo decir que no se hable de ello, pero el foco, es un foco, podríamos decir que "literal" en el que no se va más de allá del "dime cómo piensas y te diré cómo te sientes" o de la famosa frase de Epicteto en el Enchiridión: "los seres humanos no se trastornan por las cosas, sino por el punto de vista que adoptan sobre ellas". Así, lo subjetivo se convierte en interpretaciones erróneas, distorsionadas.

Por todo ello, es posible (y se debe) teorizar y plantearse estas cuestiones y hacerlo de diversas maneras. Éste es el objetivo principal de este trabajo y que se desarrollará en relación a dos cuestiones básicas e interrelacionadas de las que no pueden escapar las psicoterapias cognitivas: ¿cuál es el sujeto implícito en psicoterapias cognitivas? y ¿cuál es el tratamiento dado a la subjetividad y a la intersubjetividad en psicoterapias cognitivas?

MÉTODO

Para desarrollar los objetivos anteriores, el procedimiento principal consistirá en realizar un análisis teórico y conceptual del sujeto cognitivo partiendo de las acciones que éste realiza. Habría que señalar que se hará básicamente en relación a las psicoterapias cognitivas clásicas, identificadas con una perspectiva modernista, y correspondiendo a los modelos de reestructuración cognitiva y cognitivo-comportamentales (Caro, 1995).

LAS ACCIONES DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES EN PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

La psicoterapia cognitiva supone plantear un marco y un foco terapéutico en el que se asume que un paciente puede y debe:

1. Mirar en su interior.

2. Acceder a su marco interpretativo, comprendiendo su papel en sus problemas.

3. Trabajar con dicho marco, dándole la vuelta, modificándolo, ya sea haciendo un conocimiento más válido o más viable.

4. Establecer un vínculo de trabajo con el terapeuta.

Por su parte, el terapeuta asume que:

1. El sujeto tiene acceso y es consciente de su mundo cognitivo.

2. El terapeuta es capaz de aprehender, comprender, etc. aquello de lo que el paciente es consciente.

3. De esta comprensión proviene la posibilidad de trabajar con ello y de modificarlo.

4. Curiosamente, el terapeuta trata de forma "objetiva", lo que es pura "subjetividad".

RESULTADOS

En función de los antecedentes ya señalados nos encontramos con la existencia de 3 tipos de sujetos en el marco cognitivo (en Caro, 2015).

EL SUJETO COGNITIVO COMO INTROSPECTIVO Y CONSCIENTE

El primero de ellos es un sujeto *introspectivo* y *consciente* que es aquel que observa lo que pasa en su interior, tiene libre acceso y puede llegar a ser consciente de su mundo cognitivo. Este sujeto sería fundamental y el sujeto de la acción de buena parte del tratamiento cognitivo. La terapia cognitiva reconoce y da por empleada esta capacidad introspectiva y consciente del sujeto (Beck, 1976), aunque no la desarrolla. Para un terapeuta cognitivo la subjetividad del sujeto se hace posible mediante estas capacidades. Así, los componentes básicos de la consciencia son típicamente cognitivos, es decir, el conocimiento, las creencias y las actitudes (Frith & Rees, 2007). Es este sujeto cognitivo el que puede acceder a su mundo subjetivo. Éste es un sujeto típicamente cartesiano, siendo el "cogito" la base para todo el conocimiento (Pérez, 2012). Estamos, pues, ante el típico sujeto dentro de la concepción modernista que tiene la capacidad para la auto-conciencia y la reflexividad (Caro, 2003).

Se asume que la introspección es un tema complejo, pero se la puede considerar como directa e incorregible (Costall, 2006), y de esta manera, el individuo conoce su mente mejor que ninguna otra persona (Gillespie, 2006). Esto no quiere decir que el terapeuta cognitivo infiere, ingenuamente, que existe una ventana para el paciente sobre todo su mundo cognitivo. Tampoco se asume que toda la actividad cognitiva sea completamente consciente, deliberada, sin esfuerzo o bajo un procesamiento controlado (Clark, 1995).

Como planteó William James poéticamente, "toda nuestra vida mental, es como la vida de un pájaro, y parece estar compuesta de una alternancia entre volar y posarse" (James, 1884, p. 2).

EL SUJETO COMO UN INDIGENTE COGNITIVO

El terapeuta cognitivo aplica una teorización a estos datos que aporta el sujeto introspectivo y consciente. Y mediante esta teorización vemos cómo el sujeto cognitivo no piensa de forma racional o cuidadosa, sino que emplea atajos cognitivos en forma de heurísticos, esquemas, atribuciones, etc. que hacen que la precisión se sustituya por la eficiencia (Operario & Fiske, 1999).

Buen ejemplo de ello lo tenemos en cómo gira, por ejemplo, el modelo de Beck en torno al concepto de esquema (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Un paciente emplea un esquema para interpretar y predecir de forma más rápida la información, sin necesidad de manejar una gran capacidad de procesamiento mental (James, Southam & Blackburn, 2004). Ahora bien, estos esquemas son facilitadores, pero también, disfuncionales. Y aquí radica un problema principal: *el paciente se equivoca.*

Esta es la impresión que tiene el terapeuta cognitivo de su paciente y, desde luego, que se la hace llegar. ¿Cómo?: señalando al paciente sus errores cognitivos, sus distorsiones, su filosofía de vida equivocada, irracional, etc. El mensaje es: "tu mundo subjetivo está equivocado. Tomas atajos que no son adaptativos, ni funcionales y habría que trabajar para que evites convertirte en un *monstruo cognitivo*" (Bargh, 1999). Estas equivocaciones, estos errores que detecta el terapeuta surgen en las tareas cognitivas, como el registro de pensamientos; forman parte importante de la conceptualización de cada caso cognitivo (Kuyken, Padesky & Dudley, 2009), y su modificación es la meta de buena parte de las técnicas cognitivas. Es decir, el terapeuta actúa para que el paciente modifique todo ello. Así, pasamos a un tercer tipo de sujeto.

EL SUJETO COGNITIVO COMO UN CIENTÍFICO ENTRENADO

Este sujeto es el que se busca y al que se le da la bienvenida en terapia cognitiva. Requiere de los otros dos, pero, sobre todo, del sujeto introspectivo y consciente. Todo el trabajo cognitivo se dirige hacia un sujeto que debe funcionar como un científico (Kelly, 1955), y como un científico con las mejores cualidades. Si empleamos la metáfora que nos ofreció Saint-Exupéry en "El Principito" (1943), el paciente, ayudado por su terapeuta, debe vestirse como un científico respetable y sabio que es capaz de seguir y de dar respuesta al desafío continuo que el terapeuta le plantea: desarrollar un conocimiento mejor y más válido.

El paciente cognitivo no debe ser un científico ingenuo, sino un científico entrenado que detecta lo que le causa problemas, buceando en su mundo subjetivo. Debe saber por qué tiene problemas y lo que está mal. Analiza, de la manera más racional posible, lo que le pasa, convirtiendo parte de su mundo subjetivo (por ejemplo, sus pensamientos) en hipótesis que se deben comprobar, analizando la lógica incorrecta que las sustenta, y verificándolas empíricamente. Técnicas como el diálogo socrático (base de todo el encuentro y el estilo terapéutico cognitivo, según Freeman, 2005), la búsqueda de pensamientos alternativos, el análisis de la lógica incorrecta, la comprobación de hipótesis, etc. ejemplifican a este tipo de sujeto y cómo lo busca el terapeuta de forma activa.

Pero para que funcione todo esto y se logre el necesario trabajo con estos tres tipos de sujetos, se requiere un marco compartido que será el foco de la Discusión.

DISCUSIÓN

Como se ha planteado con anterioridad, las terapias cognitivas no ofrecen una reflexión intersubjetiva, aunque parten, indudablemente, de un necesario marco subjetivo. ¿Por qué lo intersubjetivo está ausente del marco cognitivo? Porque, como he expuesto, se postula un sujeto típicamente cartesiano que se hace evidente a través de los supuestos de las teorías actuales más generalizadas sobre la mente (Zlatev, Racine, Sinha & Itkonen, 2008).

¿Por qué es esto así? Volviendo a la definición de intersubjetividad, y aunque existen diferencias en cuanto a definirla y enfocarla, podría existir un acuerdo básico en que lo intersubjetivo supone compartir contenido experiencial, como por ejemplo, sentimientos, pensamientos, percepciones, etc. entre una pluralidad de sujetos (Zlatev, et al., 2008). Pero aún hay que ir más allá, y situar todo ello en un contexto socio-cultural. Superando lo simplemente subjetivo, y entrando en el plano de lo intersubjetivo, hay que señalar que cada persona es un "nosotros", es decir, sujetos colectivos formados en la sociedad y en la historia (Stetsenko, 2013). Nuestros sistemas personales de conocimiento son sub-productos de las culturas en las que surgen (Hansen, 2014).

Desde esta perspectiva, ¿por qué podemos hacer terapia cognitiva? Porque el paciente está culturalmente "programado" para poderla hacer. Los pacientes no son mecanismos extraños, alienígenas que vienen del espacio, sino personas que comparten con sus terapeutas un marco de referencias y significados, sobre lo que se puede y debe hacer cuando uno busca la ayuda de un profesional. Retomando un ejemplo que planteaban Berger y Luckmann (1966), a un paciente en un marco de referencia occidental le va a sonar extraño que su terapeuta le pregunte o dirija su intervención hacia cuestiones que tengan que ver con el vudú o con la posesión demoniaca. No le va a ser extraño, sin embargo, que se le pregunte por cómo se siente en determinadas situaciones, qué le pasa por la cabeza cuando está triste, o se explore su miedo en determinadas situaciones.

Así, la terapia cognitiva necesita que paciente y terapeuta compartan un marco intersubjetivo, sobre el significado de las palabras, de lo que se hace, de lo que se le pide (por ejemplo, mirar en su interior o hacer tareas y actividades, en forma de técnicas, registros, etc. Cualquier psicoterapia no sólo reproduce el estatus-quo sino que al ser un producto de su época puede influir en creencias, valores, etc. de su momento socio-cultural (Prilleltensky, 1989; Throop, 2009). O como dijo Ehrenwald (1969), "la psicoterapia …. es arrastrada por sus corrientes visibles o subterráneas" (pág., 14, de la edición española). ¿Qué corriente arrastra a pacientes y terapeutas en el campo cognitivo y revalidando el marco socio-cultural en el que se ven inmersos y dotando de sentido inter-subjetivo a su actividad?

La psicoterapia cognitiva es un claro ejemplo de la sociedad occidental, americana y europea (véase un mayor desarrollo en Caro, 2017a). Desde esta perspectiva, el trabajo cognitivo se sustenta en una sociedad individualista que promociona valores terapéuticos tales como la auto-determinación, el desarrollo personal, la autonomía, el logro individual y el avance personal (James & Prilleltensky, 2002; Markus & Kitayama, 2010). El contenido que comparten pacientes y terapeutas cognitivos gira en torno a todo ello. Por ejemplo, como ya he comentado, se busca que el paciente bucee en su interior, detecte lo que está funcionando mal y ponga los medios (i.e., técnicas) por él mismo (junto con la ayuda de su terapeuta), para modificarlo y convertirse en una persona que controla sus síntomas, en un individuo autónomo. Para que la terapia cognitiva funcione, paciente y terapeuta deben ir al unísono, al respecto.

Se supone, por tanto, y se necesita la construcción de un dispositivo terapéutico en el que se premie el

trabajo con el individuo y con su acceso a su interior, y esto se hace desde una perspectiva de búsqueda de la racionalidad, la responsabilidad, la autonomía y el logro del control (Cushman, 1993; Dobson & Dobson, 2009; Kazarian & Evans, 1998). Por tanto, la terapia cognitiva sería una terapia de corte optimista (Messer & Woolfolk, 1998) que va a premiar la auto-estima, la auto-eficacia, y el optimismo, junto con la motivación intrínseca. El sujeto introspectivo se pone al servicio del científico entrenado para paliar los efectos del indigente cognitivo.

Desde esta concepción individualista y de logro del control, el mensaje que se hace llegar al paciente, y que el paciente debe asumir como propio es que esto es posible de conseguir, pero sólo gracias al trabajo duro, y al esfuerzo continuo. De la actitud y disponibilidad que manifestemos en psicoterapia va a depender el resultado de ella (Throop, 2009). Vemos todo ello, en las principales técnicas cognitivas, en el estilo terapéutico, en el vínculo de trabajo y metas que se establecen entre pacientes y terapeutas, etc. Simplificando mucho, podríamos decir que lo más importante es que haya una interacción entre paciente y terapeuta cuyo foco experiencial se hace a través de considerar a la cognición como razonamiento, es decir, convertir al sujeto en una maquina inferencial, en todo un sistema cognitivo en acción (Bem & Keijzer, 1996). Por ejemplo, se consideran los diálogos socráticos y la comprobación empírica de hipótesis como el *sine qua non* de las terapias cognitivas (Hollon & DiGiuseppe, 2010).

Creo que nada hay en el ideario cognitivo que lo aleje del ideario individualista. El foco de análisis y de tratamiento, la forma de abordarlo, toda la conceptualización de casos y el empleo de técnicas terapéuticas suponen este individuo y enfoque individualista, al que se le provee con la guía necesaria para lograr autonomía, desarrollo y avance personal. Ahora bien, como diría Sampson (1981, pág. 735) lo cognitivo relega la potencia individual al mundo interior de la *gimnasia mental.* Y así el terapeuta se convierte en el entrenador personal del paciente.

CONCLUSIÓN

Las psicoterapias cognitivas son un marco propicio para entender la importancia de la subjetividad. No obstante, esta cuestión no se desarrolla. Fundamentalmente, porque el modelo cognitivo, en terapia, está más preocupado por analizar cognitivamente los diversos trastornos, es decir, por la psicopatología y por saber cómo medir y modificar todo ello. En este sentido, en este área existe mucha teorización. Además, existe mucha teorización sobre técnicas, formulación y abordaje de casos, eficacia del modelo, etc. (véase, Caro, 2017b).

Desgraciadamente, donde no hay teorización es respecto a una comprensión más básica y amplia que describa al individuo y al sujeto de las acciones cognitivas. Finalmente, se pierde de vista que paciente y terapeuta comparten un marco inter-subjetivo. Éste es un marco socio-cultural, propio de la sociedad occidental. Lo que se hace en terapia cognitiva tiene sentido para paciente y terapeuta porque ambos comparten un marco experiencial similar.

Hay una sanción social que da sentido y significado a lo que se hace en terapia. La idea básica, para concluir, es que un modelo terapéutico es más que un cúmulo de técnicas, de probada eficacia. Es una teorización y anclaje en la sociedad, en el contexto en el que ha surgido. Tener esto en cuenta, sugiero, facilita su comprensión, supervivencia y desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ávila, A. (2013). Introducción. En A. Ávila (Ed.), *La tradición interpersonal* (pp. 29-56). Madrid: Ágora Relacional.

Bargh, J.A. (1999). The cognitive monster: The case against the controllability of automatic stereotype effects. En S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 361-382). Nueva York: Guilford.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.

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

Bem, S. & Keijzer, F. (1996). Recent changes in the concept of cognition. *Theory & Psychology, 6,* 449-469.

Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Londres: Penguin.

Caro, I. (1995). Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas. *Boletín de Psicología, 46*, 115-160.

Caro, I. (2003). La evolución cultural de las psicoterapias cognitivas: El largo y sinuoso camino. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones* (pp. 23-41). Barcelona: Paidós.

Caro, I. (2015). The subject in cognitive psychotherapy. *Anales de Psicología, 31*, 379-389.

Caro, I. (2017a). La base y el origen socio-cultural de las psicoterapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia, 107*, 271-294.

Caro, I. (2017b). Behavioural and Cognitive Psychotherapy: A descriptive review (2000 to July 2016). *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 45*, 321-336.

Clark, D.A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: A consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 9,* 153-172.

Costall, A. (2006). 'Introspectionism' and the mythical origins of scientific psychology. *Consciousness and Cognition, 15,* 634-654.

Cushman, P. (1993). Psychotherapy as moral discourse. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 13*, 103-113.

Dobson, K. S. & Dobson, K. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Nueva York: Guilford Press.

Ehrenwald, J. (1969). *Psychotherapy: Myth and method.* Nueva York: Grune & Stratton.

Freeman, A. (2005). Socratic dialogue. En A. Freeman, S.H. Felgoise, A. M. Nezu, C.M. Nezu & M.A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 380-384). Nueva York: Springer.

Frith, C. & Rees, G. (2007). A brief history of the scientific approach to the study of consciousness. En M. Verlmans & S. Schneider (Eds.), *The Blackwell companion to consciousness* (pp. 9-22). Oxford: Blackwell Publishing.

Gillespie, A. (2006). Descartes' demon. A dialogical analysis of Meditations on First Philosophy. *Theory & Psychology, 16,* 761-781.

Hansen, J.T. (2014). *Philosophical issues in counseling and psychotherapy*. Lahman: Rowman & Littlefield.

Hollon, S. D. & DiGiuseppe, R. (2010). Cognitive theories of psychotherapy. En J.C. Norcross, G.R. Vandenbos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy. Continuity and change* (pp. 201-241). Washington: APA.

James, I.A., Southam, L. & Blackburn, I.M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11,* 369-377.

James, S. & Prilleltensky, I. (2002). Cultural diversity and mental health. Towards integrative practice. *Clinical Psychology Review,* 22, 1133-1154.

James, W. (1884). On some omissions of introspective psychology. *Mind, 33*, 1-26.

Kazarian, S.D. & Evans, D.R. (1998). Cultural clinical psychology. En S.S. Kazarian & D.R. Evans (Eds.), *Cultural clinical psychology:* Theory, research, and practice (pp. 3-38). Nueva York: Oxford University Press.

Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs.* Nueva York: Norton.

Kuyken, W., Padesky, C. & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization*. Nueva York. Guilford.

Markus, H.R & Kitayama, S. (2010). Cultures and selves: A cycle of mutual constitution. *Perspectives on Psychological Science, 5,* 420-430.

Martin, J. & Gillespie, A. (2013). Position exchange theory and personhood: moving between positions and perspectives within physical, socio-cultural, and psychological space and time. En J. Martin & M.H. Bickard (Eds.), *The psychology of personhood* (pp. 147-164). Cambridge: Cambridge University Press.

Mascolo, M.F. (2016). Beyond objectivity and subjectivity: The intersubjective foundations of psychological science. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 50*, 543-554.

Messer, S.B. & Woolfolk, R.L. (1998). Philosophical issues in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science & Practice, 5,* 251-263.

Operario, D. & Fiske, S.T. (1999). Social cognition permeates social psychology: Motivated mental processes guide the study of human social behavior. *Asian Journal of Social Psychology, 2*, 63-78.

Pérez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.

Prilleltensky, I. (1989). Psychology and the status-quo. *American Psychologist, 44*, 795-802.

Rose, N. (2013). *Governing the soul*. Londres: Free Association. (2º ed.)

Sampson, E.E. (1981). Cognitive psychology as ideology. *American Psychologist, 36,* 730-743.

Stetsenko, A. (2013). Theorizing personhood for the world in transition and change: reflections from a transformative activist stance on human development. En J. Martin & M.H. Bickard (Eds.), *The psychology of personhood* (pp. 181-201). Cambridge: Cambridge University Press.

Throop, E. (2009). *Psychotherapy, American culture and social policy. Immoral individualism*. Nueva York: Palgrave.

Valsiner, J. (2006). *Culture in minds and societies: Foundations of cultural psychology*. Nueva Deli: Worcester.

Valsiner, J. (2012). *A guided science. History of psychology in the mirror of its making*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Zlatev, J., Racine, T.P., Sinha, C. & Itkonen, E. (2008). Intersubjectivity. What makes us human? En J. Zlatev, T.P. Racine, C. Sinha & E. Itkonen (Eds.), *The shared mind. Perspectives on intersubjectivity* (pp. 1-14). Amsterdam: John Benjamins.

TRABAJO Y ORGANIZACIONES

BUSCANDO EVIDENCIAS DE PERSONALIDAD EN LOS PERFILES DE LINKEDIN

SEARCHING FOR PERSONALITY EVIDENCES IN LINKEDIN.

David Aguado[1,2*], Ángel Álvarez-Soler[2], Francisco Álvarez[3] y Sonia Rodríguez-Sobrino[2]

[1]*Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Psicología Social y Metodología*

[2]*Instituto de Ingeniería del Conocimiento*

[3]*BLC Iberian Executive Search*

Resumen

Cada vez más, las compañías utilizan los entornos digitales para desarrollar sus procesos de negocio y gestión. El uso de LinkedIn en los procesos selectivos de personal es un claro ejemplo de ello. LinkedIn se ha convertido en los últimos años en una de las principales herramientas utilizadas por los profesionales del reclutamiento y la selección. Sin embargo, a pesar de que se han desarrollado trabajos sobre otras redes sociales como Facebook, existe una ausencia casi total de estudios que muestren cómo la información y uso que se hace de los perfiles de LinkedIn se relaciona con la personalidad de los usuarios. Así, el objetivo de este trabajo es explorar si existe relación entre la personalidad de los usuarios de LinkedIn y el contenido existente en sus perfiles profesionales. En el estudio, de carácter descriptivo-correlacional, los participantes (*N*=57) todos ellos profesionales, cumplimentaron un cuestionario para evaluar su personalidad en términos de los cinco grandes factores de personalidad y, además, se extrajeron de sus perfiles de LinkedIn 34 indicadores (i.e. número de contactos, longitud del extracto presentado, número de validaciones recibidas, etc.). Los resultados muestran que la personalidad de los usuarios correlaciona con algunos de los indicadores que reflejan el uso que las personas hacen de su perfil LinkedIn. Aspectos como la presencia o ausencia de foto identificativa, las acciones de voluntariado señaladas, la duración de la formación universitaria, o las recomendaciones recibidas, se encuentran relacionadas con la personalidad de los usuarios. El estudio tiene algunas limitaciones: (a) los resultados hallados se han obtenido a partir de la exploración de una muestra de participantes muy limitada; (b) además, el estudio se desarrolla desde una perspectiva descriptiva que debiera complementarse con una aproximación causal y explicativa de las relaciones halladas. Respecto de las implicaciones es importante señalar que encontrar evidencias de la personalidad de los individuos en sus perfiles de LinkedIn supone un importante avance en el campo aplicado de la selección de personal: la personalidad de sus usuarios es un elemento clave en el desarrollo de procesos eficaces.

Palabras Clave: Reclutamiento, Selección de Personal, Redes Sociales, LinkedIn.

Abstract

Increasingly, companies use digital environments to develop their business and management processes. The use of LinkedIn in the recruitment and selection processes is a clear example of this. LinkedIn has in recent years become one of the top tools used by recruiting professionals in organizations. However, while research has been developed on other social networks like Facebook, there is an important absence of studies that show how the information and use of LinkedIn profiles is related to the personality of the users. Thus, the objective of this work is to explore whether there is a relationship between the personality of the LinkedIn users and the existing content in their professional LinkedIn profiles. In our descriptive-correlational study, the participants (*N* = 57), all of them professionals, filled out a questionnaire to evaluate their personality in terms of the Five Factor Model. In addition, 34 indicators were extracted from their LinkedIn profiles. Results show that personality correlates with some of the LinkedIn indicators. Aspects

*Correspondencia: David Aguado.
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
C.P: 28049, Madrid, España.
E-mail: david.aguado@uam.es

such as the presence or absence of a photo identification, volunteer actions indicated, duration of university training, or recommendations received, are related to the personality of the users. The study has some limitations: (a) the results found have been obtained from the exploration of a very limited sample of participants; (b) in addition, the study is developed from a descriptive perspective that should be complemented by a causal and explanatory approach to the relationships found. Regarding implications, we point out that finding evidence of the personality of individuals in their LinkedIn profiles is an important advance in the applied field of personnel selection: the assessment of personality is a key element in the development of effective processes.
Key words: Recruitment, Personnel Selection, Social Networks, LinkedIn.

Es un hecho que la última década, tras la revolución que supuso internet en los años 90, nos ha traído un mundo hiper-conectado a través de las Plataformas de Redes Sociales (Social Networking Webs, SNWs) como Facebook, Pinterest, Twitter, Google+, LinkedIn, blogs, Instagram, etc. Estas plataformas permiten que los usuarios compartan contenido auto-desarrollado con su red de contactos (Kaplan & Haenlein, 2010). El contenido compartido es lo que suele diferenciar a una red de otra. En Instagram se comparten fotografías comentadas, en Twitter se comparten textos cortos de carácter personal o profesional, en Facebook se suelen compartir contenidos personales y en LinkedIn profesionales. El hecho es que el uso de estas plataformas es francamente abrumador. Mensualmente hay más de 1.5 millones de usuarios en Facebook, más de 4 millones en Google+, y 3.3 y 2 millones en Twitter y LinkedIn respectivamente (Internet Live Stats, 2016). Las organizaciones no han sido ajenas al potencial que estas comunidades de usuarios tienen para el desarrollo de sus negocios y, tampoco, los profesionales dedicados a la gestión de recursos humanos, especialmente aquellos dedicados al reclutamiento y la selección (Stopfer & Gosling, 2013). En España, el último informe Infoempleo-Adecco (2016) sobre el uso de las redes sociales y el mercado de trabajo señala cómo el 84% de los reclutadores captan talento a través de las SNWs (con LinkedIn a la cabeza: 74%). Además, el 21% de los reclutadores decide contratar a candidatos por su actividad en las SNWs y el 33% ha decidido en alguna ocasión rechazar a un candidato por la utilización que hace de ellas. Como colofón, el 69% de los profesionales indica que los usuarios activos en estas redes sociales tienen más oportunidades de encontrar trabajo que los que no lo son.

Este interés, sin duda, está relacionado con las grandes ventajas que aportan las SNWs a los profesionales: no hay costes de administración, la información la mantiene el candidato y, a menudo, la información está actualizada en tiempo real. Sin embargo, a pesar del extraordinario uso y crecimiento, existe una importante ausencia de estudios que permitan señalar a los profesionales del reclutamiento y la selección cómo utilizar con garantías la información contenida en los perfiles SNWs de cara a desarrollar procesos selectivos de calidad (Brown & Vaughn, 2011, Kluemper, 2013, Nikolaou, 2014). ¿Cómo se producen las valoraciones de la información contenida en el SNW? ¿Qué Rol tiene la información incompleta? ¿Y la negativa? ¿Qué se está midiendo? ¿Qué correlaciones existen con otras herramientas? ¿Qué capacidad de predicción? ¿Hay impacto adverso que favorezca a determinados grupos sociales o étnicos? ¿Qué reacciones provoca en los evaluados? Son solo algunas de las preguntas que necesariamente han de ir progresivamente siendo respondidas con el objetivo de realizar una utilización de calidad de las SNWs. Desde este punto de vista, tal como señalan Roth, Bobko, Van Iddekinge, & Thatcher (2016), los SNWs debieran ser considerados y examinados como instrumentos de selección y valorados en función del estudio de su fiabilidad y validez mediante procedimientos estándar bien conocidos y aplicados en el campo del testing.

En esta línea diferentes estudios han mostrado como la actividad en las SNWs puede ser utilizada como evidencia de las actitudes, valores y personalidad de sus usuarios. Analizando los "*me gusta*" de Facebook, Markovikj, Gievska, Kosinski, & Stillwell (2013) mostraban cómo se podía predecir con un 70-90% de acierto la religión, orientación sexual y hábitos como fumar o beber, de los usuarios. Teniendo en cuenta las palabras utilizadas por los usuarios en sus publicaciones en Facebook, Schwartz et al. (2013) consiguen identificar también con precisión la personalidad de los usuarios. Similares resultados han sido encontrados por otros autores (Gosling, Augustine, Vazire, Holtzmann, &

Gaddis, 2013; Quercia, Lambiotte, Stillwell, Kosinski, & Crowcroft, 2012, Quercia, Kosinski, & Stillwell. 2011; Seidman, 2013; Youyou, Kosinki & Stillwell, 2015). A pesar de estos prometedores resultados, ha de señalarse que han sido obtenidos trabajando con una única SNW: Facebook. Sin embargo, no todas las SNWs cumplen con los mismos objetivos y función (Salazar-Calle & Romero-Sánchez, 2015): mientras que Facebook es una red recreativa, LinkedIn lo es profesional, siendo la red más utilizada en España en los contextos de selección de personal (Infoempleo-Adecco, 2016).

En línea con lo anterior, el objetivo de este trabajo es analizar en qué grado la información presente en los perfiles de LinkedIn de los usuarios nos aporta evidencias acerca de su personalidad.

MÉTODO

PARTICIPANTES

57 participantes. Todos voluntarios y profesionales. 50% mujeres. Edad media 34,51 años (Rango 20-56).

MATERIALES

Información recogida del perfil de LinkedIn. Se recogieren 34 indicadores del perfil de LinkedIn de los participantes (ver Tabla 1).

Personalidad. Medida de los Cinco Grandes de Personalidad obtenida a partir del cuestionario on-line versión breve (BFCP Internet; Aguado, Lucía, Ponte, & Arranz, 2008).

PROCEDIMIENTO

La participación fue voluntaria, no remunerada y todos los participantes cumplimentaron el correspondiente consentimiento informado. Los participantes fueron reclutados a partir de su participación en un programa de desarrollo de habilidades. Se vincularon al perfil LinkedIn de la investigación (para poder acceder a él) y cumplimentaron de forma on-line y no supervisada el cuestionario de personalidad. La recogida de datos del perfil de LinkedIn se realizó de manera manual por el equipo de investigación.

DISEÑO

El trabajo responde a una investigación exploratoria con un diseño correlacional.

RESULTADOS

En la Tabla 1 mostramos los estadísticos descriptivos de las medidas utilizadas. En las medidas de LinkedIn existe una gran diferencia en la escala de medida de cada una de las variables. Desde la *Presencia Foto* que es un valor dicotómico hasta los *Contactos* que es una variable que permite registrar desde cero contactos hasta 500, pasando por las *Formaciones Universitarias* que tienen un rango de entre 0 y 5. Tanto el rango

Tabla 1
Estadísticos Descriptivos de las Medidas

		Media	D.T.	Min.	Máx.
LinkedIn					
	Presencia Foto	1,77	0,42	1	2
	Contactos	247,74	186,40	0	500
	Actividad	2,19	5,16	0	25
	Fuentes de Acceso	0,44	0,85	0	4
	Categorías Rellenadas	8,35	2,42	2	14
	Extensión Extracto	2,75	1,70	0	12
	Publicaciones Realizadas	0,14	0,69	0	5
	Roles Mostrados	1,61	2,18	0	8
	Experiencias Mostradas	13,23	6,30	0	28

Tabla 1 (Continuación)
Estadísticos Descriptivos de las Medidas

		Media	D.T.	Min.	Máx.
	Duración Experiencia Mostrada	240,87	129,23	0	606
	Proyectos Mostrados	1,84	3,83	0	16
	Colaboradores Mostrados	1,38	4,47	0	23
	Duración Proyectos	18,55	48,51	0	274
	Organizaciones con las que ha trabajado	0,21	0,56	0	3
	Experiencias Voluntariado	0,37	0,82	0	3
	Búsquedas de Voluntariado	0,21	0,53	0	2
	Causas Benéficas	1,58	2,60	0	10
	Formaciones Universitarias	1,93	1,13	0	5
	Duración Formación Universitaria	5,84	3,60	0	14
	Formaciones no Universitarias	5,28	8,74	0	45
	Duración Formación no Universitaria	74,18	172,45	0	719
	Certificaciones Aportadas	0,53	1,23	0	7
	Idiomas Aportados	1,67	1,33	0	4
	Reconocimientos	0,05	0,29	0	2
	Aptitudes Validadas	21,70	12,54	0	50
	Total validaciones	158,56	173,66	0	880
	Recomendaciones recibidas	1,77	2,88	0	12
	Recomendaciones enviadas	0,75	1,49	0	7
	Amplitud Texto Recomendaciones	2,42	3,87	0	18
	Noticias que sigue	1,91	3,29	0	21
	Empresas que sigue	23,28	27,99	0	136
	Universidades que sigue	1,46	1,40	0	6
	Grupos que sigue	8,63	9,76	0	46
	Intereses mostrados	0,79	2,07	0	9
Personalidad					
	Ajuste emocional	5,16	2,38	1	10
	Extraversión	4,40	1,96	1	9
	Cordialidad	5,33	2,17	2	10
	Responsabilidad	5,80	1,98	1	10
	Apertura a la experiencia	5,22	2,19	2	9

de medida de cada una de las variables como las medias obtenidas son dependientes de la muestra con la que se han obtenido y, hasta donde llega nuestro conocimiento, no existen tablas de comparación o baremos que puedan poner en valor los valores obtenidos. Al observar las variables de personalidad podemos ver que se mueven sobre el punto medio de la escala (1-10), siendo *Responsabilidad* la dimensión que mayor media obtiene (5,80) y *Extraversión* la menor (4,40). Para poder controlar la variabilidad en el resto de los análisis se trabajó con las puntuaciones típicas de cada variable.

La exploración de las relaciones existentes entre las variables obtenidas del perfil de LinkedIn y la valoración de su personalidad se realizó a través del estudio de las inter-correlaciones (Tabla 2) y del análisis las diferencias de medias de las variables de LinkedIn sobre los grupos de altos y bajos en las dimensiones de personalidad (Tabla 3). Como se aprecia en la tabla de correlaciones para todas las variables de personalidad encontramos alguna relación con las variables de LinkedIn. Con el *Ajuste Emocional* aparecen correlacionadas de forma positiva los indicadores de LinkedIn: *Presencia de Foto, Número de Experiencias Mostradas, Número de Organizaciones en las que ha trabajado, Número de Búsquedas de Voluntariado, Duración de la formación Universitaria, Número de Certificaciones aportadas y Número de Reconocimientos.* Con la *Extraversión* aparecen correlacionadas las variables de LinkedIn: *Presencia de Foto, Número de Reconocimientos, Número de Aptitudes Validadas y Amplitud del Texto de las Recomendaciones*. Con la *Cordialidad* aparece correlacionada únicamente el *Número de causas benéficas.* Con la *Responsabilidad* aparecen correlacionadas de manera negativa: Número de proyectos mostrados, *Número de colaboradores mostrados, Número de Formaciones no universitarias, Duración de la Formación no universitaria, Número de idiomas aportados, Número total de validaciones y Número de recomendaciones enviadas*. Finalmente con la *Apertura a la Experiencia* correlacionan positiva y significativamente las variables: *Número de recomendaciones recibidas y Amplitud del texto de las recomendaciones.*

Tabla 2
Correlaciones entre las medidas LinkedIn y las medidas de personalidad

	A. Em.	Extra.	Cord.	Resp.	Ap. Exp.
Presencia Foto	,289*	,258!	,147	-,150	-,178
Contactos	,029	,217	,032	-,073	,128
Actividad	,086	,064	,036	,026	,223
Fuentes de Acceso	-,055	-,034	-,002	-,218	,011
Categorías Rellenadas	,141	,180	,192	,031	,115
Extensión Extracto	-,045	,157	-,051	-,046	-,083
Publicaciones Realizadas	-,061	-,102	-,149	,146	-,009
Roles Mostrados	-,049	,183	,038	,125	-,054
Experiencias Mostradas	,272!	-,027	-,183	-,019	-,184
Duración Experiencia Mostrada	,100	,058	,135	,029	-,231

Tabla 2 (Continuación)
Correlaciones entre las medidas LinkedIn y las medidas de personalidad

	A. Em.	Extra.	Cord.	Resp.	Ap. Exp.
Proyectos Mostrados	-,040	-,061	-,071	-,241!	-,133
Colaboradores Mostrados	,022	,124	-,102	-,245!	,064
Duración Proyectos	,039	-,006	,083	-,228	,023
Organizaciones con las que ha trabajado	,277!	,197	,194	,023	,115
Experiencias Voluntariado	-,112	,049	,072	-,227	,211
Búsquedas de Voluntariado	,388**	,079	,241	,061	,073
Causas Benéficas	-,076	,019	,243!	,110	,100
Formaciones Universitarias	,158	,108	-,032	,094	-,076
Duración Formación Universitaria	,380**	,102	,012	,008	,006
Formaciones no Universitarias	-,096	-,069	,051	-,286*	-,115
Duración Formación no Universitaria	,031	-,031	,066	-,257!	-,075
Certificaciones Aportadas	,254!	,212	,055	-,191	,204
Idiomas Aportados	,103	,053	-,010	-,267!	,055
Reconocimientos	,288*	,359*	,091	-,046	,157
Aptitudes Validadas	,139	,249!	-,012	-,105	,009
Total validaciones	,107	,120	-,058	-,270!	-,089
Recomendaciones recibidas	,073	,156	,099	-,077	,297*
Recomendaciones enviadas	-,191	-,045	-,005	-,264!	,064
Amplitud Texto Recomendaciones	,074	,376*	,242	,072	,302*
Noticias que sigue	,052	,113	,008	,011	,222
Empresas que sigue	-,192	,113	,117	-,195	,131
Universidades que sigue	,010	-,062	-,050	-,099	-,019
Grupos que sigue	-,036	,014	-,038	-,164	-,009
Intereses mostrados	-,107	,142	,230	,007	,131

A. Em: Ajuste Emocional; Extra.: Extraversión; Cord.: Cordialidad; Resp.: Responsabilidad; Ap. Exp.: Apertura a la Experiencia; *Correlación significativa $p < ,05$; **Correlación significativa $p < ,01$; !Correlación significativa $p < ,1$

En la Tabla 3 señalamos las diferencias de medias que han resultado significativas. Para cada dimensión de personalidad se formaron dos grupos a partir del punto de corte que establece el percentil 50 (*Ajuste Emocional, 5; Extraversión, 4; Cordialidad, 5; Responsabilidad, 6; y Apertura a la Experiencia, 5*. Para *Ajuste Emocional* las variables *Número de Organizaciones con las que ha trabajado y Número de búsquedas de voluntariado* obtienen medias significativamente diferentes en ambos grupos, siendo superiores las del grupo con alto *Ajuste Emocional*. Para *Cordialidad*, además de las dos anteriores, también muestran medias significativamente diferentes el *Número de causas benéficas*, el *Número de recomendaciones recibidas*

y la *Amplitud del texto de las recomendaciones,* siendo en todos los casos superiores las medias en el grupo de alta *Cordialidad*. Al analizar la dimensión de *Responsabilidad* encontramos que la *Duración de los proyectos y el Número total de validaciones* difieren significativamente en ambos grupos, pero en este caso es el grupo de baja *Responsabilidad* el que obtiene medias superiores en ambas variables. Observando la Apertura a la Experiencia encontramos como el grupo de participantes con puntuaciones altas obtiene medias significativamente superiores en las variables *Número de recomendaciones recibidas, Amplitud del texto de las recomendaciones y Número de certificaciones aportadas.* Finalmente, respecto de la Extraversión el grupo de puntuaciones altas obtuvo una media significativamente superior en el *Número de organizaciones con las que ha trabajado*.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran evidencias iniciales de las relaciones que existen entre la información contenida en los perfiles de LinkedIn de un grupo de profesionales y su personalidad. De las 34 variables LinkedIn que establecimos inicialmente encontramos que un subconjunto de ellas está relacionado con la personalidad de los participantes. Tomando de forma conjunta los resultados parece que los participantes con mayor *Ajuste Emocional* tienden a hacer un uso de LinkedIn en el que dan más información básica sobre ellos mismos (presencia de foto, experiencias mostradas, organizaciones con las que han trabajado), indican una mayor formación universitaria y un mayor número de certificaciones, y además, reciben más reconocimientos. Los *Extravertidos* parecen caracterizarse también por una mayor presencia de foto en su perfil, con un mayor número de organizaciones con las que han trabajado y con una mayor relación con su red a partir de las recomendaciones y las aptitudes validadas. Respecto de los participantes con más *Cordialidad* se apunta a que además de recibir más y más amplias recomendaciones y tener también un mayor número de organizaciones con las que se ha trabajado, muestran una mayor tendencia

Tabla 3.
Diferencia de medias de las variables LinkedIn en las variables de personalidad

	Ajuste Emocional			Cordialidad			Responsabilidad			Apertura Experiencia			Extraversión		
	Bajo (N= 30)	Alto (N= 27)	Dif.	Bajo (N= 29)	Alto (N= 28)	Dif.	Bajo (N= 29)	Alto (N= 28)	Dif.	Bajo (N= 27)	Alto (N= 30)	Dif.	Bajo (N= 26)	Alto (N= 31)	Dif.
Organizaciones con las que ha trabajado	-0,257	0,286	-0,543*	-0,315	0,326	-0,641**							-0,308	0,258	-0,566*
Búsquedas de Voluntariado	-0,273	0,304	-0,577*	-0,269	0,279	-0,548*									
Causas Benéficas				-0,276	0,286	-0,562*									
Recomendaciones Recibidas				-0,22	0,228	-0,448¡				-0,37	0,333	-0,703**			
Amplitud Texto de las Recomendaciones				-0,248	0,269	-0,517¡				-0,316	0,344	-0,660*			
Duración Proyectos							0,232	-0,241	0,473¡						
Total Validaciones							0,224	-0,232	0,456¡						
Certificaciones Aportadas										-0,278	0,25	-0,528*			

Dif.: Diferencia entre las medias mostradas; **Diferencia Significativa con p <,01; *Diferencia significativa con p <,05; ¡Diferencia significativa con p <0,1

en las búsquedas de voluntariado y de causas benéficas. Al examinar qué es lo que sucede con la *Responsabilidad*, parece que las personas más responsables tienden a realizar un uso más comedido de LinkedIn mostrando una carrera menos amplia: muestran menos proyectos y menor duración de los mismos y menos colaboradores. Además, indican una menor formación universitaria y menos duración de la misma. También envían menos recomendaciones y reciben un menor número de validaciones. Por último, la Apertura a la Experiencia parece estar caracterizada por una mayor relación con la red a través las recomendaciones recibidas y la amplitud del texto de las mismas.

Los resultados son importantes desde un punto de vista académico ya que se requiere del desarrollo de modelos teóricos que nos permitan explicar cómo la personalidad influye en cómo las personas utilizamos las diferentes SNWs. Por otro lado, los resultados pueden ayudar a los profesionales del reclutamiento y la selección a ir más allá de la información explícita que aparece en el perfil LinkedIn.

El estudio presentado es inicial y de carácter descriptivo y tiene algunas limitaciones. Por un lado el bajo número de participantes limita la generalización de los resultados encontrados. Por otro, la aproximación descriptiva del estudio hace necesario el desarrollo de estudios experimentales que exploren cómo la personalidad influye en cómo se gestionan los perfiles y la información que muestran y, cómo, de vuelta, puede inferirse la personalidad a través de la información contenida en LinkedIn.

Algunas cuestiones que creemos relevantes para el desarrollo de la investigación en esta línea están relacionadas con (a) la elaboración de baremos que permitan poner en su marco de referencia algunas de las medidas que se obtienen de LinkedIn (como por ejemplo el número de contactos, o el número de grupos que se siguen); y (b) el estudio de la estructura o dimensionalidad subyacente a la información que se presenta en los perfiles.

CONCLUSIONES

En este estudio se han presentado evidencias iniciales acerca de la relación entre la personalidad de los participantes y la información contenida en sus perfiles de LinkedIn. Los resultados parecen mostrar evidencias que permiten mostrar dicha relación y suponen una ayuda para los profesionales del reclutamiento y la selección a la hora de analizar los perfiles LinkedIn de los candidatos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado, D., Lucía, B., Ponte, G. y Arranz, V. (2008). Análisis inicial de las Propiedades Psicométricas del Cuestionario BFCP Internet para la Evaluación de Big Five. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada REMA, 13* (2), 15-30.

Brown, V. R., & Vaughn, E. D. (2011). The writing on the (Facebook) wall: The use of social networking sites in hiring decisions. *Journal of Business and Psychology, 26,* 219–225. doi: 10.1007/s10869-011-9221-x

Gosling, S. D., Augustine, A. A., Vazire, S., Holtzmann, N., & Gaddis, S. (2011). Manifestations of personality in online social networks: Self-reported Facebook-related behaviors and observable profile information. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14,* 483–488.

Infoempleo-Adecco (2016). *Redes sociales y mercado de trabajo*. Disponible en http://www.adeccorientaempleo.com/webwp/wp-content/uploads/2017/02/Informe-2017-Empleo-y-Redes-Infoempleo-Adecco-2.pdf (descargado 17 Mayo de 2017).

Internet Live Stats (2016). Available at http://www.internetlivestats.com (acceso 30 Mayo de 2016)

Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business horizons, 53,* 59-68. doi: 10.1016/j.bushor.2009.09.003

Kluemper, D. H. (2013). Social network screening: Pitfalls, possibilities, and parallels in employment selection. In Tanya Bondarouk, Miguel R. Olivas-Luján (Eds.) *Social Media in Human Resources Management (Advanced Series in Management, Volume 12)* (1 – 21). Emerald Group Publishing Limited. doi: 10.1108/S1877-6361(2013)0000012005

Markovikj, D., Gievska, S., Kosinski, M., & Stillwell, D. (2013). Mining facebook data for predictive personality modeling. In *Proceedings of the 7th international AAAI conference on Weblogs and Social Media (ICWSM 2013), Boston, MA, USA* (pp. 23-26).

Nikolaou (2014). Social networking web sites in job search and employee recruitment. *International Journal of Selection and Assessment* 22, 179-189. doi: 10.1111/ijsa.12067

Quercia, D., Kosinski, M., Stillwell, D., & Crowcroft, J. (2011). Our twitter profiles, our selves: Predicting personality with twitter. *In Privacy, Security, Risk and Trust (PASSAT) and 2011 IEEE Third International Conference on Social Computing (SocialCom), IEEE* (pp. 180-185). IEEE.

Quercia, D., Lambiotte, R., Stillwell, D., Kosinski, M., & Crowcroft, J. (2012). The personality of popular facebook users. *In Proceedings of the ACM 2012 conference on computer supported cooperative work* (pp. 955-964). ACM.

Roth, P. L., Bobko, P., Van Iddekinge, C. H., & Thatcher, J. B. (2016). Social media in employee-selection-related decisions a research agenda for uncharted territory. *Journal of Management 42,* 269-298. doi: 10.1177/0149206313503018

Salazar-Calle, J. & Romero-Sánchez, D. (2015). *Usa LinkedIn como si fueras un experto*. Auto-editado.

Schwartz, H. A., Eichstaedt, J. C., Kern, M. L., Dziurzynski, L., Ramones, S. M., Agrawal, M. & Ungar, L. H. (2013). *Personality, gender, and age in the language of social media: The open-vocabulary approach. PloS one,8*(9), e73791.

Seidman, G. (2013). Self-presentation and belonging on Facebook: How personality influences social media use and motivations. *Personality and Individual Differences, 54*(3), 402-407.

Stopfer, J. M., & Gosling, S. D. (2013). Online social networks in the work context. In D. Derks & A. Bakker (Eds.), *The psychology of digital media at work* (39–59). London: Psychology Press.

Youyou, W., Kosinski, M., & Stillwell, D. (2015). Computer-based personality judgments are more accurate than those made by humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences,112*(4), 1036-1040.

NECESIDADES PSICOLÓGICAS DE LOS ARTISTAS ESCÉNICOS
(Un importante nicho de empleabilidad para los psicólogos)
PSYCHOLOGICAL NEEDS OF THE SCENIC ARTISTS
(An important niche of employment for the psychologists)

Prof. Dr. Amador Cernuda-Lago

Psicólogo

Universidad Rey Juan Carlos

Resumen

Las industrias culturales y creativas representan el 3% del PIB mundial, proporcionan más puestos de trabajo que juntas todas las industrias automovilísticas de Europa, Estados Unidos y Japón, generan 2.250 millones de dólares anuales y dan empleo a 29,5 millones de personas. En Europa representan el 25% de los empleos (7,1 millones) y el 32% de los ingresos. En España las artes suponen el 3,5% del PIB. Se muestran los resultados de un estudio realizado sobre artistas escénicos retirados, 614 (bailarines, músicos, cantantes, actores,...) a los que se ha realizado una entrevista clínica y un cuestionario para detectar necesidades, problemas y conocer los procesos de adaptación a la vida fuera del escenario. El 70% de los participantes en el estudio refieren haber tenido problemas emocionales y complicaciones psicológicas. El mundo artístico y escénico es una vía de empleabilidad para el psicólogo porque muchas necesidades pueden ser cubiertas por nuestra ciencia.

Palabras clave: Artistas escénicos, Jubilación, Empleabilidad, Problemas psicológicos.

Abstract

The cultural and creative industries represent 3% of the world GDP, they provide many more jobs than all together car industries of Europe, The United States and Japan, generate $2.250 million annually and employ 29.5 million people. In Europe they represent 25% of the employments (7.1 millions) and 32% of the income. In Spain the arts are 3.5% of the GDP. Detailed results are shown in a study realized on scenic retired artists, 614 (dancers, musicians, singers, actors,...) to whom a clinical interview and a questionnaire has been realized to detect needs, problems and to know the processes of adjustment to the life out of the scene. 70% of study participants reported to have had emotional problems and psychological complications. The artistic and scenic world is a route of employment for the psychologists because many needs can be covered by our science.

Key words: Scenic artists, Retirement, Employment, Psychological problems.

Las industrias culturales y creativas representan el 3% del PIB mundial, sumando más puestos de trabajo que las industrias automovilísticas de Europa, Japón y Estados Unidos juntas y generan 2.250 millones de dólares anuales, proporcionando empleo a 29,5 millones de personas según los análisis de la firma mundial de auditoría Ernst & Young, la UNESCO y la Confederación Internacional de Sociedades de Autores y Compositores (CISAC). En Europa representan el 25% de los empleos y el 32% de los ingresos estimándose como el segundo mercado y el número uno en publicidad. Jean Michel Jarre, Embajador de Buena Voluntad de la UNESCO, insiste en que hay que determinar políticas que respalden los derechos y cuidados de los artistas, ya que estos contribuyen significativamente en la economía mundial.

Las artes suponen el 3,5% del PIB español y 7,1 millones de empleos en la UE, "más que la automoción, la siderurgia o las telecomunicaciones"; sin embargo, hay muy pocos profesionales de la psicología introducidos en este ámbito, que es un nicho de empleabilidad destacable. Por razones varias, hace más de tres décadas, tuve que trasladar los métodos de la psicología del deporte y del alto rendimiento al

Correspondencia: Prof. Dr. Amador Cernuda Lago
Universidad Rey Juan Carlos
Instituto Universitario Danza Alicia Alonso (IUDAA)
Campus de Fuenlabrada
Camino del Molino s/n - Despacho 002 Biblioteca
C.P:28943 Fuenlabrada (Madrid) España
Email: amador.cernuda@gmail.com

ámbito del arte, desarrollando varios programas de intervención, y puedo afirmar que es un área con una gran necesidad de aplicación de la psicología y, por lo tanto, de la labor del psicólogo. Dada la necesidad del sector y las posibilidades científicas de apoyo que puede aportar nuestra ciencia -cuya contribución en la actualidad es muy minoritaria, pero muy reconocida- es por lo que marco en el título entre paréntesis que es un auténtico nicho de empleabilidad y de fortalecimiento del interés social y profesional por nuestro trabajo.

La mayoría de los artistas escénicos necesitan de un acompañamiento, de un apoyo gracias al cual obtener las bases y la formación que les falta para poder empezar una nueva vida laboral al retirarse de los escenarios, ya sea en el campo del arte o en otros campos. Esta iniciativa nos parece de vital importancia ya que en nuestro país no existe ningún organismo que se ocupe de esa transición importante que sufren los artistas al tener que reintegrarse al mundo laboral, como les ocurre a algunos bailarines alrededor de los 40 años y, aunque les pueda suceder algo más tarde, también a músicos y actores. Actualmente esta situación ha empeorado debido a los recortes por la crisis, lo que les dificulta aún más obtener un nuevo trabajo.

Aunque todos los artistas deberían tener previsto su futuro más allá de los escenarios, lo cierto es que resulta muy difícil fijarse objetivos ajenos a la danza, al teatro o a la música mientras se está en activo; por ello, es importante que los profesionales, al terminar su periodo como bailarines activos, actores con demanda laboral y músicos del circuito profesional, puedan formarse y encontrar vías para labrarse un futuro profesional, bien dentro de las actividades que rodean el mundo del arte (regiduría, vestuario, escenografía, repetición, docencia, programadores culturales, gestores, iluminadores, coreógrafos, técnicos...) o bien fuera del gremio.

Es crucial que seamos capaces de afrontar el momento de la retirada minimizando el impacto emocional, lo cual es mucho más fácil si se puede visualizar ya un futuro profesional ajeno a las tablas con el que también puedan sentirse realizados.

Al igual que atletas y otros profesionales del deporte, la carrera del bailarín, del actor, del músico, evoluciona según su edad y condición física, así como, sus capacidades de rendimiento expresivo. A partir de los 35 años las oportunidades de trabajo pueden empezar a disminuir y algunos bailarines se enfrentan al fin de su carrera como intérpretes. Los actores y músicos tienen más posibilidades según su éxito profesional y posibilidades de adaptación a nuevos roles interpretativos. Además, las condiciones laborales están cambiando en todas partes y aunque algunos ballets nacionales/compañías nacionales de danza, siguen ofreciendo programas de jubilación temprana, algo que solía ser la norma, en la actualidad los bailarines, por lo general, no gozan de dicha seguridad. La tendencia es empujarlos a trabajar como autónomos. Incluso en aquellos países donde dichos programas de jubilación siguen estando vigentes, hay cada vez una mayor negativa a extenderlos a los nuevos artistas que ingresan en la profesión, quienes, a su vez, son empleados por lo general con contratos de corta duración; de hecho, el estatus como trabajador del bailarín en Europa es muy variado, razón por la cual encontrar un programa que se adapte a sus necesidades se transforma en un auténtico reto.

Todo artista se dedica a su profesión con una devoción y resolución que con frecuencia deja poco lugar para otras consideraciones. Es una carrera profesional en la que tanto la formación como la incorporación al mercado laboral se producen normalmente a una temprana edad y, probablemente, el bailarín no habrá dedicado mucho tiempo a pensar en un futuro laboral en el cual no pueda trabajar como intérprete. Sin duda es necesario ofrecerles apoyo para que puedan reflexionar sobre las diferentes opciones profesionales a las que pueden optar y, cuando sea necesario, reorientar su carrera en una dirección diferente, a lo largo de su vida laboral. Este apoyo es más necesario que nunca en un momento en el cual los bailarines afrontan necesidades financieras apremiantes, debido a la falta de apoyo desde el sistema de pensiones. En algunos países, tanto comunitarios como no comunitarios, existen estructuras de apoyo a la transición de los trabajadores y soluciones adaptadas para estos profesionales, así como, interesantes programas de apoyo y asesoramiento al bailarín en Transición que han demostrado su eficacia.

En algunos países se cuenta con información y recursos estadísticos sobre el perfil del bailarín y otros artistas escénicos; sin embargo, en la mayoría de estos países, esta información y recursos estadísticos proviene de estudios o informes publicados por las asociaciones de profesionales.

En Europa prácticamente no existen estadísticas oficiales ni información que permita trazar un perfil exacto del bailarín; del actor o del músico, en particular, información relativa al género, edad, origen étnico y social, itinerario educativo y carrera profesional. No hay estadísticas oficiales sobre la Transición Profesional de los artistas, bailarínes, actores y músicos, y la investigación al respecto es además escasa; es decir, poco se sabe sobre la edad y las condiciones en las cuales los artistas ingresan y abandonan su profesión, si acceden o no a programas de Transición Profesional y, en caso afirmativo, la forma en la que lo hacen. Existen algunas notables excepciones como Alemania, Finlandia, Francia, Noruega y Suecia donde se han llevado adelante algunas investigaciones y las autoridades públicas han recopilado información estadística, aunque no en todos los aspectos mencionados anteriormente. En España, por ejemplo, solo hay información exhaustiva sobre el perfil de los estudiantes y profesores de danza, principalmente en centros oficiales. Según la gran mayoría de los sindicatos de toda Europa se percibe como una gran necesidad el establecimiento de Programas de Transición y en varios países hay un debate en curso sobre los Programas de Transición para Artistas.

Existe una obvia necesidad de reforzar la recolección de datos estadísticos en el plano nacional (y regional) sobre el perfil del artista, los diferentes itinerarios de su carrera profesional y su Transición Profesional. Además, como los bailarines desarrollan su actividad en varios países a lo largo de su vida profesional, un sistema coordinado de recolección de datos y estadísticas sobre el perfil del artista y su carrera profesional en el espacio europeo sería de un gran valor para el sector de las artes y para quienes tienen capacidad de decisión política en los diferentes países.

Los primeros trabajos sobre la retirada del alto rendimiento fueron fundamentalmente especulativos y basados en impresiones de profesionales que habían trabajado con deportistas profesionales o amateurs. Paralelamente, varios autores estudiaron los efectos de la retirada deportiva y la adquisición de nuevos roles, Baillie & Danish, (1992), Blinde & Greendorfer (1985). Gran parte de la bibliografía se ha centrado también en los efectos traumáticos y negativos, Blinde & Stratta (1992); así como, en los desórdenes emocionales o psicológicos manifestados en conductas como consumo de alcohol o adicción a las drogas, Hill & Lowe (1974). Otros autores Taylor & Ogilvie (1994) sugieren que para muchos deportistas la retirada implica nuevas oportunidades para el crecimiento y desarrollo personal. En España, el primer estudio sobre el tema se hizo a instancias del Consejo Superior de Deportes, en la década de los años 90, por mediación de Herminio Menéndez, importante deportista español que participó en cuatro Juegos Olímpicos, y desde su cargo de Subdirector del CSD inició un proyecto sobre la retirada de los deportistas de élite que se iba a presentar como iniciativa española en el Consejo de Europa. Un estudio psicológico realizado a instancias del Consejo Superior de Deportes (CSD) con atletas retirados, encargado a dos especialistas del alto rendimiento que conocían este ámbito desde diferentes perspectivas. En el estudio realizado por Cernuda y Albertos (1991) -el primero de estas características- se entrevistaron a deportistas de élite que fueron divididos en tres grupos de trabajo: los que se retiraron antes de los Juegos de Los Ángeles 84, los que lo hicieron tras esta cita olímpica y los que lo dejaron tras Seúl 88. Las respuestas de los deportistas fueron realizadas con garantías de confidencialidad. Los testimonios recolectados permitieron conocer que existía un importante sufrimiento en el colectivo y la existencia de diferentes problemas emocionales y de adaptación a la vida extradeportiva. Los resultados de este estudio y diferentes tragedias protagonizadas por importantes deportistas de la época, magnificadas por la prensa, permitieron la puesta en marcha de programas y servicios de atención para intentar minimizar los efectos de los procesos de transición de los deportistas de elite, colectivo muy similar en características y problemática al de los artistas escénicos profesionales.

Con posterioridad Cernuda (2013) realiza otro estudio en el que analiza a deportistas retirados de las olimpiadas de Barcelona 1992, Atlanta 1996, Sídney 2000, Atenas 2004 y Pekín 2008. En este estudio, presentado en el Congreso Internacional de Psiquiatría Interpsiquis, concluye que la adaptación de los deportistas retirados a su vida extra-deportiva no debería prepararse a posteriori, sino anticiparse a ello. La recomendación es empezar a trabajar en este hecho entre 2 y 3 años antes de que la jubilación acontezca. La retirada del deporte de alto rendimiento genera desafíos que deben ser sopesados por el deportista acerca de su futuro y la oportunidad de abordar nuevas metas. El retiro puede ser una experiencia positiva y generadora

de nuevas oportunidades profesionales si se trabaja adecuadamente en él. No todos los deportistas de élite han generado los suficientes ingresos como para vivir de las rentas y deben empezar una nueva vida cuando otras personas de su edad ya están consolidadas profesionalmente. El tema de los bailarines profesionales es mucho más complejo y afecta igualmente a todos los países, al igual que atletas y otros profesionales del deporte, la carrera del bailarín evoluciona según su edad y condición física.

En 2005, en la Universidad de Princeton, se realizó un estudio pionero sobre el proceso de transición de bailarines profesionales que marcó las directrices de posteriores proyectos, Jeffri (2005). Posteriormente, EuroFIA desarrolló con éxito el esquema del Pasaporte de la Danza que permitía facilitar apoyo sindical a los bailarines que se encontraban trabajando en otro país. El resultado obtenido animó a EuroFIA a embarcarse en otro proyecto relacionado con los bailarines centrado esta vez en los retos específicos que tiene todo bailarín para poder seguir en activo profesionalmente. Primero se realizó una encuesta en la que participaron 22 sindicatos de 20 países europeos y más tarde, el 26 de junio de 2011, se celebró en Berlín un seminario sobre el proyecto con la presencia de más de un centenar de participantes, la mayoría de ellos delegados sindicales. La gama de perfiles de empleo y condiciones, la exigencia propia del trabajo y la gran movilidad de los bailarines simboliza que los sindicatos tienen un importante reto en cuanto a la efectividad de sus servicios para brindar un apoyo ajustado a las necesidades de estos profesionales. A través de una serie de paneles de discusión y presentaciones, el Seminario facilitó el espacio para que los delegados reflexionaran sobre la mejor forma de ajustar los esquemas de reconversión, teniendo en cuenta la situación nacional y sus necesidades. Quedó claro que no existe un modelo único de solución para todos, pero el intercambio resaltó los principios y elementos claves para que un esquema de reconversión pueda ser capaz de cubrir, de manera eficiente, las necesidades de los bailarines.

En el actual contexto de crisis financiera y económica, la seguridad del empleo, la Seguridad Social y los esquemas de protección social para los bailarines y demás artistas escénicos se ven cada vez más amenazados; todo ello hace aún más inaplazable la necesidad de brindar un mejor acceso a los esquemas de reconversión y elaborar planes de formación sólidos para bailarines, actores y músicos. Su desarrollo sobre las bases y derechos existentes es importante para de este modo elaborar esquemas fuertes y con recursos, ya que puede ser un error desprenderse de derechos ya adquiridos para reemplazarlos por esquemas de reconversión que, aunque especializados, puedan no ofrecer el mismo nivel de apoyo financiero o de otro tipo.

En 2014, Cernuda realizó un primer estudio con artistas de la especialidad de danza. Se trabajó en profundidad con 279 bailarines retirados a los que se entrevistó y se les aplicó diferentes tests psicológicos, concluyendo que es necesario establecer programas para facilitar la transición profesional y prevenir problemáticas, insistiendo en la importancia de, incluso en periodos formativos, contemplar la impartición de planes de formación preparatorios y mejorar las políticas legislativas. Tras la publicación de este primer estudio en nuestro país, otros colectivos de artistas pidieron que se hiciera algo parecido para conocer la realidad de los miembros retirados de su colectivo y este estudio muestra los resultados.

MÉTODO

PARTICIPANTES

614 artistas retirados: 325 bailarines, 191 músicos y cantantes, 98 actores de teatro, cine, y artistas de circo.

MATERIALES

STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, MMPI-2-RF (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado) de Y.S. Ben-Porath y A. Tellegen.

PROCEDIMIENTO

La investigación que presentamos ha consistido en un estudio exploratorio en el que se ha realizado una entrevista clínica y aplicado un cuestionario elaborado para conocer sus problemas, necesidades y procesos de adaptación, así como, diferentes pruebas de evaluación psicológica.

DISEÑO

Experimental.

RESULTADOS

De todos los artistas analizados nos hemos encontrado las principales problemáticas en el colectivo de artistas relacionados con la danza. Los bailarines son los que muestran las mayores presiones y dificultades de transición debido a la importancia que tiene la edad en la capacidad de rendimiento físico. Algunas características de virtuosismo son más viables en artistas jóvenes que en bailarines maduros que pueden tener una expresividad más hecha, pero las destrezas técnicas y las capacidades de superar los límites se ven dificultadas con la edad. En períodos tan tempranos como los 35-40 años muchos profesionales empiezan a encontrar dificultades de trabajo y a sentirse rechazados de los ámbitos profesionales de primer nivel. Las lesiones tampoco perdonan y aceleran estos procesos produciendo una dificultad psicológica inevitable, con la derivación de problemas de autoestima, depresión, falta de seguridad y confianza; de esta forma, de un amargamiento inicial, se pasa a problemáticas emocionales muy variadas. Los músicos tienen más posibilidades de llegar a edades más avanzadas debido a las ventajas de la experiencia en algunos instrumentos y los actores, según su especialización escénica, pueden incluso alcanzar los mayores éxitos y la plenitud a edades más avanzadas, aunque en roles de jóvenes tienen la mayor capacidad de trabajo. Hemos encontrado una variada problemática a nivel psicológico, social, y económico que plantea la necesidad de elaborar políticas específicas para este colectivo de artistas. Dependiendo de las alternativas profesionales, la situación económica y las posibilidades de apoyo, las problemáticas son muy variadas: el consumo de tóxicos y alcohol para desviar el afrontamiento de la realidad, los síntomas depresivos, los problemas del sueño, los trastornos alimentarios, la inestabilidad emocional, etc., son acompañantes habituales que tienen que ser compensados con ayudas farmacológicas y, más minoritariamente, con psicoterapia. El índice de psicopatologías es muy variado y persistente, en muchos casos el sufrimiento se desborda ante el disimulo y enmascaramiento de los verdaderos problemas que requieren sensibilidad y conocimiento de parte de los sanitarios que pueden ayudar a equilibrar estas problemáticas y a facilitar la adaptación a las inevitables transiciones.

Un 70% de los artistas analizados reconocen, muestran y refieren problemas emocionales de diferente índole que amenazan la estabilidad del individuo. Estas problemáticas tienen una relación directa con aspectos económicos. Los individuos más afectados no tienen una situación económica estable y ello agrava su situación y sentimientos. Contrariamente, los más estables económicamente muestran muy poca problemática. El tener una vivienda en propiedad es el factor más protector y predictor de bienestar. Podemos afirmar que la situación económica es un factor muy a tener en cuenta para evitar las complicaciones de salud mental en el futuro. Los individuos más estables de este colectivo y con mejores perspectivas de futuro son los que tienen una mayor calidad de vida.

DISCUSIÓN

La transición a la jubilación de este colectivo profesional necesita el apoyo del sector sanitario para prevenir problemáticas derivadas del radical cambio de vida que se produce en estos profesionales. Sería muy positivo introducir la reflexión de estos aspectos durante su periodo inicial formativo para poder establecer alternativas que faciliten un progresivo proceso de alejamiento de los escenarios, sin caer en el repentino cambio radical de forma de vida que tantos problemas produce en la actualidad al colectivo y, desde un punto de vista gubernamental legislativo, sería preciso establecer políticas realistas que aborden la situación y necesidades de estos profesionales que sufren en silencio después de dedicarse años a regalar belleza, sonrisas y lágrimas a la ciudadanía, rellenando parcelas del ocio de toda la población a través del cine, de la danza, del teatro y demás espectáculos.

Un 91% han afirmado que habría sido muy importante para ellos que hubiera existido algún proceso preparatorio para su jubilación y la presencia de un psicólogo en sus períodos de formación y en sus etapas de desarrollo profesional para potenciar sus competencias y prevenir los problemas de su retirada.

CONCLUSIONES

Dados los datos que refleja este estudio, que analiza los problemas psicológicos de retirada del mundo escénico de este grupo de artistas analizado y los datos aportados por otros estudios que profundizan en los problemas existentes en el sector, podemos

afirmar que es muy necesaria la incorporación de la psicología y del psicólogo en este grupo profesional.

El mundo escénico-artístico es un ámbito en el que psicólogo debe estar presente porque muchas de sus necesidades pueden ser cubiertas por nuestra ciencia. Claramente este colectivo necesita la atención de los profesionales de la psicología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baillie, P.H., & Danish, S.J. (1992). Understanding the career transition of athletes. *The Sport Psychologist, 6:* 77-98.

Blinde, E.M., & Greendorfer, S.L. (1985). A reconceptualization of the process of leaving the role of competitive athlete. *International Review of Sport Sociology, 20*, 87-94.

Blinde, E.M., & Stratta, T.M. (1992). The sport career death of college athletes. Involuntary and unanticipated sport exists. *Journal of Sport Behavior, 15*, 3-20.

Cernuda, A., y Albertos, M. (1991). La Importancia de la post-competición y la retirada de los deportistas de élite. Primeras Jornadas Técnicas del Cuidado de Deportistas de Alto Rendimiento. Fundación Amigos del Deporte. Madrid, España, p. 20-28.

Cernuda, A. (2013). Problemas psicológicos en la jubilación de deportistas de élite. Comunicación presentada en el XIV Congreso Virtual Interpsiquis de Psiquiatría.

Cernuda, A. (2014). Efectos psicológicos y sociales del proceso de jubilación del bailarín profesional. En La Investigación en Danza en España. p. 253-258. Valencia. Mahali Ediciones.

Hill, P., & Lowe, B. (1974). The inevitable metathesis of the retiring athlete. *International Review for the Sociology of Sport,* 9(3-4), 5-29.

Jeffri, J. (2005). The Advance Project: A study of career transition for professional dancers CPANDA ed. Princeton, NJ: Cultural Policy and the Arts National Data Archive.

Taylor, J., & Ogilvie, B.C. (1994). A conceptual model of adaption to retirement among athletes. *Journal of Applied Sport Pychology* 6, 1-20.

DEMANDAS OBSTACULIZADORAS EN EL TRABAJO: EL EFECTO DEL ESTRÉS DE ROL EN LA RELACIÓN ENTRE ENGAGEMENT Y SATISFACCIÓN LABORAL

HINDRANCE JOB DEMANDS IN THE WORKPLACE: THE IMPACT OF ROLE STRESS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN WORK ENGAGEMENT AND JOB SATISFACTION

Alejandro Orgambídez-Ramos* y Myriam Benítez-González

Departamento de Psicología Social, Trabajo Social, Antropología Social y Estudios del Asia Oriental. Universidad de Málaga

Resumen

El objetivo de este estudio es comprobar el papel moderador del estrés de rol (ambigüedad y conflicto) en la relación entre *engagement* y satisfacción en el trabajo. Se obtuvieron datos de una muestra de 435 trabajadores del sur de España (M_{edad} = 39.17, 50.11% mujeres) y se realizaron modelos de regresión lineal múltiple y jerárquica para comprobar el efecto moderador. Los resultados mostraron que el conflicto de rol, la ambigüedad de rol y el *engagement* en el trabajo fueron predictores significativos de la satisfacción laboral. Las interacciones significativas observadas mostraron que la ambigüedad y el conflicto de rol reducen los efectos del engagement sobre la satisfacción con las prestaciones y la supervisión, respectivamente. Las empresas deberían realizar un esfuerzo en definir y clarificar los roles profesionales en la organización para prevenir el estrés y aumentar el *engagement* y la satisfacción de sus empleados.

Palabras-clave: Conflicto de rol, Ambigüedad de rol, *Engagement* en el trabajo, Moderación.

Abstract

The aim of this study is to examine the moderator role of role stress (ambiguity and conflict) in the relationship between work engagement and job satisfaction. Data was collected from 435 workers from southern Spain (M_{age} = 37.11, 50.11% women). Moderation analyses were carried out using multiple and hierarchical linear regression models. Job satisfaction was significantly predicted by role conflict, role ambiguity and work engagement. The significant interactions in predicting job satisfaction showed that role conflict and role ambiguity reduces the effects of work engagement on job satisfaction with benefits and with supervision, respectively. Companies should make an effort to define and clarify professional and organizational roles to prevent stress and increase work engagement and job satisfaction of its employees.

Key words: Role conflict, Role ambiguity, Work engagement, Moderation

En la actualidad, el concepto de *engagement* en el trabajo ha adquirido una creciente importancia y presencia en las organizaciones por sus consecuencias beneficiosas en el bienestar, el desempeño y las actitudes laborales de los trabajadores (Bakker & Demerouti, 2013; Demerouti & Bakker, 2011). Según Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002), el *engagement* se define como un estado mental positivo relacionado con el trabajo donde pueden distinguirse tres elementos: el vigor, la dedicación y la absorción. El vigor hace referencia a los elevados niveles de energía y resistencia mental en el trabajo, relacionado con el deseo de invertir esfuerzo y tiempo incluso cuando surgen obstáculos y contratiempos. La dedicación se relaciona con una elevada implicación laboral, junto con la manifestación de un sentimiento de significado, entusiasmo, inspiración y orgullo en el trabajo. Por último, la absorción aparece cuando la persona está plenamente concentrada en el trabajo mientras el tiempo pasa muy rápido, experimentando serias dificultades para desconectar de lo que se está haciendo (Schaufeli et al., 2002).

*Correspondencia: Alejandro Orgambídez Ramos.
Departamento de Psicología Social, Trabajo Social, Antropología Social y Estudios del Asia Oriental. Facultad de Psicología, Campus Universitario de Teatinos s/n
C.P: 29071 Málaga, España.
E-mail: aorgambidez@uma.es

El *engagement* ha sido especialmente estudiado a partir del modelo Demandas-Recursos Laborales (DRL) (Bakker & Demerouti, 2013; Demerouti & Bakker, 2011). Este modelo plantea que en cualquier puesto de trabajo se encuentran dos tipos de elementos: demandas y recursos laborales. Las primeras son características de la organización que requieren de un esfuerzo por parte del trabajador para ser realizadas (p.ej., movilizar a un paciente de una cama) conllevando un coste físico y/o psicológico (p.ej., fatiga física). Los recursos laborales son las características físicas, psicológicas, sociales u organizacionales que permiten hacer frente a las demandas (p.ej., un sistema de poleas para la movilización de pacientes) (Bakker & Demerouti, 2013; Demerouti & Bakker, 2011). Las demandas laborales elevadas, donde no se permite la recuperación del trabajador, provocan el síndrome de quemarse en el trabajo o burnout, mientras que los recursos laborales se relacionan con el *engagement* en el trabajo.

Diversas investigaciones (Saks, 2006; Simpson, 2009) han demostrado la asociación entre *engagement* y satisfacción laboral, compromiso organizacional e intención de abandonar la empresa. Si los empleados *engaged* perciben que el trabajo que realizan es importante y muestran un mejor desempeño en sus tareas, entonces valorarán de un modo más positivo las funciones laborales que realizan y experimentarán mayores niveles de satisfacción en el trabajo (Durán, Extremera, Montalbán, & Rey, 2005; Orgambídez-Ramos, Borrego-Alés, & Mendoza-Sierra, 2014; Orgambídez-Ramos, Pérez-Moreno, & Borrego-Alés, 2015).

Dentro de las demandas laborales, cabe destacar los estresores de rol por su impacto en el burnout y la satisfacción de los trabajadores (EU-OSHA, 2014). El conflicto y la ambigüedad de rol son dos de los obstáculos más comunes de los trabajadores al enfrentarse a las nuevas exigencias en las empresas, frecuentemente sin la información y los recursos necesarios para ello (Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, & Sanz, 2008; Osca, González-Camino, Bardera, & Peiró, 2003).

La ambigüedad de rol se refiere al grado de disponibilidad de la información requerida en un puesto de trabajo y se produce por la falta de información o su comunicación inadecuada. Se trata de la incertidumbre o la falta de claridad que la persona tiene de su rol en la empresa. Por su parte, el conflicto de rol se refiere a la situación creada por demandas y expectativas incompatibles entre sí y enviadas a la misma persona: atener a unas implica desatender a las otras (Garrosa et al., 2008; Osca et al., 2003).

Además, el estrés de rol es considerado como una demanda obstaculizadora (*hindrance job demands*) (Podsakoff, LePine, & LePine, 2007). Las demandas obstaculizadoras son aquellas que impiden al trabajador ser eficaz y competente para alcanzar sus metas: serían las demandas o estresores "malos" por naturaleza. En este sentido, se ha observado que tanto la ambigüedad como el conflicto de rol se asocian negativamente con el *engagement*, la satisfacción laboral y la implicación con el trabajo, y positivamente con la ansiedad, la depresión, el *burnout* y los trastornos psicosomáticos (Cervoni & Delucia-Waack, 2011; Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, & Rodríguez-Carvajal, 2011; Orgambídez-Ramos et al., 2014; Orgambídez-Ramos et al., 2015).

Según el modelo DRL, los recursos laborales y el *engagement* actúan como variables moderadoras entre el *burnout* y resultados organizacionales tales como insatisfacción laboral, malestar psicológico y bajo desempeño laboral (Bakker & Demerouti, 2013; Demerouti & Bakker, 2011). En la misma línea, cabría esperarse que las demandas laborales obstaculizadoras, como el estrés de rol, posean un papel moderador en la relación entre el *engagement* y sus consecuencias, como por ejemplo la satisfacción laboral. En consecuencia, el análisis de las relaciones entre estrés de rol como moderador, *engagement* y satisfacción laboral se torna necesario por su aportación a la literatura científica sobre el modelo DRL, así como por sus implicaciones prácticas en términos de prevención de riesgos psicosociales y de potenciación del bienestar en el trabajo. En este sentido, el objetivo de este estudio es analizar el papel del estrés de rol como variable moderadora entre el *engagement* en el trabajo y la satisfacción laboral: los trabajadores con elevadas puntuaciones en estrés de rol presentarán menores puntuaciones en satisfacción laboral en situaciones de elevado *engagement*.

MÉTODO

PARTICIPANTES

El criterio de selección de los participantes fue el poseer un año de experiencia profesional en el puesto de trabajo como mínimo en el momento de realización del estudio. La muestra final se compuso por 435 trabajadores, con una media de edad de 39.17 años

(*SD* = 10.21), oscilando entre los 18 y los 24 años. 218 trabajadores (50.11%) son mujeres.

MATERIALES

Engagement. Se usó la versión reducida y en castellano del *Utrech Work Engagement* (UWES) (Schaufeli et al., 2002). Los 9 ítems de la escala se agrupan en dimensiones: vigor (3 ítems), dedicación (3 ítems) y absorción (3 ítems). Las respuestas fueron dadas usando una escala tipo Likert de 0: Nunca/Ninguna vez a 6: Siempre/Todos los días. Mayores puntuaciones expresan mayores niveles de *engagement* en el trabajo. El coeficiente alpha de Cronbach obtenido en este estudio fue de .93.

Estrés de rol. Se utilizó la versión española (Peiró, Meliá, Torres, & Zurriaga, 1986) de la escala de estrés de rol de Rizzo et al. (1970), que consta de 12 ítems distribuidos en dos dimensiones: ambigüedad de rol (6 ítems) y conflicto de rol (7 ítems). Se les pedía a los participantes que respondieran a los ítems usando una ecala tipo Likert desde 1: *Muy en desacuerdo* hasta 7: *Muy de acuerdo*. Elevadas puntuaciones indican elevados niveles de estrés de rol relativo a la ambigüedad y el conflicto. Los coeficientes de consistencia interna (alpha de Cronbach) obtenidos en este estudio fueron de .86 y .87 para ambigüedad y conflicto de rol, respectivamente.

Satisfacción laboral. Se utilizaron los 12 ítems de la escala S10/12 de Meliá y Peiró (1989) repartidos en tres dimensiones: satisfacción con la supervisión (6 ítems), con el ambiente físico (4 ítems) y con las prestaciones (2 ítems). Los participantes respondían mediante una escala Likert de 1: *Muy insatisfecho* a 7: *Muy satisfecho*. Los coeficientes alpha de Cronbach obtenidos en este estudio fueron de .91 para satisfacción con la supervisión, .78 para satisfacción con el ambiente físico y .87 para satisfacción con las prestaciones.

PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario aplicado de forma individual y en horario laboral. Los investigadores se desplazaron por las diferentes empresas y, tras una reunión con la dirección de cada organización, se solicitaba su participación en el estudio. Tras la autorización, los cuestionarios fueron aplicados a todos los trabajadores que cumplían con el criterio anteriormente indicado y que se ofrecieron a participar en la investigación. Antes de comenzar, se dieron las instrucciones del cuestionario y se garantizó la total confidencialidad de los datos aportados.

DISEÑO

Se llevó a cabo un estudio ex post facto retrospectivo de un único grupo con múltiples medidas (Montero & León, 2007) mediante un muestreo por conveniencia en empresas de servicios del sur de España.

RESULTADOS

MODELO DE MEDIDA

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para verificar la validez discriminante de los constructos del estudio. En primer lugar, se puso a prueba un modelo con una estructura de seis factores: un factor de *engagement*, un factor de ambigüedad de rol, un factor de conflicto de rol de rol y tres factores de satisfacción (con la supervisión, con el ambiente físico y con las prestaciones). Este modelo obtuvo índices de ajuste adecuados conforme a las recomendaciones de Hu y Bentler (1999): $X^2(309) = 1045.77$, $p < .001$, CFI (*Comparative Fit Index*) = .92 y TLI (*Tucker-Lewis Index*) = .93 superiores a .90, y RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) = .06 [90%CI = .06 - .07] y SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) = .05 inferiores a .08 (Hu & Bentler, 1999). Estos resultados dan apoyo a la validez de la medida de los diferentes constructos evaluados en este estudio.

DESCRIPTIVOS Y CORRELACIONES

En la Tabla 1 se muestran las medias, desviaciones típicas, asimetría, curtosis y correlaciones de las variables del estudio, así como la fiabilidad de las escalas. Los análisis de correlación muestran que, tal y como se esperaba, la ambigüedad de rol y el conflicto de rol se relacionaron negativamente ($p < .001$) con las tres dimensiones de la satisfacción laboral: con la supervisión ($r = -.40$ y $r = -.19$), con ambiente físico ($r = -.33$ y $r = -.14$, respectivamente) y con las prestaciones ($r = -.25$ y $r = -.29$, respectivamente). Por el contrario, el engagement se asoció positiva y significativamente con la satisfacción con la supervisión ($r = .36$, $p < .001$), con el ambiente físico ($r = .34$, $p < .001$) y las prestaciones ($r = .20$, $p < .001$).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos y correlaciones de las variables del estudio

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
1. Engagement	(.93)	-.40	-.17	.41	.32	.43
2. Ambigüedad de rol		(.86)	.17	-.49	-.42	-.46
3. Conflicto de rol			(.87)	-.33	-.36	-.30
4. Satis. supervisión				(.91)	.64	.54
5. Satis. prestaciones físicas					(.78)	.55
6. Satis. ambiente físico						(.87)
Media	5.00	2.43	3.79	4.65	4.48	4.79
Desviación típica	1.31	1.07	1.43	1.40	1.67	1.27
Asimetría	-.63	0.97	-.07	-0.51	-0.51	-0.53

Nota. Los coeficientes de fiabilidad se encuentran en la diagonal y entre paréntesis. Todos los coeficientes de correlación son estadísticamente significativos ($p < .001$)

ANÁLISIS DE MODERACIÓN

Para comprobar el papel moderador del estrés de rol -ambigüedad y conflicto- en la relación entre *engagement* y satisfacción con el trabajo, se han calculado varios modelos de regresión múltiple lineal y jerárquica siguiendo las recomendaciones de Hayes (2013). Existe moderación cuando la interacción entre la variable predictora y la variable moderadora dé como resultado un coeficiente de regresión significativo en la varianza explicada. Previo a todos los análisis, las variables predictora y moderadora fueron centradas (convertidas en puntuaciones diferenciales) para reducir la multicolinearidad. La Tabla 2 recoge los resultados de las regresiones.

Las variables sociodemográficas sexo y tipo de trabajo fueron introducidas en el primer paso como variables control. Cada tipo de estrés -ambigüedad y conflicto- y el *engagement* fueron introducidas en

Tabla 2
Resultados del análisis de regresión jerárquica, coeficientes de regresión estandarizados. Predictores de la satisfacción laboral

	Satisfacción supervisión			*Satisfacción prestaciones*			*Satisfacción ambiente*		
	Paso 1	*Paso 2*	*Paso 3*	*Paso 1*	*Paso 2*	*Paso 3*	*Paso 1*	*Paso 2*	*Paso 3*
Sexo	.02	.05	.05	.09	.03	.03	.06	-.02	-.02
Tipo de trabajo	.03	.04	.05	.08	.08	.08	.09	.08	.08
Engagement (E)		.23**	.38**		.16**	.40**		.27**	.33**
Ambigüedad (AR)		-.39**	-.20		-.35**	.01		-.35**	-.27*
E x AR			-.18			-.35**			-.08
R^2 (Ajustado)	.04	.31	.30	.02	.21	.22	.03	.29	.28
Sexo	-.02	.06	.06	.09	.06	.06	.06	.07	.02
Tipo de trabajo	.01	.08	.08	.08	.09	.09	.07	.08	.10
Engagement (E)		.33**	.65**		.23**	.28**		.36**	.37**
Conflicto (CR)		-.28**	.13		-.34**	-.26*		-.25**	-.24*
E x CR			-.46**			-.08			-.01
R^2 (Ajustado)	.04	.26	.25	.02	.21	.21	.03	.24	.24

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$

el segundo paso. Finalmente, en el tercer paso se introdujo el efecto de moderación para comprobar si era significativa o no (Hayes, 2013).

Los resultados muestran la existencia de dos interacciones significativas: ambigüedad de rol y *engagement* sobre satisfacción con las prestaciones, y conflicto de rol y *engagement* sobre satisfacción con la supervisión. Relativamente a la primera interacción encontrada, la Figura 1 recoge las rectas de regresión del *engagement* en el trabajo sobre la satisfacción con las prestaciones en función de los diferentes niveles de ambigüedad de rol, desde 1 (bajo) a 7 (elevado). El aumento de la ambigüedad de rol hace que la pendiente de regresión del *engagement* sobre la satisfacción con las prestaciones disminuya, llegando a no ser significativa (p = .09 cuando la ambigüedad es elevada).

En relación con la segunda interacción observada, la Figura 2 muestra las rectas de regresión del *engagement* en el trabajo sobre la satisfacción con la supervisión en función de los diferentes niveles de conflicto de rol, desde 1 (bajo) a 7 (elevado). Se observa que la pendiente de regresión del *engagement* sobre la satisfacción tiende a reducirse a medida que aumenta el conflicto de rol, llegando a no ser significativa cuando el conflicto de rol es elevado (p = .08).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido analizar si la ambigüedad y el conflicto de rol moderan la relación entre el *engagement* en el trabajo y la satisfacción laboral en una muestra de trabajadores de empresas de servicios del sur de España.

Los análisis de correlación muestran que tanto el *engagement* como el estrés de rol -ambigüedad y conflicto de rol- se relacionan de forma significativa con la satisfacción laboral, de forma consistente con los resultados observados en otros estudios (Cervoni & Delucia-Waack, 2011; Durán et al., 2005; Garrosa et al., 2011; Orgambídez-Ramos et al., 2014; Orgambídez-Ramos et al., 2015).

Los trabajadores *engaged* se muestran más satisfechos en el trabajo, se sienten más comprometidos y manifiestan menores intenciones de abandono del puesto y de la organización (Saks, 2006; Simpson, 2009). Las experiencias mentales positivas, de energía y de concentración se trasladan igualmente a las actitudes relativas al trabajo, generando elevados niveles de satisfacción laboral tanto global como con elementos particulares como la supervisión, el ambiente físico y las prestaciones.

En relación al estrés de rol, el conflicto y la ambigüedad de rol imposibilitan al trabajador cumplir con sus tareas y objetivos en el puesto, afectando negativamente a los sentimientos asociados al trabajo, es decir, a la satisfacción laboral. La falta de información sobre los procedimientos de las tareas y/o de las negociaciones en la empresa y los conflictos entre demandas incompatibles (p.ej., de diferentes supervisores) afectan negativamente a los estados mentales positivos y a las actitudes frente al trabajo (Garrosa et al., 2011).

Se han observado dos interacciones significativas: el papel moderador del conflicto de rol entre *engagement* y satisfacción con la supervisión, y el papel moderador de la ambigüedad de rol *engagement* y satisfacción

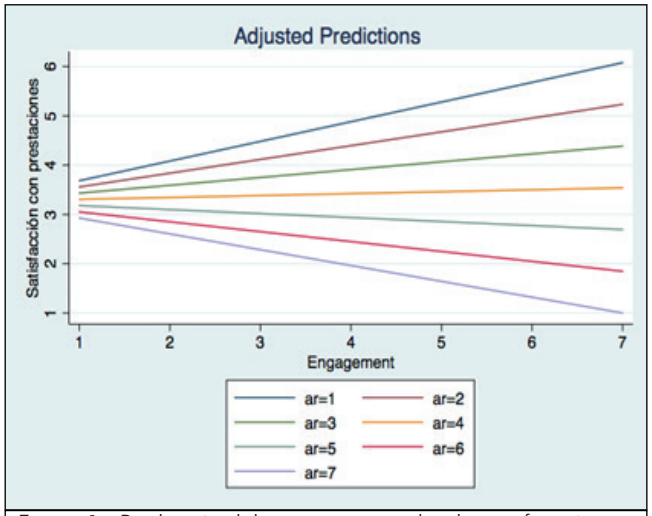


Figura 1 – Predicción del *engagement* sobre la satisfacción con las prestaciones en función de los niveles de ambigüedad de rol (ar)

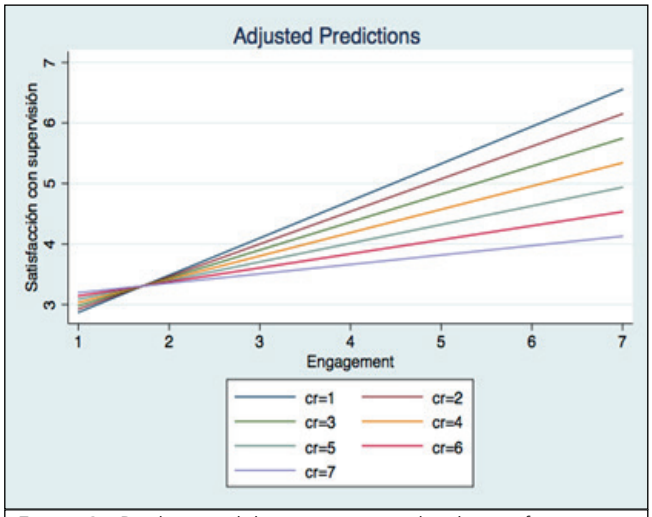


Figura 2 – Predicción del *engagement* sobre la satisfacción con la supervisión en función de los niveles de conflicto de rol (cr)

con las prestaciones. En el caso del conflicto de rol, si los empleados con altos niveles de *engagement* reciben demandas incompatibles sobre sus roles por parte de sus supervisores, el efecto positivo del *engagement* sobre la satisfacción con la supervisión tiende a disminuir. Una elevada incompatibilidad de las demandas y exigencias de los supervisores afecta negativamente a la percepción que el empleado tiene de la supervisión que recibe y, en consecuencia, sentir insatisfacción (Garrosa et al., 2011; Orgambídez-Ramos et al., 2014; Orgambídez-Ramos et al., 2015; Osca et al., 2003).

Relativamente a la ambigüedad de rol, cuando los niveles de este estresor de rol son elevados en el ambiente de trabajo, el impacto del *engagement* sobre la satisfacción con las prestaciones tiende a disminuir. Si no existe información clara sobre los procedimientos de trabajo y de negociación, o la comunicación mala y no se produce, aunque los empleados manifiesten elevados niveles de *engagement* en el trabajo, estos pueden sentirse defraudados y experimentar así emociones negativas en el trabajo y consecuentemente menores niveles de satisfacción laboral (Garrosa et al., 2011; Orgambídez-Ramos et al., 2014; Orgambídez-Ramos et al., 2015; Osca et al., 2003).

La presente investigación tiene una serie de aspectos que han de tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados. Por un lado, el diseño transversal no permite llegar a conclusiones sobre las relaciones causales entre variables, si bien este estudio plantea este tipo de relaciones al asumir la existencia de variables independientes, moderadoras y dependientes. Sin embargo, la revisión de la literatura sobre el modelo DRL permite establecer estas relaciones entre el *engagement*, el estrés de rol y la satisfacción laboral. Por otro lado, el diseño de encuestas es especialmente sensible a determinados sesgos, como son el sesgo de deseabilidad social en las respuestas dadas o la tendencia en las respuestas de aquellas personas que voluntariamente participaron en la investigación.

CONCLUSIONES

El estrés de rol actúa como moderador en la relación entre el *engagemet* en el trabajo y la satisfacción laboral, por lo que la ambigüedad y el conflicto de rol pueden ser consideradas como demandas laborales obstaculizadoras conforme al modelo DRL y un riesgo psicosocial importante en el trabajo. El estrés de rol no solo tiene un impacto directo sobre el burnout y la insatisfacción laboral, sino que también puede disminuir los efectos positivos del *engagement* sobre la satisfacción laboral. En consecuencia, las políticas de recursos humanos y las intervenciones organizacionales deben centrarse tanto en la potenciación de los empleados a través del *engagement* como en la prevención del estrés de rol, mediante la comunicación organizacional y la claridad de los procedimientos de trabajo, los criterios y métodos de evaluación y la negociación de los aspectos laborales.

Futuros estudios han de centrarse en el análisis del estrés de rol como demanda laboral obstaculizadora y su impacto sobre el *engagement* y sus resultados organizacionales asociados (p.ej., satisfacción, compromiso organizacional, intención de abandono). Investigaciones de carácter longitudinal serían precisas para verificar el impacto del estrés de rol como demanda obstaculizadora sobre el *engagement*, el burnout y las actitudes laborales de las personas a los largo del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2013). Job demands-resources model. *Journal of Work and Organizational Psychology, 29*(3), 107-115. doi:10.5093/tr2013a16

Cervoni, A. M., & Delucia-Waack, J. (2011). Role conflict and ambiguity as predictors of job satisfaction in high school counselors. *Journal of School Counseling, 9*(1), 1-30.

Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology, 37*(2), 1-9. doi:10.4102/sajip.v37i2.974

Durán, M. A., Extremera, N., Montalbán, F. M., & Rey, L. (2005). Engagement y burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 21*(1-2), 145-158.

EU-OSHA. (2014). *Healthy workers: Manage stress.* Luxemburg: European Agency of Safety and Health for Work.

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International*

Journal of Nursing Studies, 48, 479-489. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Sanz, A. (2008). La influencia de estrés de rol y la competencia emocional en el desgaste profesional y en el engagement [Influence of role stress and emotional competence on burnout at work and the engagement]. *Informació Psicològica, 91-92*, 80-94.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. A regression-based approach. London: The Guilford Press.

Hofstede, G. H. (2001). *Culture's consequences. Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations.* London: Sage.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118

Meliá, J. L., & Peiró, J. M. (1989). El cuestionario de satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez [The S10/12 Job Satisfaction Questionnaire: Factorial structure, reliability, and validity]. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 4*(11), 179-187.

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

Orgambídez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y., & Mendoza-Sierra, M. I. (2014). Role stress and work engagement as antecedents of job satisfaction in Spanish workers. *Journal of Industrial Engineering and Management, 7*(1), 360-372. doi:10.3926/jiem.992

Orgambídez-Ramos, A., Pérez-Moreno, P. J., & Borrego-Alés, Y. (2015). Estrés de rol y satisfacción laboral: Examinando el papel mediador del engagement [Role stress and job satisfaction: Examining the mediating role of work engagement]. *Journal of Work and Organizational Psychology, 31*(2), 71-77. doi:10.1016/j.rpto.2015.04.001

Osca, A., González-Camino, G., Bardera, P., & Peiró, J. M. (2003). Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales [Role stress and its influence on physicial and psychological well-being in professional soldiers]. *Psicothema, 15*(1), 54-57.

Peiró, J. M., Meliá, J. L., Torres, M. A., & Zurriaga, R. (1986). La medida de la experiencia de la ambigüedad en el desempeño de roles: El cuestionario general de ambigüedad de rol en ambientes organizacionales. *Evaluación Psicológica, 3*, 27-53.

Podsakoff, N., LePine, J. A., & LePine, M. A. (2007). Differential challenge stressor-hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover and withdrawal behavior: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 92*, 438-454. doi:10.1037/0021-9010.92.2.438

Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirztman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quaterly, 15*, 150-163. doi:10.2307/2391486

Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology, 21*(7), 600-619. doi:10.1108/02683940610690169

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies, 3*(1), 71-91. doi:10.1023/A:1015630930326

Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 46*(7), 1012-1024. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003

LA IMPORTANCIA DEL PSICÓLOGO EN LOS EQUIPOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

THE IMPORTANCE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE HEALTH SURVEILLANCE EQUIPMENT IN THE LABOR RISK PREVENTION SERVICES

Mª Carmen Rodríguez-Ramírez

Joaquín Gil-Muñoz

Psicólogos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales coordinador de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

RESUMEN

La preocupación por los riesgos psicosociales en el trabajo, la salud y el bienestar de los trabajadores, no ha venido acompañada de la incorporación de psicólogos en las unidades de vigilancia de la salud.

El objeto de este trabajo es poner de manifiesto la importancia de la incorporación del psicólogo en los equipos de vigilancia de la salud, en base a la presencia de factores psicosociales de riesgo y su influencia en la salud física y emocional del trabajador. La muestra estuvo compuesta por 210 empleados públicos. El instrumento utilizado para la evaluación estaba compuesto de algunos de los elementos del Protocolo PSICOVS2012 (10Q-FRP, estrés, acontecimientos vitales) y el cuestionario GHQ-12 (Goldberg).

Se ha encontrado relación entre determinados factores psicosociales, estrés y salud. Finalmente, se concluye que la mitad de la muestra sería susceptible de derivación a psicología para una intervención preventiva de la vigilancia de la salud.

Palabras clave: Psicólogo, Vigilancia de la salud, Factores psicosociales, Estrés y salud.

ABSTRACTS

Concern about psychosocial risks in work, health and well-being of workers has not been accompanied by the incorporation of psychologists in health surveillance units.

The purpose of this paper is to highlight the importance of the incorporation of the psychologist in health surveillance teams, based on the presence of psychosocial risk factors and their influence on the physical and emotional health of the worker. The sample consisted of 210 public employees. The instrument used for the evaluation was composed of some elements of the PSICOVS2012 Protocol (10Q-FRP, stress, vital events) and the GHQ-12 questionnaire (Goldberg).

Relation between certain psychosocial factors, stress and health has been found. Finally, it is concluded that half of the sample would be susceptible to referral to psychology for a preventive intervention of health surveillance.

Key words: Psychologists, Health surveillance, Psychosocial factors, Stress and health.

La importancia de los factores psicosociales y su influencia sobre la salud y bienestar del trabajador es un hecho constatado que ha sido recogido por numerosas estudios sobre el tema (Cox y Griffiths, 1996; Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo del INSHT, 2007, 2011, Peiró, 2009).

El estrés es uno de los principales riesgos psicosociales asociado a condiciones y organización del trabajo negativas. La preocupación por este nuevo riesgo psicosocial, se ha recogido también en diferentes documentos y convenios, tanto a nivel nacional, como internacional (Acuerdo Marco sobre Estrés Laboral, 2004; Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo, 2014).

Cuando hablamos tanto de condiciones psicosociales como de estrés describimos fenómenos que tienen que ver con la psicosociología y con la psicología de la salud (Gálvez, Mingote, Núñez y Otero, 2012). Esto,

*Correspondencia: Mª Carmen Rodríguez Ramírez.
: Avda- Infante Juan Manuel, 14.
C.P: 3017, Murcia, España.
E-mail: carmchica@gmail.com

que parece obvio como una competencia propia del psicólogo del trabajo y de la salud, no se ha visto reflejado en la práctica habitual con la incorporación de los profesionales de la psicología en los equipos multidisciplinares encargados de la vigilancia de la salud de los trabajadores.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales art. 22: "el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo".

El Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997) recoge en su artículo 37.3:"los servicios de prevención que desarrollen funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en Medicina del Trabajo o diplomado en Medicina de Empresa y un A.T.S/D.U.E. de empresa, sin prejuicio de la participación de otros profesionales con competencia técnica, formación y capacidad acreditada".

En líneas generales, podríamos decir que, teniendo en cuenta tanto, el contexto laboral, el incremento de los riesgos psicosociales y del estrés laboral y las consecuencias que de ello se derivan tanto para la salud psíquica del trabajador como para el contexto normativo, justifican la presencia del psicólogo con formación tanto clínica o sanitaria como en el ámbito del trabajo en los equipos de vigilancia de la salud, incorporación que en nuestro país continúa siendo prácticamente inexistente.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales coordinador es un servicio de prevención propio que atiende a una población de 6550 empleados públicos. Este servicio, ha sido pionero en España en la incorporación del psicólogo, especialista en psicología clínica y técnico de prevención de riesgos laborales, en el equipo multidisciplinar de vigilancia de la salud.

Se diseñó un instrumento de evaluación, de aplicación a todos los funcionarios que acuden a realizar el examen de salud, con el objetivo de proporcionar una prueba de screening que facilite la toma de decisiones para derivación de los trabajadores al equipo de psicología.

El objeto de este trabajo es poner de manifiesto la importancia de la incorporación del psicólogo en los equipos de vigilancia de la salud, en base a la presencia de factores psicosociales de riesgo y su influencia en la salud física y emocional del personal trabajador. Además, nos permitirá realizar un análisis de los primeros resultados de la aplicación de dicho instrumento en una muestra del personal empleado público que acudien a realizar el reconocimiento periódico de salud.

METODO

El objetivo general de este estudio es identificar entre los trabajadores que acuden al examen de salud aquellos que son susceptibles de ser derivados al psicólogo del servicio de prevención para realizar una intervención precoz, en base a los resultados obtenidos en el cuestionario de screening sobre estrés, salud y factores de riesgo psicosocial, en una muestra de empleados públicos.

PARTICIPANTES

El número total de participantes en el estudio fue de 210 trabajadores , de los cuales un 59,5% eran mujeres y un 40,5% eran hombres, con un mínimo de edad de 33 años y un máximo de 64; la edad media de la muestra es de 50,49 años y la desviación típica de 7,227. El 88,6% de los participantes indicó tener entre 0-2 hijos, siendo la media de la muestra en cuanto a número de hijos de 1,37. Más de la mitad de la muestra el 56,7% contaba con estudios universitarios.

MATERIALES

El instrumento de evaluación utilizado en esta investigación consta de tres partes diferenciadas. La primera de ellas recoge cuestiones sociodemográficas de los trabajadores tales como edad, sexo, estado civil, número de hijos y nivel de estudios. La segunda parte compuesta por cuatro cuestiones referentes a aspectos socio-laborales: relación jurídica del trabajador con la administración, antigüedad en la profesión, categoría profesional y grupo de clasificación funcionarial.

La tercera parte tiene como objeto valorar la presencia de factores de riesgo psicosocial, daño psíquico y/o somático y presencia de eventos vitales que pudieran ser un activador del daño experimentado por el sujeto. Para ello, se han utilizado algunos de los elementos del Protocolo para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial editada por el Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral (PSICOVS2012) (BOPV núm. 243, de 17 de diciembre de 2012). Se ha seleccionado el cuestionario 10Q-FRP de factores psicosociales, dos cuestiones relativas a la percepción de salud actual

y comparada que han sido extraídas del Cuestionario de Calidad de Vida SF36 (García, Santibáñez y Soriano, 2004) y forman también parte de la Encuesta Nacional de Salud, una pregunta simple de estrés (Elo, Leppänen, y Jankola , 2003), el listado sobre acontecimientos vitales (del Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral PSICOVS2012) y el cuestionario GHQ-12 (Goldberg,1978).

Finalmente, se ha incluido un ítem referente a la realización de tareas de atención a usuarios, cuya presencia se relaciona en la bibliografía sobre el tema con estrés por las excesivas demandas emocionales que pueden generar aquellos trabajos que implican relaciones interpersonales intensas y continuas con los clientes.

PROCEDIMIENTO

El cuestionario, se ha incorporado como un documento más a cumplimentar por los trabajadores durante el examen de salud con motivo del derecho de los trabajadores a la vigilancia periódica de la salud.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para Windows, en su versión 18.

DISEÑO

El diseño de este trabajo se sitúa en los estudios transversales dentro de la estrategia comparativa. Estos se definen por ocurrir en un momento temporal determinado, donde prima la evaluación de cuestiones de prevalencia.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 210 cuestionarios (*N*=210). Tal como se ha descrito, la mayoría de los trabajadores eran mujeres, edad media superior a 50 años, y sin pareja.

Entre las principales categorías profesionales en las que se encuadraba la muestra, el 26,7% pertenecían a ciencias de la salud y un 23,8% eran administrativos.

Tabla 1
Frecuencia de exposición a factores psicosociales

Factores psicosociales	Frecuencia de exposición				
	Nunca n (%)	*Pocas veces n (%)*	*Algunas veces n (%)*	*Muchas veces n (%)*	*Casi siempre n (%)*
14. Siente que sus tareas laborales requieren excesivo esfuerzo físico y/o mental	24 (11,4)	48 (22,9)	78 (37,1)	32 (18,1)	22 (10,5)
15. Considera su trabajo monótono o poco motivador	44 (21)	73 (34,8)	67 (31,9)	17 (8,1)	9 (4,3)
16. Existe mal ambiente en su área de trabajo	101 (48,1)	54 (25,7)	38 (18,1)	10 (4,8)	7 (3,3)
17. Se ha sentido humillado, o despreciado en su trabajo	171 (81,4)	23 (11)	11 (5,2)	4 (1,9)	1 (0,5)
18. Siente que en la realización de su trabajo se están aprovechando sus capacidades	33 (15,7)	34 (16,2)	58 (27,6)	47 (22,4)	38 (18,1)
19. Tienen en cuenta su opinión sobre la forma de realizar su trabajo	11 (5,2)	19 (9,0)	63 (30,0)	77 (36,7)	40 (19)
20. Tiene posibilidades de promoción en su trabajo	88 (41,9)	51 (24,3)	40 (19,0)	11 (5,2)	20 (9,5)
21. Se le informa sobre los objetivos y la marcha de su departamento	23 (11,0)	34 (16,2)	48 (22,9)	61 (29,0)	44 (21,0)
22. Los horarios de su actividad laboral le permiten mantener una vida personal acorde con sus deseos	6 (2,9)	16 (7,6)	48 (22,9)	68 (32,4)	72 (34,3)
23. Se siente satisfecho	3 (1,4)	12 (5,7)	48 (22,9)	88 (41,9)	59 (28,1)

Respecto al grupo profesional de referencia, el mayor porcentaje estaba formado por personal procedente del grupo D (43,8%), el 39,5% pertenecía a los grupos de las categorías superiores (A y B). Un 74,3% refirieron ser funcionarios de carrera. Respecto a la antigüedad en el puesto, el 45,2% estaba ocupando el puesto de trabajo menos de cinco años.

En relación a la valoración de las características psicosociales del trabajo desempeñado, la tabla 1 muestra la frecuencia de exposición a factores psicosociales.

Cuando comparamos las diferencias entre hombres y mujeres en la valoración que realizan a la exposición de factores de riesgo psicosocial, observamos que no existen diferencias significativas (p<,05) en la puntuación total. Tan sólo se observan diferencias estadísticamente significativas, en el factor relacionado con esfuerzo físico y/o mental, T (208)= 2,167; p=,031, información proporcionada sobre los objetivos y marcha de su departamento T (208)= 2,907; p =,004 y satisfacción general con el trabajo T (157,942)= 2,538; p= ,012.

Respecto a la relación entre edad y factores psicosociales, se utilizó la correlación de Pearson para conocer la relación existente, al tratarse de dos variables cuantitativas, sin embargo no encontramos relación r=,015 (p< ,089).

Teniendo en cuenta la variable atención a usuarios, se realizaron comparaciones entre grupos que atendían usuarios frente a aquellos que no realizaban este tipo de tareas, en los distintos factores psicosociales, en la variable estrés percibido y el GHQ (salud general) mediante la prueba *t de student*.

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la valoración que realizan a la exposición de factores de riesgo psicosocial, observamos que tampoco existen diferencias significativas (p<,05) en general, en cuanto a la valoración global. Tan sólo se observan diferencias estadísticamente significativas, en el ítem que valora el ambiente de trabajo, T (208)= -2,109; p=,036 y el sentirse humillado, vejado o despreciado en el trabajo T (208)= -2,689; p =,008. En ambas variables las personas que realizan entre sus funciones la atención al público presentan puntuaciones superiores a aquellas que no atienden a usuarios, siendo más frecuente en sus contextos laborales tanto el mal ambiente de trabajo como el sentirse humillado, vejado o despreciado.

Estudiamos las correlaciones existentes entre los distintos factores psicosociales y las variables: estado de salud en los últimos 12 meses, estrés percibido, y salud general (GHQ, Goldberg). Los resultados del análisis de correlación mediante la correlación de Pearson se muestran en la tabla 2.

Tabla 2
Relación entre factores psicosociales, salud percibida, estrés y GHQ

	Salud Percibida (última año)	Estrés Percibido (última semana)	GHQ (salud general)
	r	*r*	*r*
Puntuación total FRP	,239**	,148**	,167*
14, Siente que sus tareas laborales requieren excesivo esfuerzo físico y/o mental	,153*	,345**	,189**
15, Considera su trabajo monótono, o poco motivador	,047	,093	,167*
16, Existe mal ambiente en su área de trabajo	,235**	,206**	,121
17, Se ha sentido humillado o despreciado en su trabajo	,175*	,147*	,137*
18, Siente que en la realización de su trabajo se están aprovechando sus capacidades	-,750	.048	,042
19, Tienen en cuenta su opinión sobre la forma de realizar su trabajo	-,154*	-,034	-,081
20, Tiene posibilidades de promoción en su trabajo	-,019	,690	-,012
21, Se le informa sobre los objetivos y la marcha de su departamento	-,091	-,250	,007
22, Los horarios le permiten mantener una vida personal acorde con sus deseos	-,121	-,038	-,049
23, Se siente satisfecho	-,137**	,013	-,106

*Nota. **. 0,01 *. 0,05*

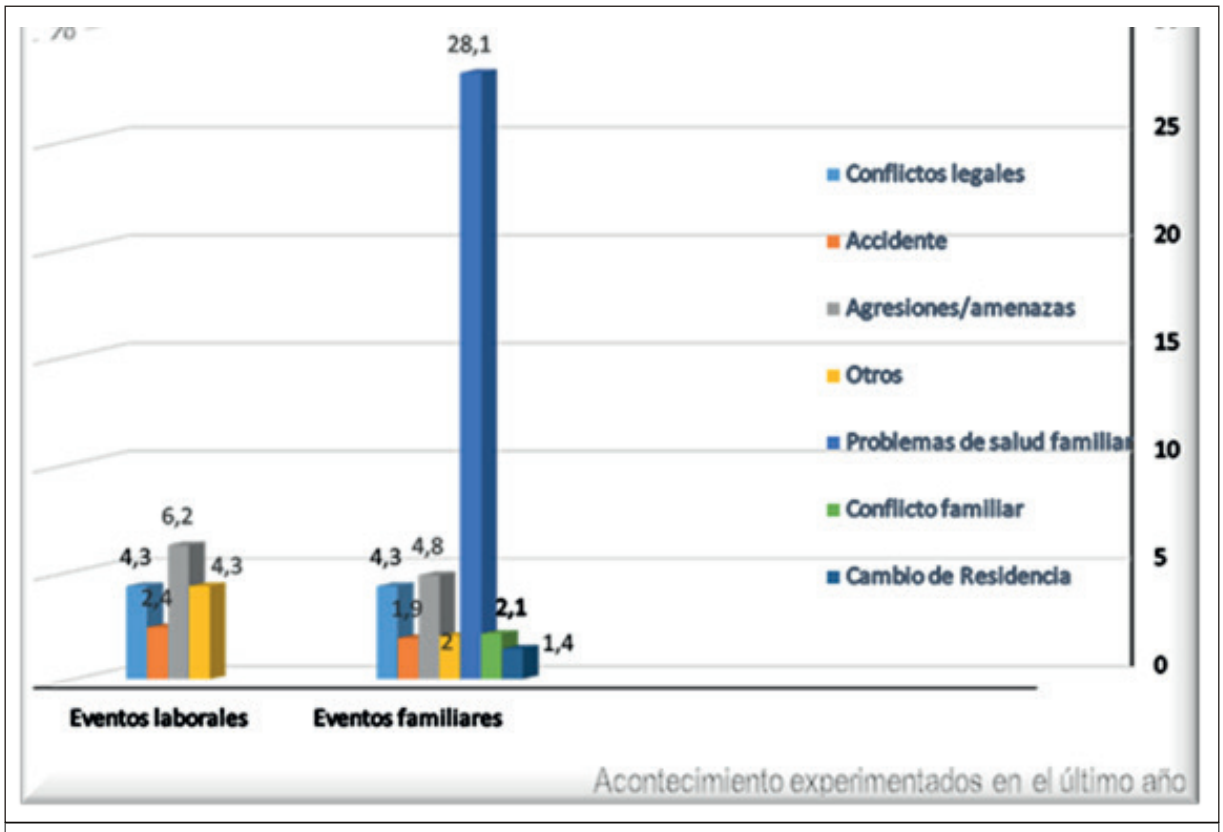


Figura 1. Frecuencia en porcentajes de exposición a estresores

Tabla 3
Relación entre eventos vitales laborales y personales, salud, estrés y GHQ

	Salud	Estrés	GHQ
	r	*r*	*r*
27, Conflictos legales en el trabajo	-,78	-,70	-,27
28, Accidente relevante en el trabajo	-,28	,28	-,61
29, Agresiones o amenazas relevantes en el trabajo	,063	,124	,107
30,Otros acontecimientos en el trabajo	,063	,53	,042
31, Problemas importantes de salud familiar	,130	,45	,264**
32, Conflictos familiares	,146*	,161*	,169*
33, Cambios importantes en residencia	,128	,163*	,23
34, Conflictos legales en general	,113	,204*	,166*
35, Accidente relevante o enfermedad grave propia, en general,	,068	,45	-,011
36, Agresiones o amenazas relevantes, en general,	,093	,124	,261**
Otros acontecimientos (general)	-,74	,23	-,11

*Nota. ** ,01 (bilateral) * ,05 (bilateral).*

En relación a la frecuencia de exposición a distintos eventos estresantes, el siguiente gráfico muestra la frecuencia de exposición a los distintos estresores en porcentajes.

Los eventos más frecuentes han sido los relativos al ámbito familiar, principalmente los problemas de salud familiar y los conflictos familiares. Seguidos del hecho de sufrir agresiones o amenazas relevantes en el trabajo. Estudiamos la relación existente entre los distintos estresores y las variables relacionadas con percepción de la salud en el último año, estrés y salud general (Goldberg), utilizando la correlación de Pearson. No encontramos ningún tipo de asociación estadísticamente significativa entre aquellos acontecimientos vitales vividos en el ámbito laboral y las variables percepción de la salud en el último año, estrés y *GHQ*.

Si se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre algunos de los eventos relacionados con la vida personal de los trabajadores.

Teniendo en cuenta la asociación entre salud, estrés y factores psicosociales, analizamos cuántos trabajadores se derivarían a consulta de psicología. Para ello, se tuvieron en cuenta los puntos de corte de la *escala FRP* de factores psicosociales, de la pregunta sobre estrés percibido y del cuestionario de salud *GHQ*. El gráfico 2 recoge los porcentajes de trabajadores que en el momento de la evaluación ya presentan síntomas de malestar emocional.

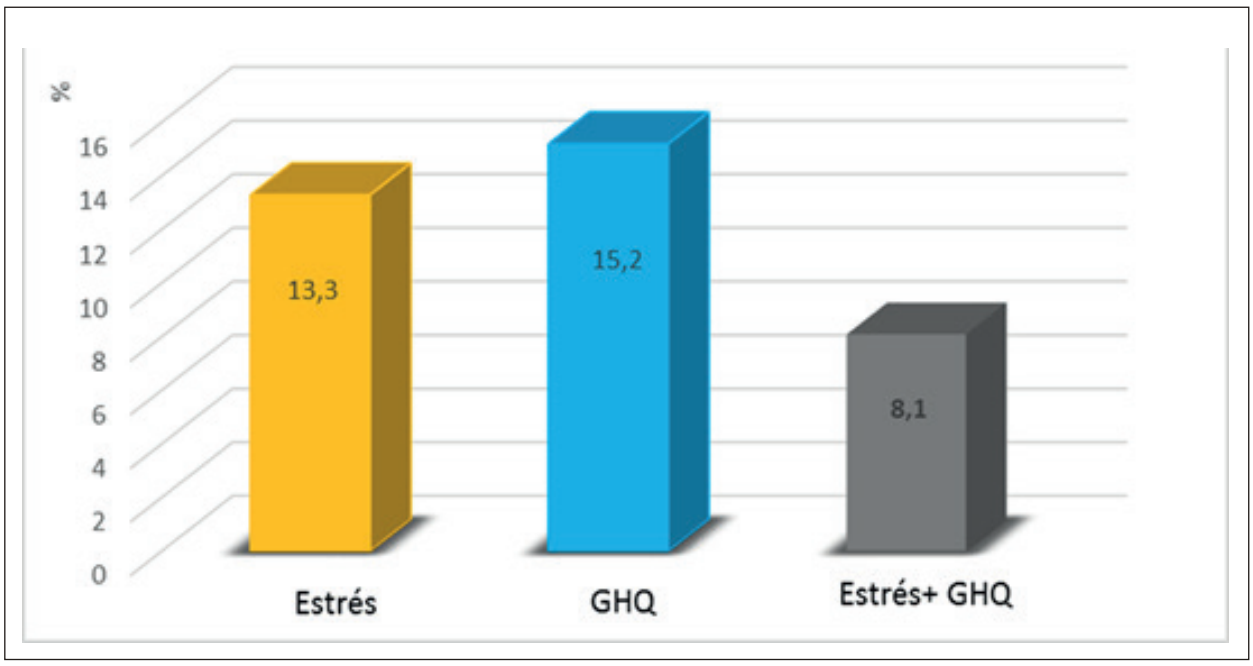
Desde el ámbito de la prevención, entendemos que nuestra actuación implica la intervención previa a la aparición de sintomatología. Si se tienen en cuenta aquellos factores psicosociales cuya asociación con problemas de salud ya había resultado significativa (agresiones en el trabajo y puntuación general del cuestionario *FRP* de factores psicosociales), el porcentaje se eleva a un 24,6%.

DISCUSIÓN

La importancia de los factores psicosociales en el ámbito laboral y su repercusión sobre la salud del personal trabajador, así como la necesidad de proponer actuaciones preventivas eficaces y adaptadas a las necesidades de un colectivo específico, nos llevó a plantearnos este trabajo.

Respecto a las diferentes percepciones en los factores psicosociales del trabajo y los resultados en estrés y salud en función del sexo, no hay diferencias entre hombres y mujeres, en la puntuación global de factores psicosociales, aunque si se han observado diferencias significativas en algunos de los factores, tales como la mayor carga mental en las mujeres y la mayor insatisfacción con el trabajo entre los hombres. Estos resultados están en la línea de los encontrados en otras investigaciones (Cifre, Salanova y Franco, 2011).

En relación a la edad, hipotetizamos que los trabajadores de mayor edad presentarían una percepción más negativa de los factores psicosociales, niveles más elevados de estrés y una peor percepción de su salud, sin embargo nuestros resultados no apoyan este planteamiento. En este sentido, algunas



investigaciones, han indicado que no es la edad en sí misma la que podía estar explicando las diferencias en factores psicosociales y salud sino otras características del trabajo tales como la antigüedad en el puesto o el tipo de contrato (Marinaccio, 2013). No obstante, una posible explicación acerca de nuestros resultados podría deberse a que la edad de los participantes era bastante homogénea, debido a que las políticas públicas de los últimos años han supuesto un recorte en las contrataciones y en el acceso a la administración, habiéndose producido un envejecimiento del personal empleado público.

Observamos que existen diferencias en algunos de los factores psicosociales, concretamente en lo que se refiere a los factores psicosociales de riesgo, los trabajadores que realizan tareas de atención al público valoran más negativamente el ambiente de trabajo e indican con mayor frecuencia situaciones en las que se sienten humillados, vejados o despreciados en el trabajo. Estos datos si están en la línea de lo encontrado en otras investigaciones (Galián, LLor y Ruíz, 2013).

No encontramos, sin embargo diferencias en la percepción de salud o de estrés entre ambos grupos. Estos resultados son contrarios a lo encontrado en la mayor parte de las investigaciones sobre el tema que asocian los trabajos con altas demandas emocionales con resultados negativos en la salud de los trabajadores, un mayor riesgo de sufrir estrés y burnout. Una posible explicación podría estar en el hecho de que el trabajador se sienta útil a la hora de realizar su trabajo, recibiendo además un feedback positivo inmediato por parte del administrado cuando siente que se ha dado respuesta a sus demandas, de manera que el refuerzo continuo que proporciona tenga un mayor peso en la valoración global del trabajo que la presencia puntual de situaciones de violencia o amenaza, dada la baja incidencia de este evento.

La asociación encontrada entre factores psicosociales, la percepción de salud, el estrés percibido y las puntuaciones del Goldberg, va en la línea de muchos los trabajos de investigación que a lo largo de los años han puesto de manifiesto dicha asociación y que en definitiva justifica la actuación y valoración del psicólogo en la vigilancia de la salud (Haukea, Flintrop, Brunc, Ruguliesd y Hanke , 2011, Iavicoli, Cesana, Dollard, Leka y Sauter, 2015).

Respecto a los acontecimientos vitales experimentados, observamos una asociación con aquellos eventos relacionados con el ámbito personal (familia/pareja), no se da esta asociación para eventos del entorno laboral. Una posible explicación de estos resultados es que afortunadamente hablamos de situaciones cuya frecuencia es relativamente baja (agresión, acoso, etc.) por lo que el efecto suelo puede estar enmascarando los resultados obtenidos.

Los resultados son congruentes con las distintas investigaciones que asocian estresores vitales con sintomatología ansioso-depresiva y resultados negativos en la salud en general (Haukea et al. 2011).

CONCLUSIONES

La importancia de los factores psicosociales en el ámbito laboral y su repercusión sobre la salud del personal trabajador, así como la necesidad de proponer actuaciones preventivas eficaces y adaptadas a las necesidades de un colectivo específico, nos llevó a plantearnos este trabajo.

Los resultados muestran que un tercio de la muestra cumple algún requisito que les sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad por lo que requeriría una intervención individual con carácter preventivo. En este sentido, consideramos que es el psicólogo especialista en salud laboral con formación clínica y en prevención de riesgos laborales el profesional indicado para valorar e intervenir en estas situaciones, formando parte de los equipos de vigilancia de la salud junto con el médico del trabajo y el ATS/DUE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo. Estrés y riesgos psicosociales. https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress

Cifre, E., Salanova, M. y Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿Una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, 82*, 28-36.

Cox, T. & Griffiths, A. J. (1996), The assessment of psychosocial hazards at work. In M.J.Schabracq, J. A. M, Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.). *Handbook of Work and Health Psychology*, pp, 127-146, Chichester: Wiley and Sons,

Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzáles, E. (2005). Investigación sobre el estrés ligado al trabajo. *Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo.* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Elo, Al., Leppänen, A., Jankola A. (2003). Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scandinavian Journal of Work Enviromental Health, 29* (6), 444-51.

Encuesta Nacional de Salud 2012. Disponible en: http//www.mssi.gob.es/estadEstudio/estadísticas/encuetaNacional/encuestaNac2011/Preentacion ENSE2012.pdf54.

Gálvez, M., Mingote, A., C, Núñez, C., Otero, C, (2012). *Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario. Monografías.* Ed. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad.

Galián, M. I., Llor, E.B., y Ruíz, H.J.A. (2014). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias, 26,* 163-170.

García, A.M., Santibáñez, M., Soriano, G. (2004). Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales 7*, (3), 88-98.

Goldberg D.(1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor, NFER, Publishing.

Haukea, A., Flintrop, J., Brunc, E., Ruguliesd, R. (2011). The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: A review and metaanalysis of 54 longitudinal studies. *Work & Stress, 25,* (3), 243-256.

Iavicoli, S., Cesana, G., Dollard, M., Leka, S. y Sauter, S. (2015). Psychosocial Factors and Workers' Health and Safety. *BioMed Research International.* http://dx.doi.org/10.1155/2015/628749

Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado nº 27* (08-11-1995), modificada parcialmente por la Ley 54/2003 del 12 de diciembre.

Peiró, J.M. (2009). *Estrés laboral y riesgos psicosociales. Investigaciones recientes para su análisis y prevención*. Acto de apertura curso 2009-10. Valencia. SPUV.

Reglamento de los Servicios de Prevención, Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. *Boletín Oficial del Estado nº 27* (31-01-1997).

RELACIÓN ENTRE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS EMPRESAS Y EL CLIMA ORGANIZACIONAL EN EMPRESAS PÚBLICAS

RELATIONSHIP BETWEEN CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY AND ORGANIZATIONAL CLIMATE IN PUBLIC COMPANIES

Sergio Sánchez-Sevilla*, Carlos Guillén-Gestoso, Rocío Guil-Bozal, Antonio Zayas-García, Serafín Cruces-Montes

Universidad de Cádiz

Resumen

La Psicología del Trabajo y de las Organizaciones debe asumir un papel de mayor protagonismo en la tarea de comprender y potenciar el desarrollo de la Responsabilidad Social de las Empresas (RSE). La RSE es el reflejo de la manera en que las empresas toman en consideración las repercusiones que tienen sus actividades sobre la sociedad, y en la que afirman los principios y valores por los que se rigen, tanto en sus propios métodos y procesos internos como en su relación con los demás grupos de interés. La RSE es una iniciativa de carácter voluntario y que sólo depende de la empresa, y se refiere a actividades que se considera rebasan el mero cumplimiento de la legislación. Con esta investigación se quiere profundizar en la comprensión de la RSE desde una perspectiva psicosocial, contribuyendo al corpus de evidencias acerca de la vinculación entre la RSE y la conducta organizacional. Concretamente, el objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el comportamiento socialmente responsable de un grupo de empresas públicas y el clima organizacional. Se llevó a cabo un estudio transversal mediante encuesta en el que participó una muestra de 51 profesionales de empresas públicas de una misma localidad. Se administró un cuestionario de elaboración propia a fin de identificar y cuantificar la presencia de diferentes tipos de conducta socialmente responsable por parte de sus empresas. El clima organizacional se evaluó a través del cuestionario Focus-93. Los resultados pusieron de manifiesto relaciones positivas entre el clima organizacional y las conductas de RSE llevadas a cabo por las empresas en materia de fomento de la cultura de RSE, responsabilidad con los RRHH de la organización, responsabilidad con los usuarios/clientes, responsabilidad con los proveedores y buen gobierno de la empresa. No se halló, sin embargo, relación entre el clima organizacional y las conductas de RSE orientadas al entorno social y ambiental. Se ofrecen también resultados acerca de la capacidad predictiva de los diferentes tipos de conducta de RSE sobre el clima organizacional. Las conclusiones de este estudio ponen de manifiesto la importancia de la RSE, no solamente de cara a mejorar la imagen pública de las empresas y su relación con el entorno, sino como variable que incide sobre las personas que trabajan dentro de las empresas mismas y, por tanto, como variable a considerar por su impacto sobre el desempeño y la calidad de vida en el trabajo.

Palabras clave: Responsabilidad Social de las Empresas, Clima Organizacional, Empresas Públicas, RSC, RSE.

Abstract

Work and Organizational Psychology must assume a leading role in the task of understanding and promoting the development of Corporate Social Responsibility (CSR). CSR is an example of how companies take into account the impact of their activities on society, and in which they affirm the principles and values by which they are ruled, both in their own internal methods and processes, and in their relationship with other stakeholders. CSR is a voluntary initiative that depends only on the company, and refers to activities that are considered to go beyond mere compliance with the legislation. This research aims to deepen the understanding of CSR from a Psychosocial perspective, contributing to the corpus of evidence about the link between CSR and Organizational Behavior. Specifically,

*Correspondencia: Sergio Sánchez-Sevilla.
Facultad de Ciencias de la Educación.
C.P: 11519. Puerto Real, España.
E-mail: sergio.sanchez@uca.es

the objective of this research is to analyze the relationship between the Socially Responsible Behavior of a group of Public Companies and the Organizational Climate. A cross-sectional survey was carried out, with the participation of a sample of 51 professionals from public companies in the same town. An ad hoc questionnaire was administered in order to identify and quantify the presence of different types of Socially Responsible Behavior in their companies. Organizational Climate was assessed using the Focus-93 questionnaire. The results showed positive relationships between Organizational Climate and CSR Behaviors carried out by the companies in terms of promoting CSR Culture, responsibility with the HR of the organization, responsibility to Users / Clients, responsibility towards Suppliers and Good Governance of the company. However, no relationship was found between Organizational Climate and CSR Behaviors with respect to the Social and Natural Environment. Results about the predictive capacity of different types of CSR Behavior on Organizational Climate are also shown. The conclusions of this study highlight the importance of CSR, not only in order to improve the public image of companies and their relation with the environment, but also as a variable that affects people working within the companies themselves and, therefore, as a variable to be considered because of its impact on performance and quality of life at work.

Key words: Corporate Social Responsibility, Organizational Climate, Public Companies, CSR.

La Psicología del Trabajo y de las Organizaciones debe asumir un papel de mayor protagonismo en la tarea de comprender y potenciar el desarrollo de la Responsabilidad Social de las Empresas (RSE).

La Responsabilidad Social de las Empresas (RSE) es la forma de conducir los negocios de las empresas que se caracteriza por tener en cuenta los impactos que todos los aspectos de sus actividades generan sobre sus clientes, plantilla, accionariado, comunidades locales, medioambiente y sobre la sociedad en general. La RSE es el reflejo de la manera en que las empresas toman en consideración las repercusiones que tienen sus actividades, y en la que afirman los principios y valores por los que se rigen, tanto en sus propios métodos y procesos internos como en su relación con los demás grupos de interés. La RSE es una iniciativa de carácter voluntario y que sólo depende de la empresa. Se refiere a actividades que se considera rebasan el mero cumplimiento de la legislación (Comisión Europea, 2011).

La mayor parte de la investigación sobre la Responsabilidad Social de las Empresas se ha venido desarrollando desde el ámbito de la Dirección y Administración de Empresas, con especial interés en los aspectos financieros o mercantiles (Gupta, & Sharma, 2016). Así, haciendo un repaso superficial a la literatura más reciente, podemos encontrar investigaciones sobre la relación de la Responsabilidad Social de las Empresas con el valor de las mismas en los mercados (Reverte, 2016; Wang, & Li, 2016) o con el desempeño financiero (Flammer, 2015). Más cercanas al ámbito de la Psicología aplicada al campo de la comunicación y el márketing, encontramos, por ejemplo, investigaciones sobre el impacto de la RSE en la reputación de las empresas y la percepción de los consumidores (Kim, 2017; Lee, 2016).

La Psicología del Trabajo y de las Organizaciones no podía quedarse fuera de este interesante campo de investigación, y en los últimos años se ha producido un incremento de la producción científica sobre este tema. Así, sin ánimo de ser exhaustivos, se ha abordado, por ejemplo, la relación de la RSE con la satisfacción laboral (Barakat, Isabella, Boaventura, & Mazzon, 2016), el compromiso (D'Aprile, & Talò, 2015; Mory, Wirtz, & Göttel, 2016), las actitudes del personal hacia la RSE (Choi, Ullah, & Kwak, 2015), o las atribuciones sobre el comportamiento socialmente responsable (Donia, & Tetrault Sirsly, 2016; Vlachos, Panagopoulos, Bachrach, & Morgeson, 2017), entre otros.

Estamos convencidos de que encontrar evidencias científicas sobre las consecuencias positivas de la conducta socialmente responsable es fundamental para motivar a las organizaciones a asumir e implementar prácticas de RSE. De forma que tener un comportamiento socialmente responsable no suponga sólo el cumplimento de un compromiso ético, sino también una fuente de beneficios desde una perspectiva pragmática.

En este sentido, con esta investigación se quiere profundizar en la comprensión de la RSE desde una perspectiva psicosocial, contribuyendo al corpus de evidencias acerca de la vinculación entre la RSE y la conducta organizacional. En concreto, nuestro estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el comportamiento socialmente responsable de un grupo de empresas públicas y su clima organizacional.

La elección del clima organizacional como variable dependiente se justifica por la importancia estratégica de esta variable, dado el efecto que tiene sobre una amplia variedad de resultados individuales y organizacionales (Pecino-Medina, Mañas-Rodriguez, Díaz-Fúnez, López-Puga, & Llopis-Marín, 2015) y por la escasa literatura existente sobre su relación con la RSE.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se llevó a cabo una encuesta en una muestra de 51 profesionales de empresas públicas de una misma localidad. El 52,9% (27 sujetos) fueron mujeres y el 47,1% (24 sujetos) hombres; con respecto a la edad, el 23,5% (12 casos) tenía más de 50 años de edad, el 58,8% (30 casos) entre 41 y 50 años y el 17,6% (9 casos) hasta 40 años; en lo que se refiere a la antigüedad en la empresa, el 56,9% (29 casos) acumulaba más de 20 años en la empresa, el 33,3% (17 casos) entre 11 y 20 años y el 9,8% (5 casos) llevaba 10 años o menos en la empresa.

MATERIALES

El clima organizacional se evaluó mediante la versión adaptada al español del cuestionario Focus-93 de 40 ítems (Mañas, González-Romá y Peiró, 1999). Esta herramienta ofrece información sobre cuatro dimensiones: clima de apoyo (participación, cooperación, confianza mutua, espíritu de equipo, crecimiento personal), clima de innovación (búsqueda de nueva información en el ambiente, creatividad, mentalidad abierta al cambio, anticipación, experimentación), clima de reglas (respeto a la autoridad, racionalidad de los procedimientos, división del trabajo) y clima de metas (racionalidad de los objetivos, indicadores de rendimiento, consecución de objetivos, recompensas contingentes con el trabajo y el esfuerzo realizado).

Por su parte, la realización de actividades de RSE fue registrada mediante un Inventario de Conducta Socialmente Responsable de elaboración propia, compuesto por 35 ítems. Este instrumento permite identificar conductas socialmente responsables llevadas a cabo por la organización con respecto a la cultura de la empresa (misión, visión, valores, códigos éticos, etc.), dirigidas a los profesionales que trabajan en la empresa (participación, igualdad, desarrollo, salud, satisfacción, etc.), centradas en los clientes/usuarios (comunicación, participación, reclamaciones, asociaciones, consumidores, etc.), referentes a los proveedores (negociación, participación, contratación, transparencia, etc.) y con respecto al gobierno de la empresa (transparencia, desarrollo sostenible, normas, mecanismos de control y auditoría, etc.).

PROCEDIMIENTO

El procedimiento de muestreo empleado fue por conveniencia, encuestando solamente al personal con funciones directivas, técnicas y administrativas que tiene su puesto de trabajo en las oficinas de las diversas empresas. No se incluyó al personal operario que realiza su trabajo en la calle, fuera de las oficinas. El motivo fue que, si bien la Responsabilidad Social en las Empresas es algo que incumbe a cada persona que trabaja en la organización, también es verdad que el conocimiento acerca de las prácticas de RSE de cada organización es mayor en los profesionales que desempeñan funciones relacionadas con la dirección, diseño, administración, análisis y toma de decisiones en las empresas (Gond, Igalens, Swaen, & El Akremi, 2011).

Mediante un comunicado interno desde la Gerencia de las diferentes empresas, así como al inicio de cada una de las sesiones de administración de cuestionarios, se informó a los sujetos sobre los objetivos y procedimiento de la investigación. Entre las instrucciones relevantes facilitadas destacan: la disponibilidad de tiempo ilimitado para contestar, la importancia de la sinceridad en la respuesta y el carácter anónimo de la encuesta.

Los datos fueron tratados con el paquete informático estadístico SPSS v22. Además de un análisis descriptivo de los datos, se llevaron a cabo análisis de correlaciones bivariadas y análisis de regresión múltiple por pasos.

DISEÑO

Siguiendo a Ato, López y Benavente (2013), nuestra investigación adopta una estrategia mixta descriptiva-asociativa. Es un estudio selectivo transversal de tipo descriptivo basado en el uso del método de encuesta, que también incorpora al diseño el componente predictivo.

RESULTADOS

Para determinar la posible relación entre los diferentes tipos de conducta socialmente responsable y las distintas dimensiones del clima organizacional, se llevaron a cabo análisis de correlaciones bivariadas (ver Tabla 1) que pusieron de manifiesto relaciones positivas entre todas las dimensiones del clima organizacional y las conductas de RSE llevadas a cabo por las empresas en materia de fomento de la cultura de RSE (Hace RSE cultura), responsabilidad con los RRHH de la organización (Hace RSE profesionales), responsabilidad con los usuarios/clientes (Hace RSE usuarios) y buen gobierno de la empresa (Hace RSE gobierno empresa). En el caso de la responsabilidad con los proveedores (Hace RSE proveedores), también se hallaron correlaciones estadísticamente significativas con todas las dimensiones del clima organizacional, excepto el clima de metas. No se halló, sin embargo, relación alguna entre las conductas de RSE orientadas al entorno social y ambiental (Hace RSE sociedad) y el clima organizacional.

Posteriormente, se quiso indagar en la capacidad predictiva de la RSE sobre el clima organizacional, por lo que se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple, tomando en cada análisis, como variable dependiente, cada una de las cuatro dimensiones del clima organizacional y, como variables independientes, las diferentes conductas socialmente responsables, siendo introducidas dichas variables en el análisis siguiendo el método por pasos.

Empezando por el clima de apoyo, los análisis revelaron que, en el modelo de mayor alcance predictivo, las conductas de responsabilidad con los RRHH de la organización junto a las conductas de buen gobierno de la empresa predicen de manera estadísticamente significativa el clima de apoyo, $F(2, 41) = 17{,}372$, $p < {,}001$, R^2 *ajustado* = ,43.

Continuando con el clima de metas como variable dependiente, el análisis de regresión múltiple mostró estadísticamente significativo un modelo final que integra las conductas de buen gobierno de la empresa y las conductas de responsabilidad con los RRHH de la organización, prediciendo éstas el clima de metas, $F(2, 41) = 12{,}211$, $p < {,}001$, R^2 *ajustado* = ,34.

Tabla 1
Correlaciones entre las distintas dimensiones del Clima Organizacional y los diferentes tipos de Conducta Socialmente Responsable

		Hace RSE cultura	*Hace RSE profesionales*	*Hace RSE usuarios*	*Hace RSE proveedores*	*Hace RSE sociedad*	*Hace RSE gobierno empresa*
Rho de Spearman	Clima-	,613	,579	,562	,468	,215	,565
	Apoyo	,000	,000	,000	,001	,142	,000
	Clima-	,434	,423	,394	,292	,111	,477
	Metas	,002	,002	,005	,054	,451	,001
	Clima-	,550	,424	,412	,372	,144	,516
	Reglas	,000	,002	,003	,013	,330	,000
	Clima-	,396	,514	,451	,367	,218	,388
	Innovación	,004	,000	,001	,014	,136	,006

También en el clima de reglas se halló la misma capacidad predictiva de la RSE. El análisis de regresión puso de manifiesto, en el modelo de mayor alcance, que las conductas de responsabilidad con los RRHH de la organización unidas a las conductas de buen gobierno de la empresa predicen de manera estadísticamente significativa el clima de reglas, $F(2, 41) = 14{,}149$, $p < ,001$, R^2 *ajustado* = ,38.

Por último, en lo que respecta al clima de innovación como variable dependiente, el análisis reveló un modelo con una sola variable independiente, las conductas de responsabilidad con los RRHH de la organización, prediciendo dicha variable de manera estadísticamente significativa el clima de innovación, $F(1, 41) = 25{,}113$, $p < ,001$, R^2 *ajustado* = ,36.

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos, podemos considerar que el comportamiento socialmente responsable de las empresas públicas evaluadas guarda relación e incide en el clima organizacional.

Centrándonos solamente en las relaciones en las que se ha hallado alguna capacidad predictiva de la RSE sobre el clima organizacional, llegamos a la conclusión de que son dos grupos concretos de conductas socialmente responsables las que determinan en mayor o menor medida el clima organizacional. Por un lado, las conductas socialmente responsables con respecto a los profesionales que trabajan en dichas empresas y, por otro lado, las conductas socialmente responsables con respecto al gobierno de la empresa.

Con respecto al primer grupo, parece razonable que las conductas de RSE centradas en los recursos humanos de la organización como grupo de interés, tengan un impacto claro en las cuatro dimensiones del clima organizacional percibidas por esos mismos empleados.

Nuestros resultados están en la línea de lo hallado en otras investigaciones recientes. Por ejemplo, en las vinculaciones de la RSE con la orientación al aprendizaje y el clima de innovación en las organizaciones (Hollingworth, & Valentine, 2014; Ubius, & Alas, 2012), la orientación a las metas y logros (Christensen, Mackey, & Whetten, 2014; Skudiene, & Auruskeviciene, 2012), la orientación a las reglas y el orden (Flammer, & Luo, 2017; Gao, & He, 2017) y el clima de apoyo y confianza (Gaudencio, Coelho, & Ribeiro, 2017; Mueller, Hattrup, Spiess, & Lin-Hi, 2012; Sheel, & Vohra, 2016; Supanti, Butcher, & Fredline, 2015).

Con respecto al segundo grupo de comportamientos responsables, los relacionadas con el gobierno de la empresa, podría a priori no esperarse un impacto significativo sobre el clima organizacional. Sin embargo, los resultados han revelado el papel clave de este tipo de conductas de RSE.

Algunos investigadores de la RSE han acudido al papel mediador de los procesos de identificación social para explicar el impacto en los empleados de las acciones de RSE no dirigidas específicamente al personal como grupo de interés (De Roeck, Marique, Stinglhamber, & Swaen, 2014; Turker, 2009). Según la Teoría de la Identidad Social, los individuos tienden a definirse a sí mismos en los mismos términos que a los grupos a los que pertenecen, asimilándose a éstos (Reza, 2009). Desde este prisma, las acciones de RSE dirigidas al buen gobierno de la empresa serían percibidas por los profesionales como acciones que les afectan directamente, en tanto que miembros identificados con dicha empresa.

CONCLUSIONES

Con este estudio hemos querido contribuir a los esfuerzos de la Psicología por poner de manifiesto la importancia de la RSE, no solamente de cara a mejorar la imagen pública de las empresas y su relación con el entorno, sino como variable que incide sobre las personas que trabajan dentro de las empresas mismas y, por tanto, como variable a considerar por su impacto sobre el desempeño y la calidad de vida en el trabajo. Concretamente, nuestra investigación aporta evidencias de que el comportamiento socialmente responsable de las empresas públicas evaluadas guarda relación e incide en el clima organizacional.

Las implicaciones de este trabajo de investigación de cara a la gestión de recursos humanos se nos antojan interesantes. Tomando como base los datos obtenidos a través de las herramientas de evaluación utilizadas en esta investigación, se pueden recomendar acciones concretas de RSE determinantes del clima organizacional. Por ejemplo: extender el debate a los empleados dependiendo del tema en cuestión; poseer normas escritas que prohíban y prevean medidas disciplinarias contra prácticas discriminatorias entre los empleados; mantener actividades sistemáticas de desarrollo y capacitación de los empleados; ir allá de las obligaciones legales en salud, seguridad y condiciones de trabajo; divulgar las normas del

gobierno de la empresa al resto de grupos de interés; crear mecanismos de control y auditoría para el gobierno de la empresa.

En cuanto a las limitaciones de este estudio y las recomendaciones de cara a futuras investigaciones, las principales son las que comparten todas las investigaciones basadas en la percepción de los participantes, o las relacionadas con la cautela al establecer relaciones causales a partir de diseños transversales. Por otra parte, sería conveniente ampliar este estudio con nuevos datos a partir de una muestra de mayor tamaño, por ejemplo, ampliando el estudio a otros otras empresas públicas de otras localidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología, 29*(3), 1038-1059. doi:10.6018/analesps.29.3.178511

Barakat, S. R., Isabella, G., Boaventura, J. M. G., & Mazzon, J. A. (2016). The influence of corporate social responsibility on employee satisfaction. *Management Decision, 54*(9), 2325-2339. doi:10.1108/MD-05-2016-0308

Choi, S. B., Ullah, S. M. E., & Kwak, W. J. (2015). Ethical leadership and followers' attitudes toward corporate social responsibility: The role of perceived ethical work climate. *Social Behavior and Personality, 43*(3), 353-366. doi:/10.2224/sbp.2015.43.3.353

Christensen, L. J., Mackey, A., & Whetten, D. (2014). Taking responsibility for corporate social responsibility: The role of leaders in creating, implementing, sustaining, or avoiding socially responsible firm behaviors. *The Academy of Management Perspectives, 28*(2), 164-178. doi:10.5465/amp.2012.0047

Comisión Europea (2011). *Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre la responsabilidad social de las empresas.* COM(2011) 681. Recuperado de http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0681:FIN:ES:PDF

D'Aprile, G., & Talò, C. (2015). How corporate social responsibility influences organizational commitment: A psychosocial process mediated by organizational sense of community. *Employee Responsibilities and Rights Journal, 27*(4), 241-269. doi:10.1007/s10672-015-9265-6

De Roeck, K., Marique, G., Stinglhamber, F., & Swaen, V. (2014). Understanding employees' responses to corporate social responsibility: Mediating roles of overall justice and organisational identification. *The International Journal of Human Resource Management, 25*(1), 91-112. doi:10.1080/09585192.2013.781528

Donia, M. B. L., & Tetrault Sirsly, C. (2016). Determinants and consequences of employee attributions of corporate social responsibility as substantive or symbolic. *European Management Journal, 34*(3), 232-242. doi:/10.1016/j.emj.2016.02.004

Flammer, C. (2015). Does corporate social responsibility lead to superior financial performance? A regression discontinuity approach. *Management Science, 61*(11), 2549-2568. doi:10.1287/mnsc.2014.2038

Flammer, C., & Luo, J. (2017). Corporate social responsibility as an employee governance tool: Evidence from a quasi-experiment. *Strategic Management Journal, 38*(2), 163-183. doi:10.1002/smj.2492

Gao, Y., & He, W. (2017). Corporate social responsibility and employee organizational citizenship behavior: The pivotal roles of ethical leadership and organizational justice. *Management Decision, 55*(2), 294-309. doi:10.1108/MD-05-2016-0284

Gaudencio, P., Coelho, A., & Ribeiro, N. (2017). The role of trust in corporate social responsibility and worker relationships. *The Journal of Management Development, 36*(4), 478-492. doi:10.1108/JMD-02-2016-0026

Gond, J., Igalens, J., Swaen, V., & El Akremi, A. (2011). The human resources contribution to responsible leadership: An exploration of the CSR-HR interface. *Journal of Business Ethics, 98*, 115-132. doi:10.1007/s10551-011-1028-1

Gupta, N., & Sharma, V. (2016). The relationship between corporate social responsibility and employee engagement and its linkage to organizational performance: A conceptual model. *IUP Journal of Organizational Behavior, 15*(3), 59-75. Recuperado de https://search-proquest-com/docview/1814062559?accountid=14495

Hollingworth, D., & Valentine, S. (2014). Corporate social responsibility, continuous process improvement orientation, organizational commitment and turnover intentions. *The International Journal of Quality & Reliability Management, 31*(6), 629-651. doi:10.1108/IJQRM-09-2012-0131

Kim, S. (2017). The process model of corporate social responsibility (csr) communication: Csr

communication and its relationship with consumers' csr knowledge, trust, and corporate reputation perception. *Journal of Business Ethics*. doi:10.1007/s10551-017-3433-6

Lee, S. Y. (2016). How can companies succeed in forming CSR reputation? *Corporate Communications, 21*(4), 435-449. doi:10.1108/CCIJ-01-2016-0009

Mory, L., Wirtz, B. W., & Göttel, V. (2016). Factors of internal corporate social responsibility and the effect on organizational commitment. *The International Journal of Human Resource Management, 27*(13), 1393-1425. doi:10.1080/09585192.2015.107210

Mueller, K., Hattrup, K., Spiess, S., & Lin-Hi, N. (2012). The effects of corporate social responsibility on employees' affective commitment: A cross-cultural investigation. *Journal of Applied Psychology, 97*(6), 1186-1200. doi:10.1037/a0030204

Pecino-Medina, V., Mañas-Rodriguez, M., Díaz-Fúnez, P., López-Puga, J., & Llopis-Marín, J. (2015). Climate and job satisfaction in university environment. *Anales De Psicología / Annals Of Psychology, 31*(2), 658-666. doi:10.6018/analesps.31.2.171721

Reverte, C. (2016). Corporate social responsibility disclosure and market valuation: Evidence from spanish listed firms. *Review of Managerial Science, 10(*2), 411-435. doi:10.1007/s11846-014-0151-7

Reza, E. (2009). Identity constructs in human organizations. *Business Renaissance Quarterly, 4*(3), 77.

Sheel, R. C., & Vohra, N. (2016). Relationship between perceptions of corporate social responsibility and organizational cynicism: The role of employee volunteering. *The International Journal of Human Resource Management, 27*(13), 1373. Recuperado de https://search-proquest-com/docview/1785758434?accountid=14495

Skudiene, V., & Auruskeviciene, V. (2012). The contribution of corporate social responsibility to internal employee motivation. *Baltic Journal of Management, 7*(1), 49-67. doi:10.1108/17465261211197421

Supanti, D., Butcher, K., & Fredline, L. (2015). Enhancing the employer-employee relationship through corporate social responsibility (CSR) engagement. *International Journal of Contemporary Hospitality Management, 27*(7), 1479-1498. doi:10.1108/IJCHM-07-2014-0319

Turker, D. (2009). How Corporate Social Responsibility Influences Organizational Commitment. *Journal of Business Ethics, 89*(2), 189-204. doi:10.1007/s10551-008-9993-8

Ubius, U., & Alas, R. (2012). The Impact of Corporate Social Responsibility on the Innovation Climate. *Engineering Economics, 23*(3), 310-318. doi:10.5755/j01.ee.23.3.1935

Vlachos, P. A., Panagopoulos, N. G., Bachrach, D. G., & Morgeson, F. P. (2017). The effects of managerial and employee attributions for corporate social responsibility initiatives. *Journal of Organizational Behavior,* doi:10.1002/job.2189

Wang, K. T., & Li, D. (2016). Market reactions to the first-time disclosure of corporate social responsibility reports: Evidence from china. *Journal of Business Ethics, 138*(4), 661-682. doi:10.1007/s10551-015-2775-1

VIGILANCIA DE LA SALUD: PUNTO DE ENCUENTRO ENTRE LA SALUD LABORAL Y LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

HEALTH SURVEILLANCE: MEETING POINT BETWEEN OCCUPATIONAL HEALTH AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Helena Thomas Currás*

Universidad Rey Juan Carlos

Resumen

Planteamiento: La vigilancia de la salud es un cometido que está encomendado a las autoridades públicas a nivel general y en el caso de la salud laboral a los empresarios como encargados de velar por ella. Desarrollo: Se analizan los datos de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) y de las Encuestas Europeas de Salud sobre la incidencia de trastornos mentales y del comportamiento, se revisa la literatura para cuantificar los costes económicos de las enfermedades mentales, así como las consecuencias en las incapacidades transitorias (IT) y las incapacidades permanentes (IP). Del repaso de la principal normativa sobre salud laboral se indican los artículos sobre vigilancia de la salud y los técnicos que deben ejecutarla. Se resume también la legislación y regulación desarrollada últimamente para el acceso a la formación especializada de los psicólogos especialistas en psicología clínica (PEPC) y a los psicólogos generales sanitarios (PGS). Conclusiones: del análisis de las estrategias españolas en materia de seguridad y salud en el trabajo para 2015-2020 conectadas con las estrategias europeas se resaltan las que hacen referencia a la vigilancia de la salud laboral. Ésta ha sido hasta ahora una labor exclusiva de los profesionales de la medicina y la enfermería. Sin embargo, los datos sobre salud mental, especialmente en los entornos de trabajo, hacen necesaria la inclusión de psicólogos sanitarios o clínicos, con formación complementaria sobre salud laboral, pues pueden ayudar a mejorar la prevención y la salud de los trabajadores, especialmente en todo lo relacionado con la salud mental laboral.

Palabras-clave: Protección salud, Salud mental laboral, Empresa saludable, Costes laborales, Trastornos mentales.

Abstract

Health surveillance is a task that is entrusted to the public authorities at a general level and in the case of occupational health to the employers as supervisors. The data of the National Health Surveys of Spain (ENSE) and the European Health Surveys on the incidence of mental and behavioral disorders are analyzed; the literature is reviewed to quantify the economic costs of mental illnesses, as well as the consequences in transient inabilities (IT) and permanent inabilities (PI).

The review of the main normative on occupational health summarizes the articles on health surveillance and the technicians who must execute it. The legislation and regulations recently developed for access to specialized training of clinical psychology specialists (PEPC) and general health psychologists (PGS) are also reviewed. The analysis of the Spanish strategies on occupational safety and health for 2015-2020 linked to the European strategies highlights those referring to the monitoring of occupational health. This has so far been the exclusive work of medical and nursing professionals. However, mental health data, especially in work environments, require the inclusion of health or clinical psychologists with complementary training in occupational health, as they can help to improve prevention and health of workers, especially in all related to mental health at work.

Keywords: Protection Health, Mental health work, Healthy organization, Labor cost, Mental disorders.

*Correspondencia: Helena Thomas Currás
Universidad Rey Juan Carlos
Despacho 2047
Facultad de Ciencias de la Salud,
Avda. de Atenas, s/n, 28922 Alcorcón
E-mail: helena.thomas@urjc.es

La salud es una de las mayores preocupaciones de las personas. Además la salud mental ha adquirido mayor importancia en estudios y publicaciones (de Pedro, Saiz, Roca y Noguer, 2016; Saavedra, Berenzon y Galván, 2016; Tortella-Feliu et al., 2016), la calidad de vida y el bienestar son los indicadores mas estudiados para conocer la percepción de la salud (Laca, Mejía y Gondra, 2006; Vinaccia, Quiceno, Lozano y Romero, 2017). Puesto que los adultos pasan casi un tercio del día en el entorno laboral es lógico que la salud sea también uno de los aspectos por los que más se interesan los trabajadores y las empresas (Ansoleaga, 2015; Jiménez, 2014; Sirgo, 2016).

Se viene trabajando desde hace tiempo para lograr lugares de trabajo sanos, donde no se ponga en riesgo la salud de las personas. Chris Argyris (1958) definió las organizaciones saludables como aquellas que permiten un óptimo funcionamiento humano y desde entonces no se ha abandonado este propósito. Se crea así el Plan Global de Acción sobre la Salud de los Trabajadores (GPA, por sus siglas en inglés) para 2008-2017, aprobado en mayo de 2007 por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS para incentivar a los países a promover nuevas estrategias de actuación en materia de salud laboral. Busca lograr una adaptación fiel a la definición de salud de la OMS como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1946)

MÉTODO

SALUD LABORAL

La protección de la salud de los ciudadanos está recogida en leyes y decretos. La primera es la Constitución Española que en su Art. 40.2 recoge que los poderes públicos deben velar por la seguridad e higiene en el trabajo y en el Art. 43 reconoce el derecho de todos a la protección de la salud. La Ley 14/1986 General de Sanidad dedica el capítulo IV a la salud laboral y en el Art. 21 indica los aspectos que deberán tenerse en cuenta para promover la salud integral de los trabajadores, actuar en la prevención de riesgos profesionales, vigilar las condiciones de trabajo especialmente en aquellos colectivos vulnerables y vigilar la salud para realizar una prevención adecuada, entre otros, de los riesgos laborales. (MSSSI, 2017)

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales recoge sobre vigilancia de la salud el Art. 14 sobre el derecho de los trabajadores a la vigilancia de la salud y Art. 22 en el que establece que el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo. Por su parte, la Ley 33/2011General de Salud Pública en el Art. 32 indica que la salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo y en el Art. 33 cómo debe ser la actuación sanitaria en este ámbito.

El Real Decreto 39/1997 sobre el Reglamento de los Servicios de Prevención en el Art. 18 indica los recursos materiales que deben poseer, así como el personal cualificado necesario para el desempeño de las funciones de nivel superior (un experto por cada una de las especialidades preventivas de Medicina del Trabajo, Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicosociología aplicada) y en Art. 37 desarrolla las funciones de nivel superior encargadas de la vigilancia de la salud, pero sólo recoge las de Medicina y DUE/Enfermería, dejándolo abierto a otros profesionales sanitarios con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

Otras normas, como el Acuerdo de Criterios Básicos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención, aprobado por la Comisión de Salud Pública el 17 de febrero de 2.000, el RD 843/2011 establece los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, los Reglamentos Específicos que hacen referencias a la vigilancia de la salud de trabajadores expuestos a determinados riesgos, así como la Normativa Sectorial, Normativa Autonómica sobre asistencia médico-farmacéutica en los servicios de prevención o la Normativa sobre confidencialidad de datos médicos, recogen aspectos claves y actualizados de la salud laboral.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

La Psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos

desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998). Por tanto, el psicólogo clínico y de la salud es el psicólogo que ejerce la psicología clínica y de la salud.

Un acontecimiento que marca el inicio de la psicología de la salud como tal es que en la APA en 1978 se constituyó un área propia la División 38 (http://www.health-psych.org/), y desde 1982 cuenta con su propia revista: Health Psychology.

La psicología de la salud en España tiene dos vertientes: 1) profesional, al amparo de instituciones como Facultades de Psicología o Colegios de Psicólogos y 2) normativo que supone el reconocimiento de la misma a través de la legislación y reglamentos aprobados por el poder legislativo.

1) Puede destacarse que la primera Revista de Psicología de la Salud europea se fundó en España en 1989. En este mismo año aparece Clínica y Salud promovida por la Delegación de Madrid del COP (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998) . Además, la psicología de la salud figura en la mayoría de los planes de estudio de las facultades de psicología, bien como psicología clínica o como psicología de la salud y forman parte del curriculum académico.

2) Con la aprobación de normas y leyes se ha reconocido la psicología como ciencia de la salud. La Ley 14/1986 General de Sanidad crea el Sistema Nacional de Salud (SNS). Dentro de él se reconocía, desarrollaba y asentaba la especialidad en psicología clínica, como psicólogo interno residente (PIR).

El RD 2490/1998 creó y reguló el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC), desarrollándose como especialidad sanitaria.

La Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) recoge que la posesión del título de especialista será necesaria, para ejercer la profesión y para ocupar puestos de trabajo en centros y establecimientos públicos y privados para ejercer una profesión sanitaria. La Ley 5/2011 de Economía Social abre una vía curricular de homologación para el SNS y la Ley 33/2011 General de Salud Pública crea la profesión de Psicólogos General Sanitario (PGS) y la habilita como profesión sanitaria regulando su ejercicio en el ámbito sanitario y creando los estudios de Máster en Psicología General Sanitaria. La Orden ECD/1070/2013, establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria. En la Ley 3/2014 sobre la defensa de los consumidores y usuarios se habilita un proceso de homologación para los psicólogos que justificaran formación y ejercicio profesional anterior a la ley.

Actualmente, el título oficial de PEPC se obtiene a través de la formación sanitaria especializada por el sistema de residencia (PIR), convocado anualmente por el Ministerio de Sanidad. Con un examen de selección, y tras realizar y superar las evaluaciones en periodo de cuatro años de ejercicio profesional tutorizado se obtiene el título oficial de PEPC, expedido por el Ministerio de Educación. Para la obtención del título de PGS deben seguirse estudios de máster con una duración de 90 créditos ECTS.

En la figura1 se indica la formación actual para la psicología.

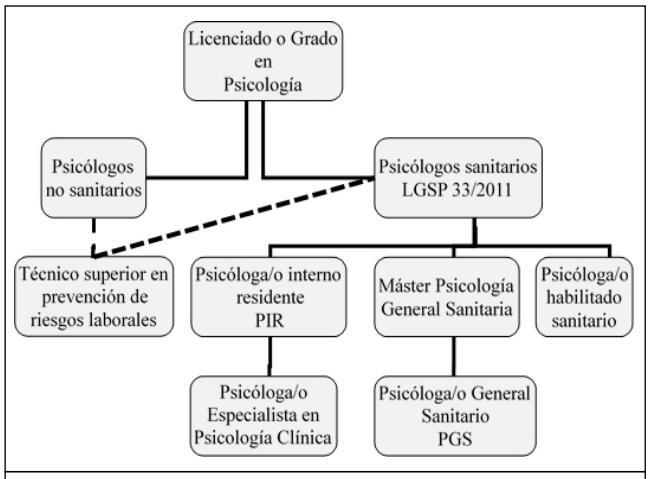


Figura 1. Proceso de obtención títulos

VIGILANCIA DE LA SALUD

Consiste en la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud, su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud (Solé, Piqué y Bultó, 1998). Engloba una serie de técnicas con objetivos y metodologías distintas.

En el ámbito de la salud laboral esta vigilancia se ejerce mediante la observación continuada de la distribución y tendencia de las condiciones de trabajo (factores de riesgo) y los efectos de los mismos (riesgos) sobre el trabajador o el grupo de trabajadores y tiene como principal objetivo comprender mejor el impacto que el trabajo ejerce sobre la salud de los trabajadores, de manera que se puedan identificar los determinantes de la salud en el medio laboral, además de establecer

las posibles interacciones de las exposiciones laborales con otros problemas médicos estableciendo así criterios para la mejora de las condiciones de trabajo (Urbaneja et al., 2015)

Además, según indica OSALAN Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakudea (2010) la vigilancia de la salud debe posibilitar la identificación, de la forma más rápida y precoz los efectos nocivos que los riesgos laborales puedan tener sobre el bienestar físico y mental de las personas trabajadoras, evitando que se conviertan en daños irreversibles para la salud. Debe ser específica y adaptada a los riesgos a los que se encuentran expuestas las personas trabajadoras.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) tiene encomendado desarrollar las estrategias españolas de seguridad y salud laborales, contando con la colaboración de los agentes implicados en velar por la salud de los trabajadores. Sin embargo, hay una presencia mayoritaria de medicina y enfermería del trabajo, fallando la aportación de la psicología. En la Estrategia Española para 2015-2020 (INSHT, 2015) además de las líneas que ya se venían trabajando, se pretende promocionar la salud y crear de hábitos saludables en las empresas y en la sociedad, siendo ésta una línea de trabajo en la que la psicología puede resultar de gran ayuda en el entorno laboral además de identificar y difundir buenas prácticas para la prevención de los problemas de salud mental en el trabajo.

La OMS, junto con la OIT (Irizabal, 2013) define un entorno de trabajo saludable identificándolo como aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sostenibilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes aspectos: el ambiente físico de trabajo, las relaciones psicosociales del trabajo, los recursos individuales de salud en el trabajo y la participación de la empresa en la comunidad (de Vicente y Villamarín, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2011).

Actualmente se habla tanto de organizaciones o de empresas saludables como aquellas que promueven acciones que potencien los aspectos a los que se refiere la OIT (Acosta, Cruz-Ortiz, Salanova y Llorens, 2015; Hespanhol, Aparecida, Garrido y Alessandro, 2015; Irizabal, 2013; Salanova, Llorens y Martínez Martínez, 2016). Cualquiera de ellos tiene incidencia en la salud de los trabajadores y la sociedad, por ello es importante trabajar en esa dirección para mejorar la salud global, incidiendo en los elementos que tienen que ver con la salud mental.

RESULTADOS

Analizando los datos facilitados por organismos oficiales, como hicieron Bones-Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols (2010) en su estudio epidemiológico del trastorno mental en el trabajo sobre la ENSE-2006 (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2006), mostraron datos significativos sobre su incidencia: las personas con baja laboral tienen una prevalencia de los trastornos mentales del 43,3% en hombres y 47,0% en mujeres, mientras que las personas que están trabajando, los trastornos mentales presentan una prevalencia del 11,5% en hombres y del 21,4 % en mujeres. Garrosa y Gálvez, (2013) señalan que la incidencia de días laborales perdidos por depresión (25,5 días por año) es bastante mayor que los días laborales perdidos por enfermedades crónicas (7,5 días por año), seguidos de los trastornos de pánico (20 días por año) y por agorafobia (18 días por año). Peña, Aranda, Oliva-Moreno y Vall (2016) resaltan que el número de pérdidas laborales por muerte prematura (previa a la edad de jubilación) por trastornos mentales suponen unas pérdidas en miles

Tabla 1
IT e IP y pérdidas laborales por incapacidad laboral según la causa médica.

	Casos IT (Miles)	Dias en IT (Millones)	*Millones de €*	*Casos IP (Miles)*	*Millones de €*	*Total pérdidas incapacidad*
Trastornos mentales y del comportamiento	*357.9*	*34.49*	*2,050.90*	*96.1*	*2,362.30*	*4,413.20*

Fuente:Peña et al. (2016) Nota: datos ENSE 2006

de euros de 52.392, lo que supone un 0.65% del total de pérdidas laborales por muerte prematura. Otros datos sobre la incidencia en IT e IP se muestran en la tabla 1.

Las pérdidas debidas a trastornos mentales y del comportamiento suponen el 12.8% de los datos totales de pérdidas por incapacidad, el segundo en importancia después de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (28.2 %). Por otro lado, las elevadas pérdidas en producción IT e IP ocasionadas por enfermedades mentales y del comportamiento (4,465.5 millones de €) ocupa el tercer lugar tras la enfermedades músculo-esqueléticas (9,703.80 millones de €) o las causas externas al ámbito laboral (5,716,90 millones de €) y superan las que ocasionaron otras enfermedades como los tumores (4,395.40 millones de €) (Peña et al., 2016).

López et al. (2014) indican que las IT por trastornos mentales suponen el 6.1% del total de IT. Estas IT por trastornos mentales se terminaron convirtiendo en IP, durante 2009-2012, el 5.5% del total de IP (11.6%) del mismo periodo. Es decir, más de la mitad de IT evolucionaron hacia una IP para el trabajo. Los datos para este periodo son similares a los de 2006 de Peña et al. (2016) pues los trastornos mentales suponen el 13.1 % de los casos de IP, detrás de los trastornos músculo-esqueléticos que suponen el 28.4%.

Tabla 2
Incidencia trastornos mentales por sexo y edad

Trastorno Mental			
	Edad	Número (en miles)	Porcentaje
Hombres	De 25 a 34	21.2	7.52
	De 35 a 44	43.9	9.16
	De 45 a 54	30.8	6.42
	De 55 a 64	17.3	3.55
Mujeres	De 25 a 34	40.1	10.42
	De 35 a 44	36.4	6.08
	De 45 a 54	47.0	6.33
	De 55 a 64	24.1	3.32

Fuente de datos: MSSSI e INE, (INE- 2014)

Tabla 3
Incidencia de los trastornos mentales en personas trabajadoras

	Número (miles)	Porcentaje
Hombres	41,7	4,22
Mujeres	48,0	4,37
Fuente de datos: MSSSI e INE (INE, 2014)		

DISCUSIÓN

Según el informe Mental Health in the Workplace (Leka y Jain, 2014) se estima que en España entre el 11% y el 27% de los trastornos mentales pueden atribuirse a las condiciones de trabajo. El coste directo del gasto sanitario de estos trastornos estaba entre 150 y 372 millones de euros en 2010, lo que supone una horquilla que varía del 0.24 al 0.58 % del gasto sanitario total del país (Gamero y González, 2013).

Los datos de la ENSE-2014 sobre la incidencia de los trastornos mentales se muestran en la tabla 2.

Estos datos permiten tomar conciencia de la importancia del diagnóstico y de la intervención de los trastornos mentales en el trabajo por la incidencia que tienen tanto en la vida laboral como en el bienestar de las personas.

CONCLUSIONES

Los servicios de Vigilancia de la Salud en las empresas se cubren generalmente con médicos del trabajo y ATS o DUE´s pero no es común la presencia de psicólogos pues aunque la normativa no lo descarta, no lo reconoce explicitamente.

A la vista de los datos sobre la prevalencia e incidencia de trastornos mentales en la empresa y sus consecuencias, se propone la presencia de psicólogos sanitarios o especialistas en psicología clínica con competencias en diagnóstico y evaluación de trastornos mentales pero con formación adicional en el área la salud laboral, de forma similar a los especialistas en medicina o enfermería del trabajo. Estos profesionales están capacitados y reconocidos legalmente para ejercer en el área de la salud mental y si se forman sobre el ámbito laboral donde se dan circunstancias concretas y específicas que requieren un conocimiento experto sobre condiciones de trabajo, riesgos laborales y efectos sobre la salud, así como de medidas necesarias de prevención en los puestos de trabajo, permitirían al trabajador un desarrollo íntegro biopsicosocial.

REFERENCIAS

Acosta, H., Cruz-Ortiz, V., Salanova, M. y Llorens, S. (2015). Healthy organization: analysing its meaning based on the HERO Model / Organizaciones saludables: analizando su significado desde el Modelo HERO.

Revista de Psicología Social, *30*(2), 323–350. doi:10.1080/21711976.2015.1016751

Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, *143*(1), 47–55. doi:10.4067/S0034-98872015000100006

Argyris, C. (1958). The orzanizacion: What makes it healthy? *Harvard Business Review*, *36*(6), 107–116.

Bones-Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, *22*(3), 389–395.

Colegio Oficial de Psicólogos. (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles Del Psicólogo*, *69*(febrero), 4–23.

de Pedro, J., Saiz, J., Roca, M. y Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, *23*(2), 67–73. doi:10.1016/j.psiq.2016.03.001

de Vicente, A. y Villamarín, S. (2013). La OMS insta a la creación de ambientes de trabajo saludables. *Infocop*, *62*, 31.

Gamero, C. y González, M. (2013). *Costes Socio-económicos de los Riesgos Psicosociales. Balance de situación actual y propuestas metodológicas para avanzar en su medición o cálculo*. Madrid: Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC.

Garrosa, E. y Gálvez, M. (2013). Género y salud laboral. En B. Moreno-Jiménez y E. G. Hernández (Eds.), *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral,* (pp. 67–82). Madrid: Ediciones Pirámide.

Hespanhol, M., Aparecida, H., Garrido, J. y Alessandro, E. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: desafíos para las políticas públicas *Universitas Psychologica*, *14*(5), 1613–1624.

Instituto Nacional de Estadística. (2014). *La encuesta europea de salud en España 2014*. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2015). *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020*. Madrid: INSHT.

Irizabal, L. (2013). Entornos Laborales Saludables. *Revista Uruguaya de Enfermería*, *8*(2). 46-48.

Jiménez, S. (2014). Factores psicosociales y salud: de vida laboral a factor de riesgo. *Revista Española de Comunicación En Salud*, *5*(2), 134–148.

Laca, F. A., Mejía, J. C. y Gondra, J. M. (2006). Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar laboral como componente de la salud mental. *Psicología y Salud*, *16*(1), 87–92.

Leka, S. y Jain, A. (2014). *Mental Health in the workplace in Europe*. Bruselas: OSHA.

López, M. A., Duran, X., Alonso, J., Martínez, J. M., Espallargues, M. y Benavides, F. G. (2014). Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el período 2009-2012. *Revista Española de Salud Pública*, *88*(3), 349–358. doi:10.4321/S1135-57272014000300005

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2006). Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Ciudadanos - Salud ambiental y laboral - Salud laboral - Normativa sobre Salud Laboral.

OMS. (2011). *Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la OMS: Principios*. *OMS*. Ginebra.

OSALAN (2010). Protocolos específicos de vigilancia de la salud.Barakaldo:OSALAN.

Peña, L. M., Aranda, I., Oliva-Moreno, J. y Vall, J. (2016). Evaluación de las pérdidas laborales provocadas enfermedades y lesiones en España en el año 2009. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, *1*(6), 66–85.

Saavedra, N., Berenzon, S. y Galván, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, *48*(4), 258–264. doi:10.1016/j.aprim.2015.05.005

Salanova, M., Llorens, S. y Martínez, I. M. (2016). Aportaciones desde la Psicología organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, *37*(3), 177.184.

Sirgo, P. (2016). Nuevas perspectivas para la Salud Laboral en un marco público y privado. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *62*(244), 178–187.

Solé, M. D., Piqué, T. y Bultó, M. (1998). *NTP 471: la vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales*. Madrid:INSHT.

Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., … Baños, R. M. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, *27*, 65–71. doi:10.1016/j.clysa.2016.03.002

Urbaneja, F., Lijó, A., Cabrerizo, J. I., Idiazabal, J., Zubía, A. R. y Padilla, A. (2015). *Vigilancia epidemiológica en el trabajo. Guía para la implantación de la vigilancia colectiva por parte de los servicios de prevención* (1st ed.). Barakaldo: OSASAN

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Lozano, F. y Romero, S. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnostico de artritis reumatoide. *Acta Colombiana de Psicología*, *20*(1), 49–59. doi:10.14718/ACP.2017

TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL HIJO CON AUTISMO EN LA FAMILIA

ACCEPTANCE OR REJECTION OF THE CHILD WITH AUTISM IN THE FAMILY

Rosa María Zambrano-Garcés[1]

María Daniela-Orellana[2]

[1] *Psicólogo Clínico. Magíster Psicoanálisis Mención Educación. Unidad de Educación, Universidad Católica de Cuenca, Extensión San Pablo de La Troncal*

[2] *Estudiante. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Quito*

Resumen

El presente estudio cualitativo analiza la aceptación o rechazo de hijos diagnosticados con autismo en dos familias que radican en el Cantón La Troncal, Ecuador. Se profundiza en las concepciones teóricas del autismo y su etiología, los problemas del autismo y el hijo autista. Esta investigación describe al autismo como un mal funcionamiento del hijo que provoca dificultades y retos en la familia. Los problemas del autismo son percibidos por los padres como desafíos y demanda de tiempo. El hijo autista es concebido como un ser a quien se acepta y se ama profundamente; pero al mismo tiempo, se rechaza, provocando sentimientos de culpa en la familia.

Palabras clave: Aceptación, Rechazo, Hijo, Autismo, Familia.

Abstract

This qualitative study analyzes the acceptance or rejection of children diagnosed with autism in two families who live in La Troncal, Ecuador. It delves into the theoretical conceptions of autism and its etiology, the problems of autism and the autistic child. This research describes that autism is understood as a malfunction of the child that causes difficulties and challenges in the family. Autism problems are perceived by parents as challenges and time demands. The autistic child is conceived as a being who is deeply accepted and loved; but at the same time, it is rejected, provoking feelings of guilt in the family.

Key words: Acceptance, Rejection, Child, Autism, Family.

La palabra autismo viene del griego "autós" que significa uno mismo; y se la emplea para designar a niños muy pequeños que presentan una serie de alteraciones serias, específicamente el uso de la palabra, la no entrada al lenguaje; y, conductas repetitivas, aislamiento, desconexión con el otro, movimientos estereotipados y angustia.

El autismo es estudiado por científicos y profesionales que se sienten atraídos por las relaciones afectivas extrañas que los niños manifiestan. Se destaca que pese a todos los avances de la ciencia, todavía no se conocen los factores responsables de este trastorno mental que perturba al propio niño y a los familiares más allegados como son los padres.

Eugenio Bleuler (1906) fue quien introdujo el término autismo en el ámbito de la psiquiatría para describir los síntomas de pacientes adultos esquizofrénicos, entre los cuales se mencionan el retraimiento o desapego de la realidad; el absoluto o parcial predominio del "mundo interior"; pérdida del sentido de la realidad; y, pensamiento esquizofrénico (Frith, 1991; Paluszny, 1991; Polaino-Lorente, 1982).

Leo Kanner en 1943 identificó varios síntomas a los que denominó "autismo infantil precoz". Haciendo referencia a L.Wing (1982) los rasgos que Kanner consideró de importancia en el autismo fueron: falta de contacto afectivo con otras personas; insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, a

*Correspondencia: Rosa María Zambrano Garcés.
Universidad Católica de Cuenca
C.P: 030450. La Troncal, Ecuador
E-mail: rmzambranog@ucacue.edu.ec

repetir una gama limitada de actividades ritualizadas, actividades de juego repetitivas y estereotipadas, escasamente flexibles y poco imaginativas; fascinación por objetos susceptibles de ser manipulados a través de finos movimientos motores; aparición de un tipo de lenguaje cuya función no parece ser la comunicación interpersonal, existencia de retraso y alteraciones en la adquisición y el uso del habla y el lenguaje, tendencia al empleo de un lenguaje no comunicativo y con alteraciones peculiares, como la ecolalia y la propensión a invertir los pronombres personales y; aparente fisonomía inteligente y pensativa con un alto potencial cognitivo que se manifiesta entre aquellos que saben hablar por medio de proezas de memoria, y entre aquellos que no hablan por sus buenos resultados en pruebas de ejecución.

El hecho de que no todas las familias reaccionen y se adapten de la misma forma a la presencia de un niño con alteraciones en el desarrollo despertó en su momento el interés por el estudio de los factores que intervienen en esta variedad de respuestas (Freixa, 1993). En un comienzo el estudio del autismo estuvo influenciado por el psicoanálisis, y se consideraba a la familia como un factor determinante en el origen del mismo; progenitores, especialmente las madres, que no brindan el afecto necesario a sus hijos provocando el trastorno. Posteriormente las investigaciones determinaron indicios de una relación genética y neurobiológica con el autismo, y su génesis pasó del área emocional al área cognitiva. Algunos autores atribuyen a factores psicogenéticos (o ambientales-emocionales) como los posibles responsables; por el otro, se dice que los responsables son factores de tipo biogenéticos u organicistas, como la deficiencia en neurotransmisores, factores genéticos y virales (Baron-Cohen y Bolton, 1998; Frith, 1991; Garanto, 1990; Paluszny, 1991; Wing, L., 1982).

Actualmente se considera el trastorno del espectro autista como un trastorno del desarrollo con bases neurológicas que se caracteriza por deficiencias en las áreas de lenguaje, comunicación, expresión de afectos, interacción social y que exhibe conductas motoras repetitivas (DSM-5, 2013). El autismo suele detectarse dentro de los tres primeros años de vida y existen diferentes grados de intensidad en una o más áreas con dificultades, teniendo así el diagnóstico un amplio espectro, desde patología severa, hasta el autismo de alto funcionamiento o síndrome de Asperger (Bettelheim, 2001).

En el ámbito de la psicología se define el término aceptación como la acción que está dirigida hacia otras personas, aceptar sus errores y sus equivocaciones, privilegiando lo bueno por sobre aquellas cuestiones que generan dolor. En cuanto al término rechazo se conceptualiza como el proceso y la consecuencia de resistir, negar o refutar. El padecimiento de una enfermedad crónica en los hijos como es el autismo, genera diferentes posiciones en los padres. Montano (1999), afirma que el concebir un hijo autista movilizaría angustias profundas y miedos inconfesables en los padres. Para los padres aceptar un hijo diferente a los demás les provoca enojo, dolor y sentimiento de impotencia. Por una parte es el hijo amado, por otra parte se descubre con dolor que se le rechaza. Los padres tienen expectativas concretas previas al nacimiento del hijo, particularmente sobre la salud del niño (Fejerman et al., 1994). En el caso de padres de niños autistas sus temores se confirmarían, y se cuestionarían sobre lo que pudieron haber hecho mal durante la gestación, el embarazo o la crianza. Puede presentarse cólera hacia sí mismos o rechazo al hijo, y vergüenza por el trastorno (Foster, O´Brien & McAllister, 2004). "En mi opinión uno de los aspectos más crueles del autismo infantil es que, para los padres, es muy lento el proceso de darse cuenta de que a su hijo le pasa algo" (Werner, Dawson, Osterling, Dinno, 2000).

Es necesario considerar la capacidad de los padres para afrontar las situaciones de estrés, esto implica asimilar que su hijo tiene una enfermedad que le acompañará a lo largo de toda la vida; esta capacidad varía de una familia a otra de acuerdo a sus estilos de afrontamiento; un hijo con autismo trastorna todos los niveles de responsabilidad, madurez, dedicación y recursos de los cuales dispone una familia. Hay que tener en cuenta también otros factores como las creencias y estilos de comportamiento desarrollados por los padres, la calidad de las relaciones familiares o de los sistemas de apoyo externo (Simón, Correa, Rodrigo, y Rodríguez, 1998). El carácter generalizado de las alteraciones de las personas con trastornos del espectro autista y su permanencia a lo largo de la vida hace que las implicaciones que tiene para las familias el nacimiento y convivencia con un hijo/a con autismo abarquen todos los ámbitos y generen necesidades en relación a todos los tipos de servicios (Belinchón, 2001).

En la ciudad de La Troncal los estudios en referencia a esta temática son escasos o inexistentes. De ahí que el objetivo fundamental de esta investigación fue analizar

la aceptación o rechazo de los hijos diagnosticados con autismo, utilizando principalmente la entrevista a los padres, con la finalidad que las familias tomen decisiones acertadas para el manejo adecuado del autismo de sus hijos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La presente investigación consta de dos niños. Caso 1: niño de 8 años y Caso 2: niño de 5 años, la edad actual es de 11 y 8 años respectivamente. Padres. Madres. La madre del Caso 1 tiene 49 años, con título de Tercer Nivel. La madre del Caso 2 tiene 43 años, con estudios secundarios. El padre del Caso 1 tiene 50 años con título de Cuarto Nivel. El padre del Caso 2 tiene 51 años con estudios secundarios. Los criterios de inclusión fueron: a) Criterios del DSM 5. b) Historia clínica completa. c) Exploración física y neurológica. d) Haber asistido a consulta semanal durante dos años. Los criterios de exclusión 1. Sicosis infantil 2. Síndrome de Rett. 3. Síndrome de Asperger. 4. Hipoacusia. El estudio fue realizado en la ciudad de La Troncal, Cañar (Ecuador), durante los años 2014 y 2015.

MATERIALES

Se utilizó la entrevista a los padres a base de preguntas abiertas como instrumento para recoger la información por permitir profundizar de forma cualitativa en las representaciones de padres con hijos diagnosticados con trastorno autista del desarrollo. Para realizar la entrevista se realizó un listado temático para orientar el trabajo y profundizar en los siguientes ejes:

1. Impresión del autismo en los padres.
2. Impresión de los padres acerca de los profesionales.
3. Reacción de los padres frente al diagnóstico.
4. Relación de pareja.
5. Reacción de los padres frente a la Intervención Psicoterapéutica.

Se aplicó una ficha de datos donde se recopiló la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y lugar de procedencia de los participantes; el sexo, edad, tiempo de diagnóstico y severidad del trastorno del hijo con autismo; así como antecedentes de trastornos del desarrollo en la familia, número de hijos, miembros familiares que conviven con el niño y nivel socio económico de la familia.

PROCEDIMIENTO

Con el consentimiento informado de los padres de familia y debidamente comunicados sobre el objetivo del estudio, se aplicó la entrevista en el consultorio particular; se consideró el diagnóstico atendiendo a los criterios establecidos en la guía de preguntas elaborada; se transcribieron las respuestas y se agrupó la información para el análisis de contenido.

DISEÑO

En esta investigación de enfoque cualitativo se utilizó el estudio de casos lo que permitió recoger, interpretar y analizar los datos sobre las percepciones, opiniones, actitudes, sentimientos o conductas de las dos familias participantes en relación a la aceptación o rechazo de los hijos diagnosticados con autismo.

RESULTADOS

Se analizaron dos casos de niños que acudieron a la consulta acompañados de sus padres. El Caso 1, niño de 8 años que cursa Cuarto Año de Educación General Básica, quien no puede pronunciar las palabras de manera correcta, no tiene un lenguaje apropiado para su edad, tiene dificultades en la lectura y en la escritura en la escuela; sigue patrones de comportamientos fijos y no le gusta interactuar con su pares.

El Caso 2, niño de 5 años de edad que cursa Primer Año de Educación General Básica, quien presenta retraso en el desarrollo del habla, lenguaje memorístico y repetitivo; con aleteo de manos, se da las vueltas sobre sí mismo y anda de puntillas; no mira a los ojos, ausencia de sonrisa social, prefiere jugar solo y es, a la vez, muy inquieto; suele pegar a la mamá cuando no le complace en lo que le pide.

Impresión del autismo en los padres. Los padres manifestaron haber presentado angustia y ansiedad cuando confirmaron el trastorno; los síntomas que observaron fueron: agresividad, inquietud, problemas de lenguaje e interacción social.

Síntomas observados en sus hijos:

"…no le gusta jugar con otros niños de su edad…"

"…no le gusta compartir con los otros niños…"

"… prefiere estar solo…"

"…se tapa los oídos cuando escucha música a un alto volumen…",

"…habla de manera monótona…"

"…anda en puntillas; carece de mímica facial apropiada…"

"…se da vueltas sobre sí mismo y aletea sus manitas…"

"…mira hacia arriba…"

"…no le gusta que le abracen…"

"…se muerde, se golpea…"

"…tira las cosas…"

"…hace rabietas cuando no le dejan hacer lo que él quiere…"

"…grita sin control cuando algo no le gusta…"

Impresión de los padres acerca de los profesionales. Los padres consultaron a diferentes médicos especialistas: psiquiatra, neurólogo, pediatra, otorrinolaringólogo cuando notaron que a sus hijos algo les ocurría porque no hablaban ni interactuaban con los niños de su edad. Expresaron que los profesionales consultados no establecieron un diagnóstico temprano; no brindaron apoyo ni consejo de cómo hacer con su hijo una vez que fue diagnosticado.

"…ningún médico supo guiarnos acerca de qué hacer o a quién recurrir…"

"…el neurólogo dijo que mi hijo no tiene nada, que se le pasará cuando crezca…"

"…el otorrino dijo que no tiene problemas de audición…"

"…para qué debo ir al neurólogo, si me receta lo mismo y no encuentro mejoría…"

"…algunos pediatras nos decían que era cuestión de meses, ya la pasará…"

"…el médico otorrino le diagnosticó adenoides y le operó…"

"…no nos simpatizan los médicos que con tanta frialdad dan un diagnóstico y no indican qué hacer con nuestro hijo…"

Reacción de los padres frente al diagnóstico. Los padres reaccionaron negativamente, no habían escuchado sobre la enfermedad; relataron todos los inconvenientes por los que atravesaron una vez que el diagnóstico fue confirmado, quedaron en estado de shock.

"…no creemos que nuestro hijo tiene una enfermedad que le acompañará a lo largo de toda su vida…"

"…mi hijo no tiene ninguna enfermedad, es una equivocación…"

"…lo que tiene nuestro hijo, es simplemente falta de atención; es pura malcriadez…"

"…esto no puede estar ocurriendo…"

Relación de pareja. Los padres trataron de encontrar un culpable, viviendo situaciones de tensión que provocaron dificultades en su relación de pareja. En una de las familias la relación se vio afectada llegando a pensar en un divorcio definitivo.

"…mi esposa es la responsable del comportamiento de nuestro hijo, le sobreprotege mucho…"

"…la madre es la única que puede brindar los cuidados que nuestro hijo necesita…"

"…lo que ahora me interesa es mi hijo, mi esposo puede esperar…"

"…siento que mi esposo no me brinda ningún tipo de apoyo y que todo el peso de la educación de mi pequeño hijo recae sobre mi…"

"…estoy resentida con mi esposo..."

Reacción de los padres frente a la Intervención Psicoterapéutica. En una de las familias la preocupación de los padres radicaba en cómo hacer con su hijo, cómo hacer con sus problemas de lenguaje, su aislamiento y sus dificultades cognitivas. Estos padres consideraban que las conductas de su hijo no tenían ninguna lógica y no estaban preparados para sus rabietas y crisis de irritabilidad. Otra de sus inquietudes era cómo manejar a su hijo dentro del grupo familiar y del grupo social; los padres sentían que no eran una familia "normal" y que iban a ser objeto de críticas. Una vez que los padres aceptaron que su hijo reciba apoyo psicopedagógico por parte de una especialista durante dos horas diarias, cinco días a la semana, aprendieron a saber cómo hacer con su hijo autista. En el caso de la otra familia, cuando se les planteó que su hijo necesitaba intervención psicoterapéutica, los padres se opusieron rotundamente, diciendo que su hijo tenía temor a los consultorios. Se realizaron varias citas de psicoeducación respecto a las características del autismo; pero no se logró éxito, los padres, han sentenciado:

",,, nuestro hijo tiene problemas en la cabeza y por lo tanto no tiene cura, eso es todo…"

DISCUSIÓN

Este estudio analiza que las dos familias radicadas en La Troncal, al igual que aquellas que residen en otros

países de diferentes niveles de desarrollo económico y social, hasta la aceptación final del diagnóstico, viven algo muy parecido a las etapas de elaboración del duelo que Elisabeth Kübler-Ross1 (1989), estableció para explicar las reacciones ante la pérdida de un ser querido. Efectivamente, las etapas que recorren los padres hasta la aceptación de la enfermedad de su hijo son parecidas a las del duelo. Es muy frecuente que experimenten un profunda tristeza, un sentimiento de pérdida o de ira (Harris, 2001). Las etapas van desde el peregrinaje, pasando por la negación, el rechazo, la culpabilización hasta llegar a la aceptación de la enfermedad de sus hijos con autismo. A continuación se detallan cada una de estas etapas. El "peregrinaje", cuando los padres buscan ayuda profesional para encontrar una respuesta a los problemas del desarrollo que presentan sus hijos, abrigan la esperanza que les digan que su hijos no padecen ninguna enfermedad. Otra etapa es la "negación", los padres se paralizan y no están preparados para soportar un hecho, una realidad. En este momento a los padres les invade el sentimiento de incredulidad, pierden el sentido y se preguntan cómo hacer con sus hijos, qué actitud tomar frente a la familia, la escuela y los amigos. Una de las familias empieza a leer sobre el autismo, a tener contacto con familias que atraviesan por similar situación, aceptan la ayuda que los profesionales ofrecen como son terapias, talleres y conferencias; aparece la etapa de la "aceptación"; en la otra familia, en cambio, aparece el "rechazo" del trastorno de su hijo, y es cuando los padres se inquietan, se angustian, se desesperan, se desmoralizan y surge la ansiedad que aparece con diferentes síntomas como son la tristeza, la melancolía, la ira y el insomnio; inclusive buscan culpables y pasan la responsabilidad al otro y es cuando aparece la etapa de la "culpabilización" al otro. M. Konstantareas (1991) reporta en estudios de padres de niños con discapacidad crónica, que para ellos resulta entendible que si existe origen genético en el padecimiento, intentarán probar con otra pareja con el fin de tener un niño sano. A estas fases pueden añadírseles según Rivière (1997) las de comprobación, búsqueda de significado e interiorización real del problema causante de la crisis.

CONCLUSIONES

Después de analizar los dos casos de niños diagnosticados con autismo, se puede concluir que las familias padecen un desgaste desde los primeros años de la vida del hijo y a lo largo de toda su vida, puesto que el trastorno implica dificultades en las relaciones interpersonales, la comunicación y problemas de conducta que afectan a la autonomía del niño. Ambas familias inicialmente atravesaron por la etapa de rechazo de la enfermedad; sin embargo, solo una de ellas aceptó la particularidad y singularidad de su hijo cuando recibió intervención sicoterapéutica.

En este sentido se considera necesario generar espacios para asesorar a las familias sobre el trastorno y su aceptación; para ello es recomendable trabajar interdisciplinariamente desde la detección temprana, el diagnóstico, la educación, la inclusión y la investigación; todo ello con la finalidad que los padres comprendan que el rol de la familia de un hijo autista implica darle el lugar de hijo y permitirle que lo ocupe plenamente; de manera que se convierta en un sujeto con deseos, capaz de expresarse y de aprender.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Baron-Cohen, S. y Bolton P. (1998). *Autismo: una guía para padres.* Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Belinchón, M. (Dir.) (2001). *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid.* Madrid: Caja Madrid.

Bettelheim, B. (2001). *La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo.* Barcelona: Paidós.

Bleuler, E. (1906). *Dementia Praecox or the group of schizophrenics.* Nueva York: International Universities Press.

Fejerman, N; Arroyo, H; Massaro, M; Ruggieri, V. (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo.* Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidos.

Foster, K; O'Brien, L & McAllister, M. (2004). Addressing the needs of children of parents with a mental illness: Current approaches. *Contemporary Nurse, 28*(1-2), 67-80.

Freisa, M. (1993). *Familia y deficiencia mental.* Salamanca: Amarú.

Frith, U. (1991). *Autismo. Hacia una explicación del enigma.* México: Editorial Alianza.

Garanto, J. (1990). *El autismo. Aproximación nosográfica-descriptiva y apuntes psicopedagógicos.* Barcelona: Editorial Harder.

Harris, S. L. (2001). *Los hermanos de niños con autismo. Su rol específico en las relaciones familiares.* Madrid: Narcea.

Konstantareas M. (1991). Effects of developmental disorders on parents. Theoretical and applied considerations. *Pshychiat. Cli. NA 14;* 1: 183-98.

Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte y los moribundos.* Barcelona: Luciérnaga.

Paluszny, M. (1991). *Autismo. Guía práctica para padres y profesionales*. México: Editorial Trillas

Polaino – Lorente A. (1982). *Introducción al estudio científico del autismo infantil.* Madrid: Editorial Alhambra.

Montano G. (1999). *Autismos: revisando conceptos*. Uruguay: Ediciones Trilce.

Rivière, A. (1997). *Definición, etiología, educación, familia papel psicopedagógico en el autismo.* Curso de desarrollo normal y autismo. Santa Cruz de Tenerife.

Simón, M. I.; Correa, N.; Rodrigo, M. J. y Rodríguez, M. A. (1998). Desarrollo y educación familiar en niños con cursos evolutivos diferentes. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (coords) *Familia y desarrollo humano* (pp. 445- 464). Madrid: Alianza.

Werner, E., Dawso, G., Osterling, J. y Dinno, N. (2000). Brief report: Recognition of autism spectrum disorder before one year of age: A retrospective study based on home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 157-162.

Wing, L. (1982). *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos*. Madrid: Editorial Santillana.

VIOLENCIA DE GÉNERO

MITOS DEL AMOR ROMÁNTICO Y NORMALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

THE ASSUMPTION AND ACCEPTANCE OF ROMANTIC LOVE MYTHS AND GENDER VIOLENCE DURING ADOLESCENCE

Enrique Bonilla Algovia[1*], Esther Rivas Rivero[1], Bárbara García Pérez[2] y Alberto Criado Martos[1]

[1]*Universidad de Alcalá*

[2]*Universidad Autónoma de Madrid*

Resumen

La adolescencia es una etapa caracterizada por el comienzo de las relaciones de pareja, por lo que las concepciones que se posean sobre el amor en esta etapa podrían propiciar la aparición de violencia de género en la adultez. Esta investigación tiene por objeto analizar la relación existente entre los mitos del amor romántico, la tolerancia a situaciones de violencia en la pareja y las creencias sexistas. La muestra está compuesta por 362 estudiantes (188 hombres y 174 mujeres) de Educación Secundaria Obligatoria de la Comunidad de Madrid y tiene un rango de edad de 14 a 18 años. La recogida de datos se llevó a cabo en horario escolar, a través de un instrumento autoaplicado elaborado por el equipo de investigación. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en la tolerancia a la violencia y en la aceptación de creencias sexistas entre quienes están de acuerdo con los mitos del amor romántico y quienes están en desacuerdo, de modo que la interiorización de los mitos del amor romántico conllevaría una mayor tolerancia a situaciones de violencia en la pareja y un mayor acuerdo con creencias sexistas. Las concepciones de los y las adolescentes sobre el amor son un constructo social que puede ser modificado si se utilizan los medios adecuados. Es necesario implantar programas de prevención de la violencia de género en el sistema educativo, que abarquen cuestiones tan normalizadas socialmente como los mitos del amor romántico y el sexismo.

Palabras clave: Mitos del amor romántico, Violencia de género, Sexismo, Adolescencia.

Abstract

Partnership relations start to take place during adolescence, and therefore the assumptions about love during this period may condition the appearance of gender violence in the future. This research's main aim is to evaluate statistically significant relations between the assumption of romantic love myths and the tolerance of gender violence and sexism during adolescence. The participants were 362 students (188 men and 174 women) aged between14-18. They were given an inventory that was specifically designed for this research. The results show statistically significant differences about the acceptance of gender violence and sexism among those who accept romantic love and those who don't. Thus, the acceptance of romantic myths may favour a subsequent acceptance of violent and/or sexist situations in partnership. Nevertheless, these assumptions are socially constructed and therefore they can be modified. Educational system seems to have the responsibility of implementing prevention-focused plans in order to educate in the de-construction of socially-constructed issues such as sexism and romantic love.

Key words: Romantic love myths, Gender violence, Sexism, Adolescence.

La adolescencia se presenta como un tema de investigación abierto a la comunidad científica en el que confluyen diferentes disciplinas (Lozano, 2014). Podría definirse como un periodo comprendido entre aproximadamente los 10 y los 19 años, en el que se consolidan una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que permiten que los niños y niñas asuman el papel de adulto integrado en la

*Correspondencia: Enrique Bonilla Algovia.
Departamento de Ciencias de la Educación.
C.P: 28801, Alcalá de Henares (Madrid).
E-mail: quiquebonilla@hotmail.com

sociedad (Santillano, 2009). Es una etapa en la que también surge la atracción sexual y se forman parejas más o menos estables (García-Sedeño y García-Tejera, 2013). En este sentido, la adolescencia es un periodo clave del desarrollo humano, puesto que las creencias que se posean acerca del amor y las relaciones de noviazgo marcarán el comportamiento dentro de la pareja. Si tales creencias son negativas e insanas, están relacionadas con la tolerancia a la violencia o guardan relación con los patrones de género tradicionales, pueden normalizarse y reproducirse en posteriores etapas de la vida adulta. Las investigaciones sobre creencias y actitudes sexistas en población adolescente y adulta dejan entrever un efecto del género, por lo que la modificación de las mismas podría ayudar en la prevención de la violencia contra las mujeres (Ferrer, Bosch, Ramis y Navarro, 2006).

La violencia de género es aquella que se ejerce contra las mujeres por la propia condición de serlo (Maqueda, 2006), incluyendo todas las etapas etarias (Andrés, 2007). Se trata de un fenómeno que tiene lugar en todos los países, ámbitos de la sociedad y estratos sociales, e incluye tanto el maltrato físico como el psicológico, sexual, aislamiento y control social… (Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa y Martín-García, 2004). Es decir, en función de los daños que produzca en la víctima y de los medios empleados por el agresor, la violencia contra las mujeres suele clasificarse en los siguientes tipos: física, psíquica, sexual, económica, ambiental (San Segundo, 2016). Según Gálvez (2011), la violencia de género tiene lugar, principalmente, en la familia, en los matrimonios o en las relaciones de pareja. En la adolescencia, tal y como ocurre en el resto de etapas, la violencia de género puede manifestarse mediante agresiones físicas, psicológicas o sexuales.

Para Expósito (2011), la violencia contra las mujeres se ha convertido en una conducta instrumental que sirve para introducir o mantener la desigualdad de género en una relación. No se trata de un tipo de violencia que ocurre en actos puntuales, sino de un proceso que se instaura y cronifica en el tiempo (Blanco et al., 2004). Ellsberg (2015) estima que una de cada tres mujeres sufrirá violencia física o sexual a lo largo de su vida por parte de su pareja. Por tanto, estamos ante un problema social de condiciones epidémicas que se reproduce año tras año y amenaza a la mitad de la población mundial.

La violencia contra las mujeres podría estar relacionada con las concepciones de la sociedad acerca del amor y las relaciones de pareja. Los mitos del amor romántico, según Yela (2003), son un conjunto de creencias compartidas socialmente acerca de la naturaleza del amor. El amor romántico está sustentado por diferentes mitos que se transmiten mediante la socialización (Ferrer y Bosch, 2013). Esta investigación se ha centrado en el mito de los celos y el mito de la omnipotencia, buscando su relación con la tolerancia a la violencia dentro de la pareja. El mito de los celos hace referencia a la percepción de que los celos son un ejemplo de amor, y el mito de la omnipotencia va ligado a la creencia de que el amor verdadero puede con todo (Yela, 2003). Los mitos representan creencias distorsionadas que afectan negativamente a las relaciones de pareja y, mediante diferentes formas, pueden apoyar y mantener la violencia de género (Pérez, 2007). En este sentido, es necesario estudiar la influencia de los mitos del amor romántico en la justificación de la violencia, con el objetivo de fomentar planes de prevención y programas contra la violencia de género.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra del presente estudio está compuesta por 362 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la Comunidad de Madrid: 188 hombres (51,9%) y 174 mujeres (48,1%), con una media de edad de 15,39 años (DT = .999). La Tabla 1 recoge las principales características de los y las adolescentes participantes:

Tabla 1
Características de la muestra

	n	Porcentaje
Sexo		
Masculino	188	51,9%
Femenino	174	48,1%
Edad		
14	69	19,1%
15	145	40%
16	90	24,9%
17	53	14,6%
18	5	1,4%
Situación sentimental		
Con pareja	94	26,2%
Sin pareja	265	73,8%
Centro educativo de pertenencia		
Instituto público	197	54,4%
Concertado-privado laico	83	22,9%
Concertado-privado religioso	82	22,7%

MATERIALES

El instrumento fue elaborado por el equipo investigador para analizar la relación de los mitos del amor romántico con la tolerancia a situaciones de violencia y las creencias sexistas. El cuestionario estuvo compuesto por los siguientes apartados: características sociodemográficas, mitos del amor romántico, creencias sexistas y tolerancia a situaciones de violencia en la pareja.

PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se llevó a cabo en horario escolar mediante un instrumento autoaplicado de preguntas cerradas que garantizaba el anonimato de los y las participantes.

DISEÑO

La base de datos se creó con el programa estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics 22.0). Se calcularon porcentajes de acuerdo y se aplicó el estadístico *Chi-cuadrado* para hallar diferencias estadísticamente significativas.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se recogen los porcentajes de acuerdo del alumnado participante respecto a los mitos del amor romántico, la tolerancia a situaciones de violencia en el seno de la pareja y las creencias sexistas. Tal y como muestra la tabla, nueve de cada diez personas entrevistadas estaría de acuerdo con que "el amor de pareja puede cambiar la personalidad de alguien" y aproximadamente la mitad aceptaría el mito de los celos.

La Tabla 3 muestra los porcentajes de acuerdo y las diferencias estadísticamente significativas halladas en la tolerancia a la violencia en la pareja y en la aceptación de creencias sexistas entre quienes están de acuerdo con el mito de los celos y quienes están en desacuerdo. Aquellas personas que están de acuerdo con el mito de los celos muestran mayores porcentajes de acuerdo en sexismo y justifican en mayor proporción la violencia en el interior de la pareja como muestra de amor. Por un lado, en cuanto a la tolerancia a situaciones de violencia en la pareja, el 72,2% de quienes están de acuerdo con el mito de los celos afirma que perdonaría por amor a su pareja si un día se enfada y le grita y/o insulta excesivamente (vs. el 45,8% de quienes están en desacuerdo; χ^2=24,376) y el 14,1% considera que los malos tratos se podrían perdonar por amor (vs. el 5,3% de quienes están en desacuerdo; χ^2=7,922). Por otro lado, en la interiorización de creencias sexistas, cabe destacar que el 25% de quienes están de acuerdo con el mito de los celos considera que "una chica que viste ropa atrevida (tirantes, pantalón corto, falda…) va provocando" (vs. el 16% de quienes están en desacuerdo; χ^2=4,288).

Tabla 2
Porcentajes de acuerdo relativos a mitos del amor romántico, creencias sexistas y tolerancia a situaciones de violencia.

	Acuerdo	
	n	Porcentaje
Mitos del amor romántico		
El amor de pareja puede cambiar la personalidad de alguien.	309	86,1%
Una persona es celosa porque se preocupa por ti y te quiere.	168	47,1%
Tolerancia a situaciones de violencia en la pareja		
Perdonaría por amor a mi pareja si un día se enfada y me grita y/o insulta excesivamente.	201	58,4%
Es normal que, al tener pareja, se dejen de hacer ciertas cosas si a tu pareja no le gustan.	171	48%
Cuando se tiene pareja, es habitual utilizar el móvil para saber dónde se encuentra y qué hace la otra persona.	166	46,1%
Considero que los malos tratos se podrían perdonar por amor.	35	9,8%
Creencias sexistas		
Las mujeres, por naturaleza, suelen ser más sentimentales que los hombres.	248	69,1%
Los hombres, por naturaleza, suelen ser más agresivos que las mujeres.	240	66,7%
Las mujeres suelen ser mejores que los hombres en la crianza y cuidado de los hijos.	179	50%
No es muy habitual observar conductas machistas y sexistas por televisión.	74	20,8%
Una chica que viste ropa atrevida (tirantes, pantalón corto, falda…) va provocando.	71	20,3

Tabla 3
Diferencias estadísticas en el acuerdo con la tolerancia a la violencia y el sexismo entre quienes están en favor y en contra del mito de los celos.

	Una persona es celosa porque se preocupa por ti y te quiere		χ^2
	Sí (n=168)	No (n=189)	
Tolerancia a situaciones de violencia en la pareja			
Perdonaría por amor a mi pareja si un día se enfada y me grita y/o insulta excesivamente	72,2 % (117)	45,8% (81)	24,376***
Es normal que, al tener pareja, se dejen de hacer ciertas cosas si a tu pareja no le gustan	63,3% (105)	34,4 (64)	29,238***
Cuando se tiene pareja, es habitual utilizar el móvil para saber dónde se encuentra y qué hace la otra persona.	55,7% (93)	36,7% (69)	12,850***
Considero que los malos tratos se podrían perdonar por amor	14,1% (23)	5,3% (10)	7,922***
Creencias sexistas			
Las mujeres, por naturaleza, suelen ser más sentimentales que los hombres.	73,2% (123)	64,7% (121)	2,981
Los hombres, por naturaleza, suelen ser más agresivos que las mujeres.	72% (121)	61,7% (116)	4,247*
Las mujeres suelen ser mejores que los hombres en la crianza y cuidado de los hijos.	63,1% (106)	38,4% (71)	21,516***
No es muy habitual observar conductas machistas y sexistas por televisión.	21,1% (35)	21,2% (39)	,001
Una chica que viste ropa atrevida (tirantes, pantalón corto, falda…) va provocando.	25% (41)	16% (29)	4,288*

Nota. $*p \leq ,05$; $**p \leq ,01$; $***p \leq ,001$

En la Tabla 4 se muestran los porcentajes de acuerdo y las diferencias estadísticamente significativas halladas en la tolerancia a la violencia en la pareja y en la aceptación de creencias sexistas entre quienes están de acuerdo con el mito de "el amor de pareja puede cambiar la personalidad de alguien" y quienes están en desacuerdo. El 49,5% de quienes están de acuerdo con el mito de la omnipotencia considera que "cuando se tiene pareja, es habitual utilizar el móvil para saber dónde se encuentra y qué hace la otra persona" (vs. el 24% de quienes están en desacuerdo; χ^2=11,268) y el 52,3% que "las mujeres suelen ser mejores que los hombres en la crianza y cuidado de los hijos" (vs. el 34,7% de quienes están en desacuerdo; χ^2=5,230).

Tabla 4
Porcentajes de acuerdo y diferencias estadísticamente significativas entre quienes están de acuerdo y en desacuerdo con el mito "el amor de pareja puede cambiar la personalidad de alguien"

	El amor de pareja puede cambiar la personalidad de alguien		χ^2
	Sí (n=309)	No (n=50)	
Tolerancia a situaciones de violencia en la pareja			
Perdonaría por amor a mi pareja si un día se enfada y me grita y/o insulta excesivamente	61,6% (181)	39,6% (19)	8,211**
Es normal que, al tener pareja, se dejen de hacer ciertas cosas si a tu pareja no le gustan	50,8% (155)	28,6% (14)	8,376**
Cuando se tiene pareja, es habitual utilizar el móvil para saber dónde se encuentra y qué hace la otra persona.	49,5% (152)	24% (12)	11,268***
Considero que los malos tratos se podrían perdonar por amor	10,2% (31)	6,1% (3)	-
Creencias sexistas			
Las mujeres, por naturaleza, suelen ser más sentimentales que los hombres.	69,8% (215)	63,3% (31)	,844
Los hombres, por naturaleza, suelen ser más agresivos que las mujeres.	68% (210)	57,1% (28)	2,221
Las mujeres suelen ser mejores que los hombres en la crianza y cuidado de los hijos.	52,3% (160)	34,7% (17)	5,230*
No es muy habitual observar conductas machistas y sexistas por televisión.	19,1% (58)	32,7% (16)	4,693*
Una chica que viste ropa atrevida (tirantes, pantalón corto, falda…) va provocando.	20,3% (61)	20,4% (10)	,000

Nota. $*p \leq ,05$; $**p \leq ,01$; $***p \leq ,001$

DISCUSIÓN

La adolescencia es un periodo clave en la prevención de la violencia de género, ya que es el momento en que suelen comenzar las relaciones sentimentales, y las concepciones acerca del amor que se posean en esta etapa pueden normalizarse y reproducirse dentro de la pareja, tanto en el presente como en el futuro. Así pues, es incuestionable la necesidad de detectar precozmente las creencias y patrones de conducta negativos y modificarlos, a fin de evitar relaciones de pareja violentas, insanas y desiguales. En este sentido, es preocupante el alto porcentaje de acuerdo hallado entre el alumnado entrevistado respecto a los mitos del amor romántico, la tolerancia a la violencia en la pareja y las creencias sexistas. La reproducción de los estereotipos de género tradicionales y los mitos del amor romántico podría deberse a la influencia de la socialización; es decir, "el proceso por el que las personas aprenden y hacen suyas las pautas de comportamiento social de su entorno" (Ferrer y Bosch, 2013, p.106). En un entorno de socialización patriarcal, donde se asignan papeles diferenciados en función del sexo de nacimiento y se muestra un concepto de amor idealizado, es complicado no asumir los estereotipos sociales que te rodean. Pero, dado que tales aspectos son una construcción sociocultural, pueden ser modificados y sustituidos.

La investigación evidencia que los y las participantes que están de acuerdo con el mito de los celos y el mito de la omnipotencia muestran mayores porcentajes de acuerdo con las creencias sexistas y la tolerancia a la violencia en el interior de la pareja. Estos resultados ejemplificarían la relación existente entre la interiorización de los mitos del amor romántico y la tolerancia a la violencia en la pareja, lo que estaría en consonancia con la literatura académica al respecto. Según Yela (2003), "el mito de los celos se utiliza con demasiada frecuencia como justificante de comportamientos egoístas, injustos, represivos, cobardes, e incluso violentos" (p. 267). En este sentido, las manifestaciones violentas en las relaciones de pareja pueden justificarse por amor (García-Sedeño y García-Tejera, 2013); es decir, una visión excesivamente romántica del amor contribuiría a que se tolere una relación asfixiante donde el control de la pareja se justifica mediante el sentimiento amoroso (Galicia, Sánchez y Robles, 2013). En consecuencia, considerar que el amor es suficiente para superarlo todo, y alimentar el control en el interior de la pareja, supone un alejamiento de lo que constituye una relación de pareja basada en aspectos como el respeto, la libertad y la igualdad (Rodríguez, Sánchez y Alonso, 2006).

CONCLUSIONES

La interiorización de los mitos del amor romántico podría ser un factor de riesgo para la aparición de violencia de género, por lo que se hace necesario trabajar en la deconstrucción de estas creencias y patrones transmitidos generacionalmente y fomentar relaciones de pareja sanas e igualitarias desde todos los espacios de la educación formal y no formal. El sistema educativo es uno de los principales agentes de socialización y no puede quedarse al margen de la lucha contra este tipo de violencia; es necesario implantar planes específicos de prevención que tengan en cuenta el papel de los mitos románticos y el sexismo en la reproducción de esta lacra social, así como sustituir la escuela mixta por un modelo coeducativo que potencie el pleno desarrollo del ser humano y deje atrás la desigualdad de género y la discriminación patriarcal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrés, P. (2007). Violencia contra las mujeres, violencia de género. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (Eds.), *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección* (pp. 17-38). España: Ediciones Díaz de Santos.

Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L. y Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria, 18* (4), 182-188.

Ellsberg, M. (2015): *Ending violence against women with numbers and stories*, [Archivo de vídeo]. Washington, DC: TEDx. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=xoWx3-4-I_8.

Expósito, F. (2011). Violencia de género. *Mente y Cerebro*, (48), 20-25.

Ferrer, V.A., Bosch, E., Ramis, M.C. y Navarro, C. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de psicología, 22* (2), 251-259.

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.

Galicia, I.X., Sánchez, A. y Robles, F.J. (2013). Relaciones entre estilos de amor y violencia en adolescentes. *Psicología desde el Caribe, 30* (2), 211-235.

Gálvez, C. (2011). *Violencia de género: Terrorismo en casa*. España: Formación Alcalá.

García-Sedeño, M. y García-Tejera, M.C. (2013). Estimación de la Validez de Contenido en una Escala de Valoración del Grado de Violencia de Género Soportado en Adolescentes. *Acción Psicológica, 10* (2), 41-58.

Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la Adolescencia. *Ultima década*, (40), 11-36.

Maqueda, M. L. (2006). La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología,* (08-02), 1-13.

Pérez, M.D. (2007). La violencia de género: Prevención educativa. *Papeles Salmantinos de Educación,* (8), 73-94.

Rodríguez, V., Sánchez, C. y Alonso, D. (2006). Creencias de adolescentes y jóvenes en torno a la violencia de género y las relaciones de pareja. *Portularia,* 6(2), 189-204.

San Segundo, T. (2016). La violencia de género. La asistencia social ante la violencia de género. En T. San Segundo (directora), *A vueltas con la violencia. Una aproximación multidisciplinar a la violencia de género* (pp. 19-41). España: Editorial Tecnos.

Santillano, I. (2009). La Adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades. *Ultima Década,* (31), 55-71.

Yela, C. 2003. La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros en Psicología Social, 1*(2), 263-267.

EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO COMO HERRAMIENTA PARA EL TRABAJO CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

TRANSTHEORETICAL MODEL OF CHANGE AS A TOOL FOR WORKING WITH WOMEN VICTIMS OF GENDER VIOLENCE.

Javier Manjón-González[1] y Maria Eugenia de la Viuda-Suárez[2]

[1]*Psicólogo Clínico, Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Oviedo, Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Asturias*

[2]*Psicóloga Clinica, Fundación Siloe, Gijón, Asturias*

Resumen

El ámbito de esta propuesta es el del trabajo psicoterapéutico con mujeres víctimas de violencia de género, apoyándonos para ello en el Modelo Transteórico del Cambio, cuyos autores principales son Prochaska y DiClemente. Dicho modelo estudia el cambio de hábitos nocivo y se aplica a diversos hábitos y estilos de vida relacionados con la salud y las adicciones. Este modelo es incluido por Norcross en su revisión de las relaciones terapéuticas empíricamente validadas, bajo los auspicios de la Division 29 de la APA. Lo califica de "Promising element" en el apartado de cómo adaptar la relación terapéutica al paciente individual. El aspecto más característico del modelo es la categorización de 5 etapas del cambio y 10 procesos de cambio. Las etapas del cambio son la Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Para cada una de estas etapas habría procesos de cambio más adecuados, lo que permite adaptar las tareas terapéuticas para facilitar el avance de etapa.

Palabras clave: Violencia de género, Violencia, Mujeres Maltratadas, Psicoterapia, Modelo Transteórico del Cambio.

Abstract

This proposal addresses psychotherapeutic work with women victims of gender violence. The work is based on the Transtheoretical Model of Change, whose main authors are Prochaska and DiClemente. Transtheoretical Model studies how nocive habits change, and usually is applied to health and addiction habits and lifestyles. The Model is included by Norcross in his evidence based psychotherapy relationships review, supported by the 29th APA Division. In his review, Transtheoretical Model is labeled as a "Promising Element" when trying to adapt the therapeutic relationship to individual patients. The most relevant feature in this model is that change is divided in 5 stages and 10 processes. The stages of change are Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action and Maintenance. For each of these change stages there are more or less convenient change processes. Therefore, therapeutic tasks could be adapted depending on the change stage in order to ease the therapeutic progress.

Key words: Gender Violence, Violence, Abused Women, Psychotherapy, Transtheoretical Model of Change.

El trabajo con mujeres víctimas de violencia de género es con frecuencia difícil y retador para el profesional. Por ello, aunque cada caso es diferente, resulta de interés algún marco teórico que respetando la especificidad de cada persona y cada problemática nos permita orientarnos y facilitar el abordaje de los problemas.

Algunas mujeres víctimas de violencia de género se refieren a su situación afirmando que es como una adicción, de la que no pueden escapar aunque lo deseen. Aceptando su lenguaje esto nos acerca a la utilidad del Modelo Transteorico del Cambio. Los autores principales de este modelo son Prochaska y DiClemente (DiClemente, 2003; Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente y Norcross,

*Correspondencia: Javier Manjón Gonzalez.
Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Oviedo
C.P: 33011, Oviedo, España.
E-mail: xsacavera@hotmail.com

1992; Prochaska y Velicer, 1997) y ha sido empleado en el estudio y cambio de habitos y estilos de vida relacionados con las adicciones y la salud. Además es un modelo incluido por Norcross (2011) dentro de las relaciones terapéuticas empíricamente validadas, dentro del marco de trabajo que desarrolla la División 29 de la APA.

En el contexto de la violencia de genero el Modelo Transteórico del Cambio ha sido propuesto para categorizar a las mujeres víctimas de violencia de género (Alexander, Tracy, Radek y Koverola, 2009; Burke, Mahoney, Gielen, McDonnell y O´Campo, 2009; Burkitt y Larkin, 2008) y también para el trabajo terapéutico con mujeres víctimas de violencia de género (Dienemann, Glass, Hanson y Lunsford, 2007; Frasier, Slatt, Kowlowitz y Glowa, 2001 ; Hegarty, O´Doherty, Gunn, Pierce y Taft, 2008; Manjón, 2012; Zink, Elder, Jacobson y Klostermann, 2004). En España ha sido empleado además en el ámbito sanitario en en Servicio Madrileño de Salud en forma de Guías para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres, tanto en Atención Primaria (VV AA, 2008) como en Atención Especializada (VV AA, 2010).

Es importante señalar que una adicción a una sustancia no es lo mismo que una relación de pareja. No obstante este enfoque es de utilidad en ambos contextos. El elemento clave es la identificación de 5 etapas del cambio. Estas etapas son la Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Para cada etapa hay procesos de cambio y acciones más adecuadas. Esta concepción nos permite manejar una concepción dinámica del proceso de cambio de la mujer víctima de violencia de género y nos posibilita adecuar nuestras intervenciones al momento en el que la mujer se encuentra.

METODO

El método seguido consistirá una revisión selectiva de literatura relativa al Modelo Transteorico del cambio y a violencia de género, valorando su adecuación respecto a la experiencia clínica de los autores, con el objetivo de precisar la aplicación de dicho modelo al ámbito del trabajo psicoterapéutico con mujeres víctimas de violencia de género.

Los participantes son los dos autores del texto, los materiales los citados en las referencias bibliográficas, el procedimiento y el diseño los especificados en el párrafo que antecede.

RESULTADOS

De acuerdo con la estructuración solicitada por la organización del congreso se procede a enumerar resultados del análisis que se realiza con este texto. Para ello se revisa la aplicación de las fases del Modelo Transteórico del Cambio a los distintos momentos por los que atraviesa una mujer víctima de violencia de género.

Fase de Precontemplación o de relación con abuso aceptada. De un modo general esta fase se caracteriza por la ausencia de intención de cambiar las pautas de comportamiento en un futuro próximo, en los siguientes 6 meses. La persona puede que no sea consciente de su problema, que le de poca importancia o que lo acepte como inmodificable. Es posible que exista deseo de cambio, pero dicho deseo no se concreta en la decisión de emprender nuevas conductas. Si solicita atención profesional o psicoterapéutica suele ser por la presión de alguna otra persona más que por iniciativa propia. La tarea esencial en esta etapa, a la que conviene dedicar un mayor esfuerzo por parte del terapeuta, es la de aumentar la conciencia del problema y de la necesidad de cambiar.

Es un momento en el que la mujer, en términos generales, acepta la relación de pareja y ese es su horizonte de vida. No quiere esto decir que acepte pasivamente la relación, con frecuencia esta luchando para que esta cambie, para que su pareja cambie. Pero globalmente predomina la aceptación de la relación.

Dienemann, Glass, Hanson y Lunsford (2007) plantean que algunos elementos característicos de este periodo son el intento de la mujer por mantener el abuso secreto, por afrontarlo sola. La mujer teme fallar en la relación, se atribuye la responsabilidad de lo que pasa, y se maneja también evitando o negando sus propios sentimientos negativos.

En un momento en el que están sucediendo tantos eventos negativos, es importante para el terapeuta elegir qué priorizar. Lo que el Modelo Transteórico del cambio plantea es que en esta etapa la tarea terapéutica esencial es la de alimentar la duda. Lo que permitirá a la mujer avanzar es la instauración de la duda sobre la falta de importancia o la falta de tolerabilidad del maltrato. El objetivo es que dicho maltrato sea percibido por la mujer como algo cada vez más dañino y más difícil de aceptar, que aumente

su percepción del maltrato como un abuso y de los costes que conlleva para ella.

Esto podemos promoverlo en consulta con diferentes acciones concretas:

→ Cuando la víctima no reconoce la situación como abusiva, una intervención adecuada es explorar el abuso con mayor detalle, recogiendo la desventaja de la mujer y aumentando la visibilidad del abuso con la propia enumeración y exploración.

→ Cuando la víctima duda de la intolerabilidad de la situación es de interés una toma de postura personal del terapeuta, que explicite que nadie merece ser maltratado, que el maltrato no es aceptable y que todo el mundo tiene derecho a una vida sin violencia. A veces es importante convertirse en referente explicito de estas afirmaciones, ante la posibilidad sobreentendidos tácitos que vayan en otro sentido.

→ Con frecuencia la víctima no conecta el abuso con sus pérdidas de salud y bienestar físico y emocional. Relacionar el maltrato con las consecuencias que tenga para la mujer, con los costes para su salud, puede ser una intervención esclarecedora.

→ Cuando la víctima tiene especialmente presentes los momentos buenos de la relación y obvia los malos, una intervención adecuada es explicar el conocido Ciclo de la Violencia de L.E. Walker (1984). Este ciclo consiste en la repetición de episodios de violencia, seguidos de una fase de arrepentimiento, luego de una progresiva acumulación de tensión y después el reinicio de un muevo ciclo de violencia. Muchas mujeres reconocen de un modo intuitivo esta secuencia, y verla así integrada les permite plantearse la relación como un todo con esos momentos buenos y malos, frente a la idea de que la violencia surge porque ellas hacen algo mal pero si consiguen comportarse adecuadamente los episodios negativos y de agresión desaparecerán.

Fase de Contemplación o de relación con abuso cuestionada. En esta fase la persona es consciente del problema y está planteándose seriamente poner en marcha cambios al respecto en los próximos 6 meses. Sin embargo aún no se ha comprometido con el paso a la acción. Es un momento de valoración de los pros y contras de continuar así y de cambiar.

Dienemann et al. (2007) señalan que lo que caracteriza a esta fase es que la mujer reconoce ya el abuso para sí, aunque prefiere que sea secreto. Aunque continúa evitando sus sentimientos para protegerse a sí misma, intenta con más frecuencia que su agresor busque ayuda para cambiar.

De acuerdo con Jacobson y Gottman (2001) cuando las mujeres se convencen de que la relación no va a cambiar, empiezan a planificar su marcha. Esta fase es una de intenso cuestionamiento de la relación, especialmente de la idea de que su pareja vaya a mejorar con el tiempo, y por tanto de que realmente merezca la pena continuar así. Lo que comienza a resquebrajarse entonces es la lealtad hacia la pareja. En momentos iniciales de la relación la mujer evita cualquier acto que su pareja no aprobaría. En algún momento, a medida que va percibiendo que el pago a su lealtad es el maltrato y la ausencia de cuidados, la mujer comienza a romper esa lealtad, a cuidarse más a sí misma y a introducir más cambios en su conducta buscando una mayor autonomía. Dienemann et al. (2007) han definido este momento con acierto como una situación de conflicto creciente entre la lealtad a la pareja y el sentimiento de injusticia por la propia situación.

En esta etapa vemos que la incertidumbre sobre la relación aumenta. La tarea terapéutica a realizar consiste en solucionar esa incertidumbre a favor del cambio. En concreto se trata de trabajar disminuyendo los inconvenientes de cambiar. Para ello pueden ser de interés diferentes intervenciones:

→ Analizar conjuntamente los obstáculos para el cambio. ¿Ha intentado cambiar antes? ¿Qué dificultades ha encontrado para hacerlo? En el momento actual ¿qué dificultades tendrá que afrontar para cambiar? Estos interrogantes permiten comenzar a esclarecer el camino del cambio.

→ Valorar su red social y el peso que tiene en su situación actual. Se trata en suma de reconocer y explorar que las ideas e iniciativas de la mujer están con frecuencia fuertemente ligadas a las de sus personas queridas y cercanas.

→ Contactar con agentes sociales e institucionales. Es un momento particularmente indicado para que la mujer recoja información de distintos aspectos y recursos relativos a su situación, como los que pueden proporcionar profesionales de la abogacía y el trabajo social, entre otros. El contacto con distintas personas hace además un efecto de red aumentando la posibilidad de cambio.

→ Explorar con detalle la idea de que su pareja vaya a cambiar, y de que ella pueda cambiarlo. Explorar cómo se produciría el cambio, por qué medios y en qué plazos, y cuáles son las señales que indican o indicarán que ese cambio se está produciendo. Concretar estos

aspectos facilita que emerjan discrepancias entre los deseos y la realidad. Estas discrepancias generan por un lado malestar, y por otro pueden ser movilizadoras.

→ Explorar las expectativas de futuro de la mujer y contrastar si su presente camina en esa dirección. Es una tarea similar a la anterior, quizá con una conceptualización un poco más amplia.

Hay aspectos importantes en el trabajo en las fases de Precontemplación y Contemplación. Cuando nos enfrentamos con una decisión importante es frecuente la ambivalencia y la duda. Dicho en términos de Miller y Rollnick (2008) la ambivalencia es normal cuando nos vemos atrapados en un conflicto. En estos casos como terapeutas podemos intentar convencer a nuestros pacientes para que cambien, pero el riesgo es entrar en un dialogo en el que nosotros exponemos los motivos para cambiar, y el paciente nos replica con las dificultades e inconvenientes de hacerlo.

Una forma de sortear la resistencia es trabajar a través de preguntas, paráfrasis y resúmenes que exploran la perspectiva del paciente. Esta explicitación permite descubrir cuál es su postura y sus razones, lo cual con frecuencia es ilustrativo no solo para el terapeuta sino también para el paciente mismo.

La idea de trabajar a través de preguntas más por medio de afirmaciones tiene una larga tradición. Aparece ya en la mayéutica del Sócrates de los Diálogos platónicos (Platon, 1990). En el ámbito psicoterapéutico la vemos presente en la tradición rogeriana (Rogers, 2007), el Diálogo Estratégico de Nardone y Salvini (2006) o la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (2008). Este último formato, la Entrevista Motivacional, ha sistematizado la técnica de entrevista para el manejo de la ambivalencia, buscando formular preguntas que generen respuestas de la paciente y que permitan sortear su propia resistencia. El objetivo es que sea el paciente el que presente las razones para cambiar, no el terapeuta, creando de ese modo un mayor compromiso y motivación intrínseca.

La aceptación de la posición de la mujer es una actitud de origen rogeriano y profunda resonancia. Además de posicionarnos en contra de la violencia, y aún pudiendo no compartir la opción de nuestra paciente, es importante reconocer y aceptar que tiene razones, las suyas, para actuar como actúa. Porque lo más terapéutico con frecuencia no es cuestionar nosotros la posición de la mujer respecto al maltrato, sino facilitar que sea ella misma la que cuestione su propia posición.

Como corolario al trabajo en estas dos fases, Precontemplación y Contemplación, destacar dos aspectos. El primero es que en estas etapas es importante considerar la duda y la ambivalencia no como obstáculos que impiden o entorpecen el trabajo terapéutico, sino como los objetivos mismos a abordar y trabajar. El segundo aspecto, que corre ligado al anterior, es que son momentos en los que lo adecuado es favorecer la reevaluación cognitiva y emocional, no son aún momentos de acción, de cambios conductuales.

Fases de preparación, acción y mantenimiento. Una parte significativa de estas etapas se adecúa a formatos conductuales de resolución de problemas, centrados en la acción. Por ello no nos detendremos tanto en estas fases, por considerarlas más intuitivas para muchos profesionales.

En la fase de Preparación la persona toma la decisión de cambiar su conducta durante el próximo mes, y elabora un plan para ponerlo en marcha. La etapa de acción es la de implementación de dicho plan, cambiando efectivamente su comportamiento para superar su problema. La etapa de mantenimiento implica integrar los cambios en un nuevo estilo de vida, consolidándolos y previniendo o afrontando las recaídas.

Como veníamos señalando las tareas más eficaces en estas etapas son las relativas al cambio de conducta y la solución de problemas, frente a la reevaluación cognitiva y emocional de las anteriores etapas.

De acuerdo a Dienemann et al. (2007) en estas fases se debilita el vínculo y la lealtad hacia la pareja o ya expareja. Sucede que la mujer prioriza su seguridad, lo que le lleva a emprender o exigir cambios. Por otra parte es más capaz de reconocer su ira y sus sentimientos, lo que abre nuevas vías de trabajo.

La mujer ha abandonado ya la idea de que su pareja va a cambiar. Deshacerse de la violencia presente en su vida puede ser una tarea ardua. Lograrlo abre además otro interrogante, que es el de el daño que, en forma de secuelas, dicha violencia haya dejado en su vida. No se trata solo de secuelas físicas. Pueden quedar además daños psíquicos en forma de psicopatología, dificultades de relación con amistades, familia o hijos, sufrimiento emocional, dificultades con la intimidad… hay que reconstruir una vida a nivel personal, familiar y social.

DISCUSIÓN

Una dificultad especialmente significativa en el trabajo con mujeres víctimas de violencia de género tiene que ver con los distintos momentos en los que pueden encontrarse el profesional y la víctima. La mujer víctima puede encontrarse en un momento de reflexionar y replantearse su curso de vida, en un momento de confusión, dudas e intensas emociones. Un momento de pausa en la trayectoria que recorría hasta el momento, pero en el que aún no se encuentra preparada para emprender una nueva trayectoria. Se trata de mujeres que no desean separarse ni denunciar a su pareja, y en las que se muestran dubitativas o ambivalentes pero aparentemente sin emprender cambios para solucionar la situación.

El profesional, sin embargo, puede verlo claro y apostar por cambios que mejoren la situación de la mujer. Los procedimientos de solución de problemas con frecuencia están pensados para generar y aplicar modos de acción que nos permitan cambiar lo que sucede. En este caso puede producirse un desencuentro entre profesional y paciente.

Podemos encontrarnos como profesionales con la percepción por nuestra parte de que la mujer víctima de violencia de género no entiende lo que le pasa, o lo entiende pero no quiere cambiar. Como si estuviera empeñada en que su vida discurriera por un camino lleno de inconvenientes.

El Modelo Transteórico del Cambio nos permite aquí comprender y ubicarnos de otro modo ante estas situaciones. Expresado de un modo más preciso el problema sería el siguiente: ¿Cómo trabajar con técnicas dirigidas al cambio en personas que no están dispuestas para emprender acciones para el cambio? De acuerdo con este modelo el cambio intencional de la conducta implica dos tipos de procesos. Los primeros son los procesos cognitivos y experienciales relativos al pensamiento y sentimiento. Los segundos son los procesos orientados a iniciar conductas para crear o romper un hábito. Las personas que cambian con éxito utilizan procesos afectivos y cognitivos en mayor medida en etapas iniciales del cambio, y emplean procesos conductuales en momentos posteriores.

Es por tanto clave distinguir entre periodos centrados en la realización de la acción y periodos centrados en la elaboración de la cognición y emoción. Comprenderlo y articularlo adecuadamente nos permitirá evitar situaciones de conflicto entre estas dos grandes áreas, ambas necesarias.

Por tanto si nuestra paciente se encuentra en una fase inicial del proceso de cambio no es el momento aún como profesionales de plantear acciones de cambio. Dichas acciones tendrán su lugar en etapas posteriores del proceso. El Modelo Transteórico del cambio nos permite ajustar nuestras intervenciones al momento de la paciente, optimizando nuestros esfuerzos y facilitando el acompasamiento con los ritmos de la persona que solicita nuestra ayuda. Esta es una de sus grandes aportaciones. Vamos a precisarlo en mayor medida repasando cada etapa del modelo y adaptándola al caso concreto de la violencia de género. La definición general de las fases provendrá de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) y de Prochaska y DiClemente (1983), a lo que añadiremos elementos específicos de violencia de género.

CONCLUSIONES

En este recorrido hemos tratado de mostrar la potencialidad que el Modelo Transteórico del Cambio tiene para el trabajo con mujeres víctimas de violencia de género. Es un útil antídoto contra la prisa excesiva del terapeuta, contra su deseo de que los problemas con los que trabaja mejoren rápido, demasiado rápido, cuando su ritmo real es más lento. Presta especial atención a distinguir los momentos y fases en los que la prioridad es elaborar cogniciones y emociones de aquellos en los que cobra especial protagonismo la acción y los cambios comportamentales. Proporciona entonces una idea del ritmo y recorrido de la paciente, de modo que las acciones terapéuticas puedan respetarlo y favorecerlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alexander, PC., Tracy, A., Radek, M., Koverola, C. (2009). Predicting Stages of Change in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence, 4*(10), 1652-1672.

Burke, JG., Mahoney, P., Gielen, A., McDonnell, KA., O´Campo, P. (2009). Defining Appropiate Stages of Change for Intimate Partner Violence Survivors. *Violence and Victims, 24* (1), 36-51.

Burkitt, KH., Larkin, GL. (2008). The Transtheoretical Model in Intimate Partner Violence Victimization: Stage Changes Over Time. *Violence and Victims, 23*(4), 411-431.

DiClemente, CC. (2003). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover.* New York: The Guilford Press.

Dienemann, J., Glass, N., Hanson, G., Lunsford, K. (2007). The Domestic Violence Survivor Assessment (DVSA): A Tool for Individual Counseling with Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Issues in Mental Health Nursing, 28*, 913-925.

Frasier, PY., Slatt, L., Kowlowitz, V., Glowa, PT. (2001). Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. *Patient Education and Counseling, 43*, 211-217.

Hegarty, KL., O´Doherty, LJ., Gunn, J., Pierce, D., Taft, AJ. (2008). A brief counselling intervention by health professionals utilising the "readiness to change" concept for women experiencing intimate partner abuse: The weave project. *Journal of Family Studies, 14*, 376-388.

Jacobson, N., Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres. Cómo poner fin a las relaciones abusivas*. Barcelona: Paidós.

Manjón González, J. (2012). Psicoterapia ambulatoria con mujeres víctimas de violencia de pareja. Una propuesta desde el modelo transteórico del cambio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 32* (113), 83-101.

Miller, WR., Rollnick, S. (2008). *La Entrevista Motivacional.* Barcelona: Paidós.

Nardone, G., Salvini, A. (2006). *El Diálogo Estratégico. Comunicar Persuadiendo: Técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: RBA.

Norcross, JC. (comp.) (2011). *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-Based Responsiveness (second edition)*. New York: Oxford University Press.

Platón. (1990). *Obras completas*. Madrid: Aguilar.

Prochaska, JO., y DiClemente, CC. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51* (3), 390-395.

Prochaska, JO., DiClemente, CC. y Norcross, JC. (1992). In Search of how People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114.

Prochaska, JO., Velicer, WF. (1997) The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot, 12* (1), 38-48.

Rogers, CS. (2007). *El Proceso de Convertirse en Persona*. Barcelona: Paidós.

Walker, LE. (1984) *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer Publishing Company,

VV AA (2008). *Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Recuperado de http://www.madrid.org

VV AA (2010). *Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Dirección general de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Recuperado de http://www.madrid.org

Zink, T., Elder, N., Jacobson, J., Klostermann, B. (2004). Medical Management of Intimate Partner Violence. Considering the Stages of Change: Precontemplation and Contemplation. *Annals of Family Medicine, 2*(3), 231-239.

LIBRO DE CAPÍTULOS

III Congreso Nacional de Psicología

3 al 7 Julio 2017 · Oviedo · Asturias

Consejo General de la Psicología ESPAÑA

Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias

Universidad de Oviedo

OVIEDO.es AYUNTAMIENTO

PALACIO DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS OVIEDO