



ÀGORA DE SALUT

IV



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

Facultat de Ciències de la Salut
~ Any 2017 ~

ÀGORA DE SALUT. *Àgora de salut* pretén ser un instrument o un mitjà perquè els joves investigadors i investigadores de les nostres titulacions, i d'altres que en un futur puguen unir-se en el camí, publiquen els seus primers treballs, aquells que hagen realitzat per ser presentats en les jornades d'investigació de la Facultat de Ciències de la Salut. La millora de la salut i el benestar de la població és l'objectiu final que dona sentit a la psicologia, la infermeria i la medicina, allò que la societat espera de nosaltres.

«Àgora» fa referència al substantiu grec provinent del verb ἀγείρω, que significa 'reunir, ajuntar, agrupar, convocar' i això és el que pretenem fer amb la revista, convocar i reunir els nostres joves estudiants i estudiantes, perquè presenten les seues investigacions, dirigits pel professorat que treballa en les diverses línies de les diferents titulacions.

Direcció: Rafael Ballester Arnal

Secretaria tècnica: Laura Mezquita Guillamón

Consell redacció:

Ana Hermenegilda Alarcón Aguilar
Rafael Ballester Arnal
Eva Cifre Gallego
Eladio Joaquín Collado Boira
Conrado Martínez Cadenas
Soledad Quero Castellano

Comitè científic:

Grau en Psicologia

Ana Hermenegilda Alarcón Aguilar
Cristina Giménez García
Keren Cuervo Gómez
Laura Mezquita Guillamón
Sonia Agut Nieto

Grau en Medicina

Conrado Martínez Cadenas
Francisco Ros Bernal
María José Sánchez Catalán

Grau en Enfermeria

Águeda Cervera Gasch
María Desamparados Bernat Adell
María Pilar Molés Julio
Pablo Salas Medina
Víctor Manuel González

© Del text: els autors i les autores, 2017

© D'aquesta edició: Publicacions de la Universitat Jaume I, 2017

Edita: Publicacions de la Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions.

Campus del Riu Sec. Edifici Rectorat i Serveis Centrals. 12071 Castelló de la Plana

Fax: 964 72 88 32 <http://www.tenda.uji.es> – e-mail: publicacions@uji.es

ISSN: 2443-9827

DOI revista: <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut>

DOI volum: <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2017.4>

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny de la coberta, no pot ser reproduïda, emmagatzemada, ni transmesa de cap manera, ni per cap mitjà (elèctric, químic, mecànic, òptic, de gravació o bé fotocòpia) sense autorització prèvia de la marca editorial.



ÍNDIX

Articles

- DIFERENCIAS ANATÓMICAS ASSOCIADAS A LA SENSIBILIDAD AL CASTIGO Y A LA RECOMPENSA: UN ESTUDIO DE MORFOMETRÍA BASADA EN EL VÓXEL** 9
JESÚS ADRIÁN-VENTURA; VÍCTOR COSTUMERO; ALFONSO BARRÓS-LOSCERTALES; CÉSAR ÁVILA
- ABORDAJE DE LA FIBROSIS QUÍSTICA DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA. CASO CLÍNICO** 19
ELENA BACHERO CASTILLEJO; ÁGUEDA CERVERA GASCH
- PRINCIPALES CREENCIAS SEXUALES DISFUNCIONALES EN MAYORES** 25
MARTA BADENES-SASTRE; JESÚS CASTRO CALVO; RAFAEL BALLESTER-ARNAL
- USABILIDAD Y ACEPTABILIDAD DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO AUTOAPLICADO A TRAVÉS DE INTERNET PARA LA FOBIA A VOLAR SIN MIEDO AIRLINES: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO** 35
DANIEL CAMPOS BACAS; ADRIANA MIRA PASTOR; DIANA CASTILLA; JUANA BRETÓN LÓPEZ; SOLEDAD QUERO CASTELLANO
- PAUTAS DE CRIANZA Y DESARROLLO SOCIOAFECTIVO** 45
GEMMA CARDERA GIL; FRANCISCO JUAN GARCÍA BACETE
- VALIDACIÓN PRELIMINAR DEL INVENTARIO DE HIPERSEXUALIDAD EN JÓVENES** 53
JESÚS CASTRO-CALVO; RAFAEL BALLESTER-ARNAL; MARÍA DOLORES GIL-LLARIO
- OCURRENCIA, GRADO DE AFECTACIÓN Y CONTROLABILIDAD DE LOS EVENTOS VITALES EN EL DESARROLLO DE LA PSICOPATOLOGÍA: ¿IMPACTO AMBIENTAL O CONSECUENCIA DE UNA PERSONALIDAD VULNERABLE?** 65
ANDREA CUEVAS CARDA; M.^a AMPARO PÉREZ BARBERÁ; LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN
- ESTUDIO DEL CONCEPTO DE INFIDELIDAD EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA** 77
LAURA DOMÍNGUEZ PRADES; MARÍA GIMENO LOZANO; RAFAEL BALLESTER-ARNAL
- ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE UNA INTERVENCIÓN ONLINE PARA EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO: EL PROGRAMA SHUTI** 85
ÁNGEL ENRIQUE; SANDRA FERNÁNDEZ REBOLL; LEE RITTERBAND; CRISTINA BOTELLA

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL GRADO DE ADAPTACIÓN DE LA CIUDAD DE CASTELLÓN A LAS PERSONAS MAYORES	93
SHEILA EXPÓSITO MIRALLES; JOAQUÍN MARTÍNEZ SÁNCHEZ; ADRIÁN DANIEL MUNTEANU MUNTEANU; ANTONIO CABALLER MIEDES	
EFECTOS DE LA INDUCCIÓN EMOCIONAL USANDO REALIDAD VIRTUAL EN LA PERCEPCIÓN DE BIENESTAR EN PERSONAS VULNERABLES A PADECER ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	99
CRISTINA FERNÁNDEZ RAMOS; CRISTINA BOTELLA ARBONA; BERENICE SERRANO ZÁRATE	
LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN LOS TRASTORNOS EMOCIONALES, UNA PIEDRA NODAL PARA LOS ABORDAJES TRANSDIAGNÓSTICOS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA	111
JAVIER FERNÁNDEZ-ALVAREZ; AMANDA DÍAZ-GARCÍA; ALBERTO GONZÁLEZ-ROBLES; CRISTINA BOTELLA; AZUCENA GARCÍA-PALACIOS	
REGULACIÓN EMOCIONAL Y PRÁCTICA DEPORTIVA COMPETITIVA EN LA ADOLESCENCIA	123
NIEVES FUENTES-SÁNCHEZ; IRENE JAÉN; MARÍA GONZÁLEZ ROMERO; DIEGO MOLINER URDIALES; M. ^a CARMEN PASTOR VERCHILI	
CORRELATOS PSICOFISIOLÓGICOS PERIFÉRICOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL	133
NIEVES FUENTES-SÁNCHEZ; IRENE JAÉN; IGNACIO LUCAS; RAÚL LÓPEZ-PENADÉS; M. ^a CARMEN PASTOR	
ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DSM-ORIENTED DEL YOUTH SELF-REPORT (YSR) EN POBLACIÓN GENERAL	145
SÍGRID GALLEGO MOYA; M. IGNACIO IBÁÑEZ RIBES	
BIFOBIA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS: DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS	153
MARTA GARCÍA BARBA; DAVID GARCÍA DÍAZ; JESÚS CASTRO CALVO; CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA; RAFAEL BALLESTER ARNAL	
ORIENTACIÓN SEXUAL Y HOMOFOBIA EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES	163
MARTA GARCÍA-BARBA; JESÚS CASTRO-CALVO; PEDRO SALMERÓN-SÁNCHEZ; RAFAEL BALLESTER-ARNAL	
DISPOSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LLEVAR A CABO DISTINTAS PRÁCTICAS SEXUALES HOMOSEXUALES	173
JESSICA GREGORI CORONADO; CAROLA CERDÁ SALOM; MARCOS LORENZO MOYA DIAGO; GARIBALDI PERINI NETO; RAFAEL BALLESTER ARNAL	

VALIDACIÓN DE LA INTERACCIÓN VERBAL CON UN AVATAR EN UN AMBIENTE DE REALIDAD VIRTUAL PARA GENERAR ANSIEDAD SOCIAL	185
MIRIAM IBÁÑEZ GALLÉN; PAMELA QUINTANA; STÉPHANE BOUCHARD; CRISTINA BOTELLA; BERENICE SERRANO	
LA IMPLICACIÓN PARENTAL SEGÚN LOS ESTILOS EDUCATIVOS Y EL GÉNERO DE LOS PADRES	197
ENRIC LLIN VAÑÓ; CLARA RENAU ESCRIG; SARA ROSELLO SEMPERE; GHISLAINE MARANDE PERRIN; FRANCISCO JUAN GARCÍA BACETE	
LA CONECTIVIDAD FUNCIONAL ENTRE EL ESTRIADO DERECHO E IZQUIERDO EN ESTADO DE REPOSO SE ASOCIA A SENSIBILIDAD A LA RECOMPENSA	207
FCO. JAVIER LÓPEZ FERNÁNDEZ; CÉSAR ÁVILA RIVERA	
MOTIVOS Y REACCIONES ANTE LA INFIDELIDAD EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA	215
MARÍA ISABEL LÓPEZ BELTRÁN; MARÍA AMPARO PÉREZ BARBERÁ; MARÍA BELÉN PIQUER BARRACHINA; RAFAEL BALLESTER-ARNAL	
PACIENTE CON SÍNDROME METABÓLICO	223
MARÍA MORENO COLLADO; ÁGUEDA CERVERA GASCH	
ETANOL 96 % VS POVIDONA. ¿SE USA EL ANTISÉPTICO CORRECTO?	229
BELÉN MORENO GUILLAMÓN; ADRIÁN FONTA DE LA FUENTE; BEGONYA VICEDO JOVER	
LOCOMOTOR ACTIVATING EFFECTS AND ADDICTION-LIKE FEATURES OF MDPV AS ASSESSED IN PRECLINICAL STUDIES: A REVIEW	239
JOSEP MORENO-RIUS; DAVID PUBILL SÁNCHEZ; ELENA ESCUBEDO RAFA; JORDI CAMARASA GARCIA; MARTA MIQUEL	
LA REGULACIÓN EMOCIONAL E IMPULSIVIDAD Y SU RELACIÓN CON EL JUEGO PATOLÓGICO	247
JESSICA MUÑOZ MENDIOLA; JESSICA GREGORI CORONADO; JULIO ABAD; JUANA BRETÓN-LÓPEZ	
ESTUDIOS DE DIARIO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EMOCIONES, EMPLEO, DESEMPLEO Y GÉNERO: ESTADO DE LA CUESTIÓN	257
ÚRSULA NEBOT PRAT; YAZMIN MONTEAGUDO CÁCERES; EVA CIFRE GALLEGO	
RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD OSCURA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y FELICIDAD	267
BENITO NOHALES NIETO; LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN; MANUEL IGNACIO IBÁÑEZ RIBES	
HOSPITAL OPTIMISTA: JUNTOS PODEMOS CAMBIAR EL MUNDO	277
MARÍA JOSEFINA PELÁEZ; MARISA SALANOVA SORIA; ISABEL MARÍA MARTÍNEZ	

¿QUÉ BENEFICIOS APORTA EL PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL FRENTE AL PRECOZ EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO?	287
ROCÍO PÉREZ SILVESTRE; ÁGUEDA CERVERA GASCH	
VIOLENCIA DE PAREJAS JÓVENES A TRAVÉS DE INTERNET	293
BELÉN PIQUER BARRACHINA; JESÚS CASTRO CALVO; CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA	
PRINCIPALES FANTASÍAS SEXUALES EN JÓVENES ESPAÑOLES Y DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	303
DAVID RAYA GÜMIL; CARLA IBÁÑEZ NAVA; IVÁN MARTÍNEZ NAVARRO; PEDRO SALMERÓN-SÁNCHEZ; RAFAEL BALLESTER-ARNAL	
UN VIAJE A TRAVÉS DE MÍ MISMA. AUTOEXPRESIÓN Y PLENITUD VITAL EN LA DANZA	313
LORELCRIS RENGIFO RODRIGUEZ; VIRGINIA CARRERO PLANES	
PREVALENCIA Y TIPOLOGÍA DE EVENTOS ESTRESANTES EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA CON TRASTORNO ADAPTATIVO: UN ESTUDIO EXPLORATORIO	325
SANDRA ROJAS RODRÍGUEZ; DANIEL CAMPOS BACAS; MAR MOLÉS AMPOSTA; SOLEDAD QUERO CASTELLANO	
UN ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN ADOLESCENTES	335
SANDRA ROJAS RODRÍGUEZ; ENCARNA MARTÍN-LORENTE; JUANA BRETÓN-LÓPEZ	
LA PERCEPCIÓN DE CONTROL DE LA ANSIEDAD EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	345
MINERVA ROMERO CLAUSELL; MARÍA VICENTA NAVARRO; JORGE OSMA; AZUCENA GARCÍA-PALACIOS	
SEXUALIDAD Y AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO	355
MARTÍN SÁNCHEZ GÓMEZ; ESTEFANÍA RUIZ-PALOMINO; RAFAEL BALLESTER-ARNAL	
INFLUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS: UN ESTUDIO PRELIMINAR	365
CRISTINA SANAHUJA LEIRA; IRYNA RACHYLA; MAR MOLÉS AMPOSTA; SOLEDAD QUERO CASTELLANO	
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS: UNA REVISIÓN	377
NOELIA SIMÓN SÁNCHEZ; MAR MOLÉS AMPOSTA; SOLEDAD QUERO CASTELLANO	

Diferencias anatómicas asociadas a la sensibilidad al castigo y a la recompensa: un estudio de morfometría basada en el vóxel

JESÚS ADRIÁN-VENTURA
jadrian@uji.es

VÍCTOR COSTUMERO
vcostume@uji.es

ALFONSO BARRÓS-LOSCERTALES
barros@uji.es

CÉSAR ÁVILA
avila@uji.es

Resumen

Introducción: La teoría de la sensibilidad al refuerzo (TSR) propone el sistema de activación conductual (SAC) como el sistema motivacional encargado de dirigir la conducta hacia la obtención de estímulos apetitivos. A nivel neurobiológico, este sistema se ha relacionado con el circuito cerebral de la recompensa. Así mismo, se ha propuesto el rasgo de personalidad de sensibilidad a la recompensa (SR) como modulador de la actividad del SAC. En el presente trabajo estudiamos la relación entre la actividad del SAC, medida por medio del cuestionario SPSRQ, y el volumen de sustancia gris en áreas de recompensa. **Métodos:** Realizamos un análisis de morfometría basada en el vóxel (VBM) en una muestra de 216 hombres e investigamos la asociación entre los valores de volumen obtenidos y las puntuaciones en la escala SR del SPSRQ mediante un análisis de regresión. El procesado y análisis de las imágenes se realizó mediante SPM8. **Resultados:** A nivel cortical, los análisis de VBM mostraron una correlación negativa entre las puntuaciones de la escala SR y el volumen de sustancia gris en el córtex prefrontal lateral, la ínsula y el lóbulo temporal superior. A nivel subcortical, observamos una reducción en el volumen del estriado (núcleo caudado). **Conclusiones:** Nuestros resultados apoyan investigaciones previas y aportan nuevas evidencias acerca de las diferencias anatómicas en áreas relacionadas con el control inhibitorio y la toma de decisiones en participantes con un SAC sobreactivado.

Palabras clave: recompensa, morfometría, córtex prefrontal, estriado, modelo de Gray.

Abstract

Introduction: The Reinforcement Sensitivity Theory (RST) proposes the Behavioral Activation System (BAS) as the motivational system responsible for direct behavior to-

ward appetitive stimuli. Neurobiologically, this system has been related to the brain reward circuitry. Additionally, the personality trait of Sensitivity to Reward (SR) has been proposed as modulator of BAS activity. In this work, we studied the relationship between the BAS activity, as measured by the SPSRQ questionnaire, and the gray matter volume in reward-related areas. **Methods:** We carried out a voxel-based morphometry analysis in a sample of 216 male participants and we investigated the association between the data volume obtained and the SR scale scores by means of a regression analysis. Image processing and statistical analyses were carried out using SPM8. **Results:** At the cortical level, VBM analysis showed a negative correlation between SR scores and the gray matter volume in the lateral prefrontal cortex, the insula, and the superior temporal lobe. Subcortically, we found a reduction in the striatum volume (caudate nucleus). **Conclusion:** Our results support previous studies and provide new evidence about anatomical differences in brain areas related to inhibitory control and decision-making in participants with an overactive BAS.

Keywords: reward, morphometry, prefrontal cortex, striatum, Gray's model.

Introducción

La teoría de la sensibilidad al refuerzo (TSR) propuesta por Gray (1982), y más tarde revisada por Gray y McNaughton (2000), propone el SAC como el sistema cerebral encargado de responder a estímulos condicionados e incondicionados apetitivos. Cuando uno de estos estímulos está presente, se dan dos efectos mediados por el SAC: un efecto motivacional, debido a un incremento en el arousal (Barrós-Loscertales y cols., 2010; Corr, 2004), que estimula y promueve la conducta de aproximación hacia la obtención de la recompensa, y un efecto en el aprendizaje, debido a que se redirige la atención sobre el estímulo de recompensa, facilitando el aprendizaje de relaciones estímulo-estímulo y estímulo-respuesta (Pickering y Gray, 2001). De esta forma, en base al aprendizaje de contingencias reforzantes, se ha relacionado el SAC con el afecto positivo y las expectativas de recompensa (Cohen, 2007; Schultz, 2000). Como resultado, se ha podido comprobar que el SAC facilita la detección de estímulos condicionados asociados a recompensas y promueve conductas de aproximación hacia estos (Corr, 2004).

En relación a las bases biológicas, el sistema dopaminérgico ha sido propuesto como elemento central en el funcionamiento del SAC, a causa de la implicación de las vías mesolímbicas y mesocorticales en la conducta dirigida a la obtención de recompensas (Depue y Collins, 1999; Pickering y Gray, 2001). Dentro de este sistema se incluyen áreas corticales, como el córtex prefrontal medial, el córtex orbitofrontal, la corteza cingulada anterior y la ínsula. A nivel subcortical encontramos el área tegmental ventral, la sustancia negra, los ganglios basales y la amígdala (Haber y Knutson, 2010; Sescousse, Caldú, Segura y Dreher, 2013).

La TSR propone la existencia de diferencias individuales en la reactividad del SAC (Gray, 1982; Gray y McNaughton, 2000). De esta forma, en la TSR se relacionan factores motivacionales y emocionales que estarían asociados con la disposición de respuesta y que, a su vez, están modulados por la actividad del SAC (Corr, 2004). Así mismo, la actividad del SAC se ha asociado al rasgo de personalidad de sensibilidad a la recompensa (SR). En relación a esto, algunos estudios han relacionado la sobreactivación del SAC con la sensibilización del sistema dopaminérgico mesencefálico (Robinson y Berridge, 2008; Vezina, 2004), lo cual también está

relacionado con una mayor SR. Una alta SR provoca que los individuos detecten más estímulos apetitivos y, una vez detectados, que tengan una mayor probabilidad de llevar a cabo la conducta de aproximación (Corr, 2004; Gray y McNaughton, 2000). Así pues, la relación entre el SAC y la SR también puede ser de utilidad a la hora de evaluar rasgos de impulsividad (Torrubia, Ávila, Moltó y Caseras, 2001).

La investigación en personalidad ha propuesto la existencia de diferencias individuales asociadas a la actividad del SAC. Estas diferencias, asociadas a la SR, pueden ser evaluadas mediante medidas de autoinforme, como por ejemplo los cuestionarios de sensibilidad al castigo y sensibilidad a la recompensa (SPSRQ; Torrubia y cols., 2001) y la escala BIS/BAS (Carver y White, 1994). En base a esto, en los últimos años, diversos estudios de neuroimagen han analizado las diferencias anatómicas y funcionales asociadas a la actividad del SAC. Así, se ha podido comprobar que las personas con un SAC sobreactivado muestran una reducción en el volumen de sustancia gris en áreas frontoestriatales (Barrós-Loscertales y cols., 2006), lo cual también se ha visto en relación a la impulsividad (Muhlert y Lawrence, 2015). Estas diferencias también se han asociado a trastornos del control de impulsos, como el abuso de sustancias, donde también se han observado reducciones en el lóbulo temporal y la ínsula (Barrós-Loscertales y cols., 2011; Moreno-López y cols., 2012).

En referencia a las diferencias funcionales, estudios de resonancia magnética funcional (RMf) han evidenciado la modulación que ejerce el SAC en áreas cerebrales involucradas en el circuito de la recompensa (Barrós-Loscertales y cols., 2010; Costumero y cols., 2013). En estos estudios se observó una hiperactivación en áreas relacionadas con la detección y el procesamiento de recompensas, como la amígdala, la ínsula, el estriado dorsal y ventral y áreas prefrontales ante la presentación de estímulos recompensantes (véase Kennis y cols., 2013 para revisión).

Por otra parte, la reactividad del sistema de recompensa también se ha asociado a trastornos clínicos. Una alta SR se ha relacionado con trastornos clínicos caracterizados por la falta de control de impulsos, como por ejemplo el abuso de sustancias (Balconi, Finocchiaro y Campanella, 2014; Franken, Muris y Georgieva, 2006), el trastorno por déficit de atención (TDAH) con hiperactividad (Mitchell y Nelson-Gray, 2006) o la obesidad (Shott y cols., 2014). Por el contrario, una baja SR se ha relacionado con trastornos caracterizados por la falta de motivación hacia estímulos apetitivos, como por ejemplo la depresión (Kimbrel, Nelson-Gray y Mitchell, 2007; Pinto-Meza y cols., 2006).

Pese a la aceptación del modelo de Gray, en la actualidad no hay una gran evidencia acerca de las diferencias cerebrales asociadas a la actividad del SAC. Por ello, el objetivo de nuestro estudio fue analizar la relación entre las diferencias individuales en la actividad de este sistema, medida por medio de la escala SR del cuestionario SPSRQ, y el volumen de sustancia gris en áreas relacionadas con el circuito de la recompensa en una amplia muestra. Decidimos realizar nuestro estudio únicamente en hombres debido a que estudios previos han evidenciado diferencias de género tanto en volumen cerebral (Good y cols., 2001) como en las puntuaciones en SR (Torrubia y cols., 2001).

Métodos

Participantes

Para este estudio seleccionamos una muestra formada por 216 hombres, con una media de edad de 23,46 años (D. E. = 4,55; rango = 18-39 años). El requisito que debían cumplir para poder participar en el estudio fue no tener antecedentes de enfermedad neurológica o psiquiátrica y no haber tenido ningún traumatismo con pérdida de conciencia. Además, los

participantes fueron informados de la naturaleza del estudio y firmaron el consentimiento por escrito. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universitat Jaume I.

Todos los participantes completaron el cuestionario de sensibilidad al castigo y a la recompensa (SCSR; Torrubia y cols., 2001), obteniendo una puntuación media para la escala de SR de 11,93 (D. E. = 4,80; rango = 3-23).

Adquisición de datos de resonancia magnética

Las imágenes se obtuvieron por medio de un escáner Siemens Avanto (Erlangen, Alemania) de 1.5 T. Los participantes fueron colocados en posición supina en el escáner de resonancia magnética y se les inmovilizó la cabeza mediante cojines para reducir los artefactos producidos por el ruido.

Para la adquisición de los datos estructurales, se adquirió un volumen 3D potenciado en T1 usando una secuencia MPRAGE (TE = 3,8 ms; TR = 2200 ms; FOV = 256 mm; matriz = 256 x 256 x 160; tamaño del voxel = 1 x 1 x 1 mm).

Morfometría basada en el voxel

El análisis de morfometría basada en el voxel (VBM) se realizó mediante la herramienta VBM8, implementada para el paquete estadístico SPM8 (Statistical Parametric Mapping, Wellcome Institute of Cognitive Neurology, Londres, RU). El preprocesado de las imágenes originales de todos los participantes se realizó en base al proceso automatizado de segmentación unificada (Ashburner y Friston, 2005). Las imágenes fueron segmentadas en sustancia gris, sustancia blanca y líquido cefalorraquídeo y fueron normalizadas a un espacio estereotáxico estándar (plantilla proporcionada por el International Consortium of Brain Mapping, ICBM) mediante transformaciones lineales (12 parámetros) y no lineales. Para lograr un registro espacial más preciso, creamos una plantilla específica para nuestro estudio, para posteriormente realizar una normalización mediante DARTEL. Los parámetros resultantes de la normalización fueron aplicados a las imágenes originales, siendo moduladas con una interpolación trilineal a un tamaño final de voxel de 1 mm³. Los determinantes Jacobianos derivados de la normalización espacial fueron aplicados a los valores de voxel originales, permitiendo que las estructuras conservaran la información de su volumen previo. Finalmente, las imágenes fueron suavizadas con un filtro gaussiano de 10 mm.

Análisis estadístico

El análisis de regresión voxel a voxel fue realizado tomando el volumen de sustancia gris como variable dependiente y las puntuaciones en la escala SR como covariable de interés, dentro del marco del modelo lineal general en SPM8. La variable edad también fue incluida como covariable, a fin de controlar posibles efectos en el volumen cerebral.

El umbral estadístico establecido para el análisis de todo el cerebro (*whole-brain*) fue de $p < 0.05$ corregido por comparaciones múltiples (FWE corregido a nivel de cluster). Para el análisis de regiones de interés (ROI), establecimos un umbral de $p < 0.05$ corregido por comparaciones múltiples (FWE corregido a nivel de voxel).

Las ROI analizadas fueron definidas por medio del Wake Forest University PickAtlas (Maldjian, Laurienti, Kraft y Burdette, 2003)

. Así mismo, las ROI para el córtex orbitofrontal, la amígdala, el cíngulo anterior y el núcleo caudado fueron extraídas por medio del atlas AAL (*automated anatomical labeling*). Para el núcleo accumbens, definimos dos esferas de 6 mm usando las coordenadas MNI ($x, y, z = \pm 12, 8, -4$) provistas en el metaanálisis de Liu, Hairston, Schrier y Fan (2011).

Resultados

En relación a la actividad del SAC, el análisis para todo el cerebro nos permitió detectar cinco clusters de sustancia gris que mostraron una correlación negativa con las puntuaciones en la escala SR. Estos fueron localizados en el córtex prefrontal lateral, el lóbulo temporal superior, la ínsula, el córtex cíngulo medio y el giro occipital (véase la tabla 1, figura 1). No se encontraron correlaciones positivas significativas entre las puntuaciones de SR y el volumen de sustancia gris.

Tabla 1
Áreas cerebrales que muestran una correlación negativa entre el volumen de sustancia gris y las puntuaciones en la escala SR

Área	Hemisferio	Coordenadas MNI x y, z	T	k-vóxels
Frontal inferior opercular	I	-60, 11, 21	4,38	4324
Temporal superior	I	-47, -7, -9	4,34	
Giro precentral	I	-54, 2, 28	4,33	
Opérculo rolándico	I	-59, 0, 6	3,65	
Ínsula	I	-47, 3, -0	3,44	
Frontal medio	I	-30, 56, 22	4,68	3048
Giro frontal superior	I	-32, 50, 37	4,28	
Frontal superior	I	-26, 60, 6	4,25	
Frontal superior	D	24, 62, 12	3,78	1697
Frontal superior medial	D	12, 60, 16	3,70	
Frontal superior medial	I	-6, 47, 51	3,43	
Cíngulo medio	I	-9, -28, 33	4,82	1528
Cíngulo medio	D	6, -19, 34	4,22	
Giro occipital medio	I	-51, -79, 6	4,12	1391
Giro temporal inferior	I	-56, -73, -6	4,09	
Temporal medio	I	-54, -61, 21	4,02	

D: derecho; I: izquierdo; $p < 0,05$ FWE corregido

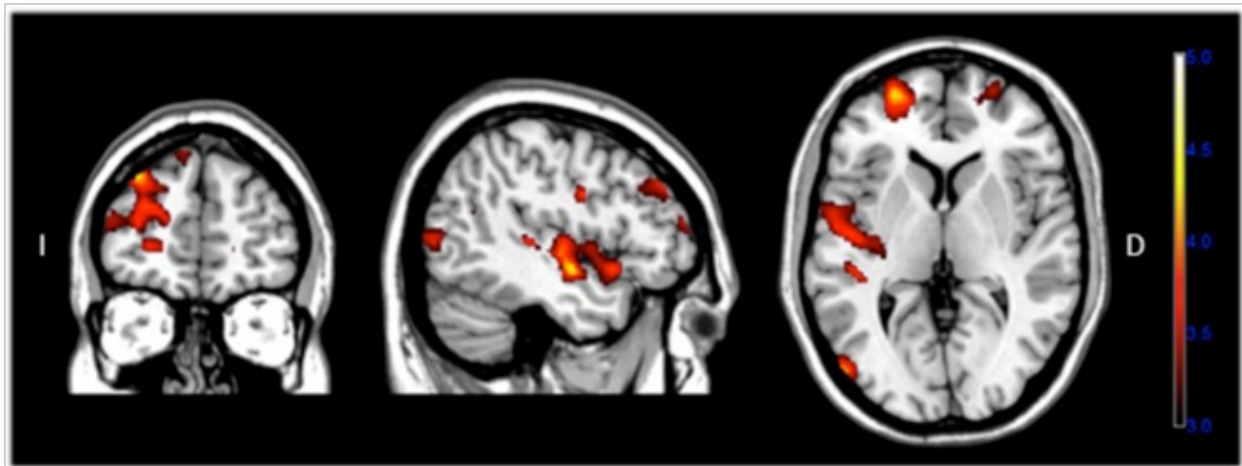


Figura 1. Áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento de recompensas (córtex prefrontal bilateral, ínsula izquierda y lóbulo temporal superior izquierdo) que muestran una correlación negativa con las puntuaciones de la escala SR ($p < 0,05$, corregido FWE). La barra de color muestra los valores T asociados. D: derecha; I: izquierda

Por su parte, el análisis de regresión en las ROI mostró únicamente una correlación negativa entre el volumen de sustancia gris en el estriado izquierdo (máxima local en $x, y, z = -11, 21, -2$; $T = 2,96$; $k = 117$; $p < 0,05$, FWE corregido) y las puntuaciones en la escala SR (figura 2).

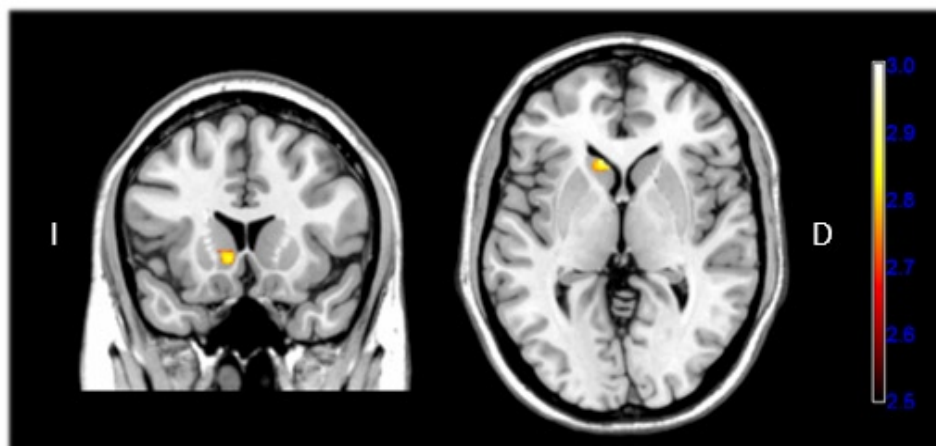


Figura 2. Correlación negativa entre el volumen de sustancia gris en el estriado ventral izquierdo (parte ventral del núcleo caudado) y las puntuaciones en la escala SR ($p < 0,05$, corregido FWE). La barra de color muestra los valores T asociados. D: derecha; I: izquierda

Discusión y conclusiones

Los resultados de nuestro estudio muestran una reducción de sustancia gris en el córtex prefrontal lateral, incluyendo áreas inferiores, medias y superiores, el lóbulo temporal superior y la ínsula en participantes con una alta SR. Además, a nivel subcortical también observamos una reducción en el volumen del estriado ventral. Estos resultados corroboran los datos de investigaciones previas, donde se han estudiado las diferencias anatómicas asociadas a la reactividad del sistema de recompensa (Barrós-Loscertales y cols., 2006), a la impulsividad (Muhlert y Lawrence, 2015) y también al abuso de sustancias (Barrós-Loscertales y cols., 2011; Moreno-López y cols., 2012). Así pues, los resultados de nuestro estudio van en la línea de investigaciones previas, donde se observan diferencias estructurales en áreas como el córtex prefrontal, relacionado con las funciones ejecutivas y el control inhibitorio; el lóbulo temporal superior, que está implicado en la empatía y en procesos de cognición social; y, por último, la ínsula, que se asocia con el procesamiento emocional, la interocepción y la toma de decisiones (Kennis y cols., 2013; Noël, Brevers y Bechara, 2013).

Los resultados derivados de los análisis de VBM se entienden como un reflejo del volumen de las estructuras biológicas subyacentes, que en el caso de la sustancia gris está formada por cuerpos celulares neuronales, neuropilo, células gliales y capilares (Yokum, Ng y Stice, 2012). En este sentido, diferencias en el volumen de sustancia gris pueden asociarse con la funcionalidad del área específica (Makris y cols., 2004). En este estudio hemos observado un decremento de volumen en el córtex prefrontal, el lóbulo temporal superior y la ínsula en participantes con un SAC sobreactivado. Estas estructuras se han visto implicadas en procesos de control cognitivo e inhibición conductual (Dixon y Christoff, 2014; Noël y cols., 2013). En esta línea, estudios de RMf han encontrado activaciones en áreas frontales inferiores e insulares en tareas de inhibición de respuesta, como por ejemplo tareas «go/no-go», tareas de señal de stop (del inglés, *stop-signal task*) o tareas Stroop (véase el meta-análisis de Cieslik, Mueller, Eickhoff, Langner y Eickhoff, 2015). En base a esto, la reducción de sustancia gris en las áreas indicadas podría relacionarse con una menor inhibición conductual y, por tanto, con una mayor impulsividad (Muhlert y Lawrence, 2015).

Por otra parte, las diferencias anatómicas observadas en el estriado ponen de manifiesto la implicación de esta región en la actividad del SAC (véase Kennis y cols., 2013 para revisión). Estas diferencias también se han visto en estudios funcionales, donde se ha observado una mayor activación de esta región durante el procesamiento de recompensas en personas con una alta SR (Avila y cols., 2012; Costumero y cols., 2013). En línea con estos resultados, en un estudio reciente Caprioli y cols. (2014) observaron una reducción en el volumen de sustancia gris en el estriado ventral izquierdo en un modelo animal de impulsividad. Estos mismos autores también encontraron que esta reducción estaba acompañada por un decremento en los niveles de expresión génica de ácido gamma-aminobutírico (GABA) en esta región, lo cual asociaron con una menor proyección de neuronas gabaérgicas inhibitorias hacia áreas tálamo-corticales motoras y, por tanto, con una mayor impulsividad (Caprioli y cols., 2014; Muhlert y Lawrence, 2015). Teniendo en cuenta estos estudios previos, la reducción en el volumen de sustancia gris en áreas estriatales observadas en participantes con una alta SR podría relacionarse con una mayor respuesta hacia estímulos reforzantes (Barrós-Loscertales y cols., 2006). De esta forma, los individuos con una mayor SR podrían generar mayores respuestas de aproximación ante estímulos apetitivos, más conductas impulsivas y, en casos extremos, podrían desarrollar trastornos del control de impulsos, como TDAH (Castellanos, 2002; Tremols y cols., 2008), obesidad (Shott y cols., 2014) o abuso de sustancias (Barrós-Loscertales y cols., 2011; Moreno-López y cols., 2012).

Por último, también es importante mencionar que nuestro estudio tiene limitaciones. Una de ellas está implícita en los procedimientos de VBM, puesto que, aunque los algoritmos en SPM se consideran robustos, este *software* no fue inicialmente diseñado para evaluar anormalidades estructurales, y un registro imperfecto podría llevar a imprecisiones (Bookstein, 2001). No obstante, tratamos de solucionar este problema usando una versión optimizada de VBM, creando una plantilla personalizada para lograr una normalización espacial más precisa. Otra de las limitaciones está relacionada con la muestra del estudio, puesto que solo se seleccionaron hombres. Por ello, consideramos que son necesarias más investigaciones en este campo, a fin de poder comprender mejor las bases anatómicas asociadas al SAC tanto en hombres como en mujeres.

Referencias bibliográficas

- Ashburner, J. y Friston, K. J. (2005). Unified segmentation. *NeuroImage*, 26, 839-851.
- Avila, C., Garbin, G., Sanjuán, A., Forn, C., Barrós-Loscertales, A., Bustamante, J. C. y cols. (2012). Frontostriatal response to set switching is moderated by reward sensitivity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7, 423-430.
- Balconi, M., Finocchiaro, R. y Campanella, S. (2014). Reward sensitivity, decisional bias, and metacognitive deficits in cocaine drug addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 8, 399-406.
- Barrós-Loscertales, A., Garavan, H., Bustamante, J. C., Ventura-Campos, N., Llopis, J. J., Belloch, V. y cols. (2011). Reduced striatal volume in cocaine-dependent patients. *NeuroImage*, 56, 1021-1026.
- Barrós-Loscertales, A., Meseguer, V., Sanjuán, A., Belloch, V., Parcet, M. A., Torrubia, R. y cols. (2006). Striatum gray matter reduction in males with an overactive behavioral activation system. *The European Journal of Neuroscience*, 24, 2071-2074.
- Barrós-Loscertales, A., Ventura-Campos, N., Sanjuán-Tomás, A., Belloch, V., Parcet, M.-A. y Avila, C. (2010). Behavioral activation system modulation on brain activation during appetitive and aversive stimulus processing. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, 18-28.
- Bookstein, F. L. (2001). "Voxel-based morphometry" should not be used with imperfectly registered images. *NeuroImage*, 14, 1454-1462.
- Caprioli, D., Sawiak, S. J., Merlo, E., Theobald, D. E. H., Spoelder, M., Jupp, B. y cols. (2014). Gamma aminobutyric acidergic and neuronal structural markers in the nucleus accumbens core underlie trait-like impulsive behavior. *Biological Psychiatry*, 75, 115-123.
- Carver, C. S. y White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 319-333.
- Castellanos, F. X. (2002). Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*, 288, 1740.
- Cieslik, E. C., Mueller, V. I., Eickhoff, C. R., Langner, R. y Eickhoff, S. B. (2015). Three key regions for supervisory attentional control: Evidence from neuroimaging meta-analyses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 48, 22-34.
- Cohen, M. X. (2007). Individual differences and the neural representations of reward expectation and reward prediction error. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 20-30.
- Corr, P. J. (2004). Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 317-332.

- Costumero, V., Barrós-Loscertales, A., Bustamante, J. C., Ventura-Campos, N., Fuentes, P., Rosell-Negre, P. y cols. (2013). Reward sensitivity is associated with brain activity during erotic stimulus processing. *PloS One*, 8, e66940.
- Depue, R. A. y Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *The Behavioral and Brain Sciences*, 22, 491-569.
- Dixon, M. L. y Christoff, K. (2014). The lateral prefrontal cortex and complex value-based learning and decision making. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 45, 9-18.
- Franken, I. H. A., Muris, P. y Georgieva, I. (2006). Gray's model of personality and addiction. *Addictive Behaviors*, 31, 399-403.
- Good, C. D., Johnsrude, I. S., Ashburner, J., Henson, R. N., Friston, K. J. y Frackowiak, R. S. (2001). A voxel-based morphometric study of ageing in 465 normal adult human brains. *NeuroImage*, 14, 21-36.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An inquiry into the functions of the septal-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Gray, J. A. y McNaughton, N. J. (2000). *The neuropsychology of anxiety: An inquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Haber, S. N. y Knutson, B. (2010). The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology*, 35, 4-26.
- Kennis, M., Rademaker, A. R. y Geuze, E. (2013). Neural correlates of personality: an integrative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 73-95.
- Kimbrel, N. A., Nelson-Gray, R. O. y Mitchell, J. T. (2007). Reinforcement sensitivity and maternal style as predictors of psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 42, 1139-1149.
- Liu, X., Hairston, J., Schrier, M. y Fan, J. (2011). Common and distinct networks underlying reward valence and processing stages: a meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 1219-1236.
- Makris, N., Gasic, G. P., Seidman, L. J., Goldstein, J. M., Gastfriend, D. R., Elman, I. y cols. (2004). Decreased absolute amygdala volume in cocaine addicts. *Neuron*, 44, 729-740.
- Maldjian, J. A., Laurienti, P. J., Kraft, R. A. y Burdette, J. H. (2003). An automated method for neuroanatomic and cytoarchitectonic atlas-based interrogation of fMRI data sets. *NeuroImage*, 19, 1233-1239.
- Mitchell, J. T. y Nelson-Gray, R. O. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in adults: Relationship to Gray's Behavioral Approach System. *Personality and Individual Differences*, 40, 749-760.
- Moreno-López, L., Catena, A., Fernández-Serrano, M. J., Delgado-Rico, E., Stamatakis, E. A., Pérez-García, M. y cols. (2012). Trait impulsivity and prefrontal gray matter reductions in cocaine dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 208-214.
- Muhlert, N. y Lawrence, A. D. (2015). Brain structure correlates of emotion-based rash impulsivity. *NeuroImage*, 115, 138-146.
- Noël, X., Brevers, D. y Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 632-638.
- Pickering, A. D. y Gray, J. A. (2001). Dopamine, appetitive reinforcement, and the neuropsychology of human learning: an individual differences approach. En A. Elias y A. Angleitner (eds.), *Advances in Individual Differences Research* (pp. 113-149). Lengerich, Germany: PABST Science Publishers.
- Pinto-Meza, A., Caseras, X., Soler, J., Puigdemont, D., Pérez, V. y Torrubia, R. (2006). Behavioural Inhibition and Behavioural Activation Systems in current and recovered major depression participants. *Personality and Individual Differences*, 40, 215-226.

- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (2008). Review. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 363, 3137-3146.
- Schultz, W. (2000). Reward Processing in Primate Orbitofrontal Cortex and Basal Ganglia. *Cerebral Cortex*, 10, 272-283.
- Sescousse, G., Caldú, X., Segura, B. y Dreher, J.-C. (2013). Processing of primary and secondary rewards: a quantitative meta-analysis and review of human functional neuroimaging studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 681-696.
- Shott, M. E., Cornier, M.-A., Mittal, V. A., Pryor, T. L., Orr, J. M., Brown, M. S. y cols. (2014). Orbitofrontal cortex volume and brain reward response in obesity. *International Journal of Obesity (2005)*, 39, 214-221.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. y Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31(6), 837-862.
- Tremols, V., Bielsa, A., Soliva, J.-C., Raheb, C., Carmona, S., Tomas, J. y cols. (2008). Differential abnormalities of the head and body of the caudate nucleus in attention deficit-hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 163, 270-278.
- Vezina, P. (2004). Sensitization of midbrain dopamine neuron reactivity and the self-administration of psychomotor stimulant drugs. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 827-839.
- Yokum, S., Ng, J. y Stice, E. (2012). Relation of regional gray and white matter volumes to current BMI and future increases in BMI: a prospective MRI study. *International Journal of Obesity (2005)*, 36, 656-664.

Abordaje de la fibrosis quística desde la consulta de enfermería. Caso clínico

ELENA BACHERO CASTILLEJO
al316173@uji.es

ÁGUEDA CERVERA GASCH
cerveraa@uji.es

Resumen

Introducción: La fibrosis quística es una enfermedad multisistémica de origen genético debido a la mutación en el gen que codifica la «proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística». La alteración de este gen conlleva un defecto en el transporte de electrolitos a través de las membranas celulares que se traduce en una alteración en diversos sistemas del cuerpo. **Método:** Se escoge un niño que padece esta enfermedad para seguir su evolución y poder realizar un plan de intervención de enfermería para poder mejorar su calidad de vida. Se lleva a cabo el seguimiento del paciente en sus visitas a la pediatra, puesto que el paciente escogido es un niño de 7 meses. En las visitas al centro de salud, el paciente es visitado por la enfermera de pediatría y por la pediatra siguiendo el programa del niño sano. **Resultados:** Lo importante son las revisiones del niño y proceder ante cualquier problema. Se trata de una enfermedad en la que no se puede realizar una prevención primaria, por lo que los cuidados de enfermería se llevan a cabo para evitar que aparezcan complicaciones. **Conclusión:** Es fundamental una buena coordinación entre el equipo de atención primaria y la familia, con el fin de ofrecer unos cuidados de calidad.

Palabras clave: fibrosis quística, plan de intervención, programa del niño sano, cuidados de enfermería, atención primaria y calidad de vida.

Abstract

Introduction: Cystic fibrosis is a multisystemic disease of genetic origin due to a mutation in the gene that codifies the “regulatory protein of the conductance transmembrane of cystic fibrosis”. Alteration of this gene leads to a fault in transporting electrolytes across the cellular membranes, which produces an alteration in diverse body systems. **Method:** A male child with cystic fibrosis was selected to follow his evolution and to plan the nursing intervention to improve his quality of life. The patient’s follow-up was carried out during visits to the paediatrician since the selected patient was a 7-month-old child. During visits to the health centre, the patient was visited by the paediatric nurse and by the paediatrician, following the programme of a healthy child. **Results:** The child’s check-ups and proceeding to deal with any prob-

lem are the main points. As primary prevention with this disease is not possible, nursing care is carried out prevent complications from appearing. **Conclusion:** Good coordination is fundamental between the primary healthcare team and the family in order to offer quality care.

Keywords: Cystic fibrosis, intervention plan, programme of healthy children, nursing care, primary healthcare and quality of life.

Introducción

La fibrosis quística una enfermedad multisistémica, de origen genético debido a la mutación en el gen que codifica la «proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la FQ» (Barrio, García y Gartner, 2009). La alteración de este gen conlleva un defecto en el transporte de electrolitos a través de las membranas celulares. Esto se traduce en una alteración en diversos sistemas del cuerpo, como los pulmones, el páncreas, el sistema urogenital, el esqueleto y la piel; causa la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones pulmonares, la producción deficiente de enzimas pancreáticos, la osteoporosis y la elevada concentración de electrolitos en el sudor (Bradley y cols., 2015; Nicholson, 2013).

La fibrosis quística está producida por mutaciones en el gen que codifica el regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR). El CFTR actúa como canal de cloro y se encuentra en todos los tejidos exocrinos; el defecto en el transporte del ion cloro causa que estos pacientes tengan un sudor salado y conduce a una deshidratación de las secreciones del tracto respiratorio, pancreáticas, hepáticas, intestinales y genitourinarias, aumentando su viscosidad. Además, la alteración del CFTR da lugar a un aumento de la reabsorción de sodio y cloro que está acompañado de una reabsorción pasiva de agua y produce deshidratación de la superficie del epitelio ciliado respiratorio, lo que impide el correcto deslizamiento del moco a través del árbol traqueobronquial, lo que conlleva al estancamiento del moco que servirá como cultivo para diversos microorganismos (Bradley y cols., 2015; Hoen y cols., 2015).

Otro factor patogénico es la respuesta inflamatoria exagerada, causada por la infección y por la alteración presente en el epitelio bronquial y que se manifiesta por un intenso infiltrado de neutrófilos, los cuales dañarán más el tejido bronquial a causa de la secreción de proteasas. Además, el cúmulo de ADN, liberado por la lisis de neutrófilos, incrementa la densidad y la viscosidad de las secreciones. Las alteraciones de las secreciones respiratorias determinan una predisposición para la colonización-infección broncopulmonar crónica. En esta infección broncopulmonar pueden estar implicados diferentes microorganismos, entre ellos: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, etc. Los pacientes que son colonizados por *Pseudomonas aeruginosa* tienen un mayor riesgo de mortalidad durante los primeros 5 años de vida (Barrio Gómez de Agüero y cols., 2009).

El primer microorganismo reconocido como causante de la infección pulmonar crónica en estos pacientes es el *Staphylococcus aureus*. Este microorganismo escapa de manera más eficiente de los fagosomas de las células del epitelio bronquial deficientes en la CFTR. Además, se desarrollan de manera adecuada en los medios con alta osmolaridad, situación que se produce en las vías respiratorias del paciente con FQ.

El microorganismo *Haemophilus influenzae* puede colonizar hasta el 30 % de los pacientes con FQ, con mayor incidencia en los niños de menor edad. La vacuna conjugada contra *H. influenzae* tipo b no tendría utilidad en la prevención de la colonización. *Streptococcus pneumoniae* se comportaría como *S. aureus*, capaz de adherirse a la superficie mucosa, lo que favorece las infecciones broncopulmonares. Además, es capaz de elaborar productos extracelulares que estimulan la secreción mucosa y contribuyen a una peor evolución de las exacerbaciones. Por otra parte, forma biopelículas, lo que facilita su permanencia en el árbol bronquial.

Además de todas las complicaciones que puede ocasionar la infección broncopulmonar, también puede haber complicaciones en otros órganos del cuerpo, ya que la fibrosis quística afecta a todo el cuerpo. Uno de los órganos afectados es el páncreas, en el que la producción de enzimas se ve afectada lo que conlleva una mala producción de enzimas (Gammon y cols., 2014).

Método

Se escoge un niño que padece esta enfermedad para seguir su evolución y poder realizar un plan de intervención de enfermería para poder mejorar su calidad de vida. El niño escogido es un niño de siete meses cuya vida va a estar marcada por su problema crónico de salud. Este niño ha sido escogido ya que padece una enfermedad poco común y que se detecta en los primeros días de vida gracias a las nuevas tecnologías.

La enfermedad que padece este niño se detecta gracias al cribado de metabolopatías congénitas, prueba del talón, que se realiza a las 48 horas del nacimiento de bebé. Con esta prueba se pueden detectar cuatro enfermedades: el hipotiroidismo congénito, la fenilfenonúria, la fibrosis quística y la anemia de células falciformes. La enfermedad que padece este niño es la fibrosis quística.

Antes de realizar cualquier intervención, se tienen que llevar a cabo unos procesos. El primero sería una valoración del paciente y de todo lo que le rodea, teniendo en cuenta a su familia, el trabajo de sus padres, la vivienda, etc. Además, se buscan los recursos con los que cuenta la familia y los factores de riesgo que pueden generar problemas de salud.

Después de esta valoración se tiene que llevar a cabo un diagnóstico, que es la conclusión de la valoración. Se identifican los recursos esenciales para llevar a cabo los cuidados del paciente.

DIAGNÓSTICOS NANDA:

00084. CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD (ESPECIFICAR): Búsqueda activa de formas de modificar los hábitos sanitarios personales o en el entorno para alcanzar un nivel más alto de salud. Al acabar el diagnóstico, continuaríamos con la planificación de las actividades para, en este caso, minimizar los problemas de salud, teniendo en cuenta las prioridades de los problemas que se vayan desarrollando para mantener la salud del paciente.

INTERVENCIONES NIC:

8274. FOMENTO DESARROLLO: NIÑO: Facilitar o enseñar a los pacientes/cuidadores a conseguir un crecimiento global y específico lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor, total de niños en edad preescolar y escolar.

6530. MANEJO DE INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN: Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

5626. ENSEÑANZA: NUTRICIÓN INFANTIL: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación durante el primer año de vida.

Por último, se llevarían a cabo las intervenciones y se evaluarían, es decir, se pondrían en marcha los cuidados que se han decidido en la etapa anterior y, después de comparar las respuestas del paciente, se vería si ha logrado los objetivos y si ha mejorado su estado de salud.

En este paciente, como es un lactante, se tiene que tener en cuenta la situación de los padres, es decir, sus recursos económicos, si tienen trabajo, si están separados, si hay algún familiar que pueda hacerse cargo del niño en caso de que los padres no puedan y que ese familiar tenga las capacidades para realizar las actividades para mejorar la salud del niño, si poseen un vehículo para desplazarse en caso de que fuese necesario, el tipo de vivienda en el que residen, las capacidades de los padres para entender la enfermedad a la que se expone su hijo, etc.

Resultados

Ante esta enfermedad no se puede hacer gran cosa para prevenir, solo esperar a que aparezcan las complicaciones para poder hacerles frente.

Plan de intervención

El paciente, al ser un lactante de 7 meses, tiene que ir a la visita con la enfermera de pediatría. En la visita se lleva a cabo un control de la somatometría, como se ha explicado anteriormente.

Se toma el perímetro cefálico, con una cinta métrica especial, que se sitúa por las partes más anchas de la cabeza del niño y por encima de las orejas. Además, se le pesa, en una báscula, dejando al niño solamente con el bodi; y, por último, se toma la talla con un medidor en el que se tumba al niño encima y se estira para que esté correctamente estirado.

Además, como el lactante tiene más de seis meses, se le administra la vacuna de la gripe por ser niño de riesgo. La vacuna no se puede poner antes de los seis y, como a los seis se le han puesto las vacunas del calendario vacunal, es recomendable dejar un mes de diferencia entre las vacunas; de ese modo, se aprovecha la visita de los siete meses a la enfermera de pediatría para administrar la vacuna. Además, se tiene que tener en cuenta que, como tiene menos de 36 meses, solo se administra media dosis.

Al ser el primer año que se le administra la vacuna de la gripe, tiene que volver al mes a la enfermera de pediatría para administrar la segunda dosis que, como anteriormente se ha dicho, solo será media dosis. Así mismo, en la visita de los siete meses, se le pregunta a la madre por la alimentación del niño, es decir, qué es lo que ya come, ya que tiene que estar dejando de tomar solo biberón desde los cinco meses. A los siete meses, el niño tiene que estar comiendo una papilla de cereales con gluten, una papilla de frutas completa y papilla de pollo y verduras. Además, tiene que haber dejado la leche de inicio (I) y haber pasado a la leche de continuación (II).

En la visita de los siete meses, después de haber preguntado por la alimentación que está tomando el niño, se pasa a la alimentación que tiene que introducir, que son las papillas de otras carnes como ternera, cordero y cerdo. Se le explica que tiene que ser del mismo modo que las frutas: ir dando las diferentes carnes por separado y con varios días de intervalo, para poder observar si es alérgico a algún alimento.

Discusión y conclusiones

La fibrosis quística es la enfermedad autosómica recesiva grave más frecuente de la población. El aumento de la supervivencia de los pacientes con fibrosis quística se debe a la disponibilidad de los tratamientos de la enfermedad pulmonar, en especial de las infecciones respiratorias.

La FQ puede afectar a los aparatos respiratorio, digestivo y reproductor, como se ha explicado anteriormente. La supervivencia de los pacientes con FQ ha aumentando mucho en las últimas décadas, cuando hace cuarenta años era una enfermedad letal en la infancia. Diversos autores (Barrio y cols., 2009; Nicholson, 2013) indican que actualmente la expectativa de vida media de los pacientes con esta enfermedad se encuentra en torno a los 33 años.

En los niños, sobre todo con este tipo de enfermedad, es muy importante el control del peso y de la talla, ya que bajo peso puede desembocar en complicaciones sobre la enfermedad que padece el niño. Además, se puede ir recomendando a la madre del niño, a lo largo de todas las visitas, como anteriormente se ha dicho, que acuda a un fisioterapeuta especial para niños, para realizar ejercicios fisioterapéuticos pulmonares, para permeabilizar la vía aérea, lograr una buena ventilación y controlar la obstrucción pulmonar. De este modo se pueden prevenir complicaciones que pueden aparecer a lo largo de los años.

Así mismo, se pone a disposición de la familia una consulta con un psicólogo, por si en algún momento necesitan acudir a uno para resolver cualquier problema que puedan tener o que pueda surgir. También se puede acudir al psicólogo para mejorar el clima familiar y adoptar una postura de sobreprotección hacia el niño, ya que un buen clima familiar ayuda a un mejor desarrollo del niño.

Es muy importante una buena coordinación entre el equipo interdisciplinar para poder garantizar una buena calidad de vida para el niño y para su familia. En la *Revista Interamericana de Psicología* se estudió la relación entre la adherencia al tratamiento, el clima familiar y los estilos educativos. El objetivo de este estudio era investigar si existía relación entre el clima familiar, los estilos educativos y la adherencia al tratamiento en pacientes con FQ, además de investigar si los diferentes grados de afectación de la FQ influyen en el clima familiar. Se obtuvo la participación de 76 pacientes con FQ y sus padres. Las variables evaluadas fueron: el grado de afectación de la FQ, los estilos educativos, el clima familiar y la adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento fue evaluada a partir de la percepción subjetiva de los pacientes y sus padres.

Los resultados indican que no existe relación entre el clima familiar y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la adopción por parte de los padres de estilos educativos de sobreprotección está relacionada con menores niveles de adherencia. Además, los resultados indican que no hay relación entre el grado de afectación y las variables familiares (Adde, Alvarez, Barbisan y Guimarães, 2013). Aunque no exista relación entre el clima familiar y la adherencia al tratamiento, es necesario instruir a los padres para que adopten estilos educativos no sobreprotectores, para que ayuden a los pacientes y así conseguir que mantengan el tratamiento.

La FQ es una enfermedad de interés científico ya que, como se puede observar en los datos, es una enfermedad de gran incidencia; por tanto, si se investiga constantemente se puede conseguir un tratamiento más eficaz y aumentar más la expectativa de vida de los pacientes, además de aumentar su calidad de vida (Bradley y cols., 2015; Gammon y cols., 2014)

Referencias bibliográficas

- Adde, F. V., Alvarez, A. E., Barbisan, B. N. y Guimarães, B. R. (2013). Recommendations for long-term home oxygen therapy in children and adolescents. *Jornal De Pediatria*, 89, 6-17. <http://doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.02.003>
- Barrio, M. I., García, G. y Gartner, S. (2009). Protocolo de diagnóstico y seguimiento de los pacientes con fibrosis quística. *Anales de Pediatría*, 71, 250-264. <http://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.06.020>
- Bradley, J., O'Neill, B., Kent, L., Hulzebos, E. H. J., Arets, B., Hebestreit, H. y cols. (2015). Exercise Working Group European CF Society (2015). Physical activity assessment in cystic fibrosis: A position statement. *Journal of Cystic Fibrosis: Official Journal of the European Cystic Fibrosis Society*, 14, 25-32. <http://doi.org/10.1016/j.jcf.2015.05.011>
- Gammon, S. T., Foje, N., Brewer, E. M., Owers, E., Downs, C. A., Budde, M. D. y cols. (2014). Preclinical anatomical, molecular, and functional imaging of the lung with multiple modalities. *American Journal of Physiology. Lung Cellular and Molecular Physiology*, 306, L897-914. <http://doi.org/10.1152/ajplung.00007.2014>
- Hoehn, A. G., Li, J., Moulton, L. A., O'Toole, G. A., Housman, M. L., Koestler, D. C. Madan, J. C. y cols. (2015). Associations between Gut Microbial Colonization in Early Life and Respiratory Outcomes in Cystic Fibrosis. *The Journal of Pediatrics*, 167, 138-147.e3. <http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.02.049>
- Nicholson, K. N. (2013). Screening for cystic fibrosis: what every NP should know. *The Nurse Practitioner*, 38, 32-33. <http://doi.org/10.1097/01.NPR.0000433073.84279.48>

Principales creencias sexuales disfuncionales en mayores

MARTA BADENES-SASTRE
al225795@uji.es

JESÚS CASTRO CALVO
castroj@psb.uji.es

RAFAEL BALLESTER-ARNAL
rballester@psb.uji.es

Resumen

Introducción: La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano e incluye el género, la identidad y la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades prácticas, roles y relaciones y es el resultado de la interacción de múltiples factores. La respuesta sexual en mayores experimenta cambios con la edad. En este contexto, ciertas creencias disfuncionales sexuales pueden influir negativamente en el desarrollo de su sexualidad. Por ello nos planteamos conocer las principales creencias disfuncionales sexuales femeninas (CDSF) en personas mayores y comprobar si están relacionadas con la edad y el nivel educativo y socioeconómico.

Método: Treinta mujeres de la Universitat per a Majors de la Universitat Jaume I de Castellón con edades entre 54 y 79 años (media = 61,43; DT = 5,34) cumplieron el cuestionario de creencias sexuales disfuncionales femeninas (CDSF, Nobre y Pinto-Gouveia, 2002). **Resultados:** Las principales CDSF estuvieron relacionadas con el afecto y el amor en la pareja, los sentimientos maternales, la edad y el conservadurismo sexual. No se halló correlación significativa con la edad o el nivel educativo y socioeconómico a excepción de la edad con la dimensión de «Creencias sobre la autoimagen» ($r = 0,483$; $p = 0,007$). **Conclusión:** Estos resultados indican que existen CDSF que pueden influir en la sexualidad de las personas. Así pues, con el objetivo de evitar la aparición de estas falsas creencias, prevenir trastornos sexuales y promocionar la salud sexual, la educación sexual sería relevante a lo largo de todo el ciclo vital.

Palabras clave: creencias sexuales disfuncionales femeninas, personas mayores, prevención trastornos sexuales y promoción salud sexual.

Abstract

Introduction: Hypersexual disorder is a clinical diagnosis characterised by an excessive sexual desire, together with a pathological inability to control it. It is estimated that this clinical diagnosis could affect about 6% of the total population, al-

though this figure varies according to the instrument used for its diagnosis. One of the most important problems when accurately estimating its prevalence is related to the use of non-validated assessment instruments. In order to overcome this limitation, the preliminary results of the Spanish translation of the Hypersexuality Inventory (IH) are presented herein. **Method:** For this purpose, 600 young adults (300 males and 300 females) aged 18-27 years old completed a translated and adapted version of the IH, together with other instruments to assess sexual compulsivity. **Results:** By a factor analysis, we found that the IH comprised three subscales that explained 55.5% of variance. This factorial structure was confirmed through confirmatory factor analyses ($X^2 = 239.4$; G.L. = 145; $X^2/G.L. = 1.65$; RMSEA = .03 [90%CI = .02 - .04]). Reliability for the total score and subscales ranged between .79 and .91. The correlations between the IH and related measures were positive and significant (r between .74 and .71). **Conclusion:** This results support the employment of the IH to assess hypersexuality among Spanish young adults and its superiority to other traditional measures to assess its clinical diagnosis.

Keywords: Hypersexuality Inventory; Translation; Validation; Young adults

Introducción

La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano e incluye el género, la identidad y la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Así mismo, se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades prácticas, roles y relaciones. Así pues, la sexualidad es el resultado de la interacción de múltiples factores (Caballo, 2012). Es un área fundamental para la salud integral del individuo, siendo su estudio indispensable para el desarrollo de la salud mental de la población (Carreño, Guerra, Morales, Pimentel y Sánchez, 2002). A pesar de ello, la mayoría de personas crecen con conocimientos limitados en lo que refiere al ser humano sexuado, es decir, aspectos madurativos biológicos y emocionales relacionados con la propia sexualidad. Por ello es importante conocer los aspectos biológicos, psicosociales y conductuales en cada etapa de la sexualidad humana (Herrero, 2003).

Principalmente, los estudios se han centrado en la sexualidad de la población adolescente o adulta, siendo más escasos los centrados en personas mayores. Sin embargo, el envejecimiento va acompañado de características particulares que requieren un análisis más profundo (Cabello, 2012). Como ocurre en otras etapas, este proceso evolutivo puede acompañarse de creencias sexuales disfuncionales influenciadas por la cultura en la que existen mitos sexuales relacionados con el envejecimiento. Por ejemplo, pensar que las personas de edad no son sexualmente deseables, no tienen deseo sexual y no son sexualmente capaces (Hotvedt, 1983). Es cierto que, como indican Feldman, Goldstein y Hatzichristou (1994), la respuesta sexual podría verse modificada con la edad y que las disfunciones sexuales pueden repercutir en la calidad de vida. No obstante, aunque la persona pueda tener una respuesta excitatoria más lenta y un periodo refractario más largo, igualmente puede seguir experimentando una sexualidad satisfactoria (Cabello, 2012).

Estudios realizados por Kaplan (1979), LoPiccolo y Friedman (1988) o Masters y Johnson (1970) explicaban desde un enfoque clínico y cualitativo la influencia que ejercen las creencias

negativas y los mitos sexuales en el funcionamiento sexual. Más recientemente, Nobre y Pinto (2008) demostraron cómo las creencias disfuncionales ejercen mayor influencia en personas con disfunciones sexuales. Por otro lado, las creencias y actitudes sexuales positivas se relacionan con mayor satisfacción sexual (Truddel, 2002).

Algunas de las creencias culturales que encontramos sobre la sexualidad femenina son que el deseo sexual de las mujeres desaparece con la edad y que una vida sexualmente activa durante la vejez podría verse como inapropiada y reprobable. Otras ideas están relacionadas con la creencia de que la sexualidad tiene como fin el coito y la reproducción, que una vez tienen la menopausia se termina el deseo sexual y la feminidad, la exclusividad de las relaciones heterosexuales, el carácter pecaminoso del autoerotismo, la necesidad de estar enamorada para hacer el amor o que la mujer no debe tener la iniciativa en el sexo ni mostrar interés por el mismo, adoptando una postura pasiva (Freixas y Luque, 2009).

Por tanto, la evaluación y el estudio de las creencias sexuales en la población más adulta va a ser importante para determinar su influencia en la sexualidad humana y poder desarrollar programas de prevención y promoción de la salud sexual.

En este contexto, el objetivo del presente estudio es explorar las principales creencias sexuales disfuncionales en mujeres mayores y conocer si están relacionadas con la edad, el nivel socioeconómico y el nivel educativo de las participantes.

Método

Participantes

La muestra del estudio estuvo formada por 30 mujeres de la Universitat per a Majors de la Universitat Jaume I de Castellón con edades comprendidas entre 54 y 79 años (media = 61,43; DT = 5,34). Del total de la muestra, el 10 % eran solteras, un 50 % estaban casadas o convivían con su pareja, un 9 % estaban separadas o divorciadas y un 3 % eran viudas. Con lo que respecta al nivel socio-económico de las participantes, el 20 % presentaban un nivel socio-económico bajo, un 76,7 % medio y un 3,3 % alto. Por otro lado, un 30 % poseía estudios primarios o graduado escolar, un 23,3 % tenía titulación FPI o FPII, un 30 % eran diplomadas, un 13,3 % licenciadas y un 3,3 % tenía doctorado o máster.

Instrumentos

Para evaluar las creencias sexuales disfuncionales de las participantes se utilizó el cuestionario adaptado y validado por Ballester y cols. (en preparación) de la versión femenina del cuestionario *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire* (SDBQ) de Nobre y Pinto-Gouveia (2002). Consta de dos versiones, una para hombres y otra para mujeres. La versión femenina que nos compete muestra una fiabilidad test-retest de 0,8 y un alfa de Cronbach de 0,81. Esta formada por 40 ítems en los que la persona evaluada indica su grado de acuerdo/desacuerdo con diferentes afirmaciones según un tipo de respuesta de escala Likert que va de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). El análisis factorial del cuestionario muestra 6 dimensiones de creencias sexuales disfuncionales:

- D1. Conservadurismo sexual. Hace referencia a las creencias acerca del coito como aspecto central en la sexualidad humana. Algunas conductas sexuales como la masturbación, el sexo oral, etc. se entienden como algo desviado de la norma. Refleja la creen-

cia del rol sexual de la mujer como algo pasivo y meramente receptivo interpretando la virginidad como algo muy valioso en las mujeres solteras. Está formada por los ítems 2, 4, 7, 13, 14, 17, 27, 28 y 32.

- D2. Deseo sexual y placer como pecado. Parte de la premisa de que el sexo es una actividad masculina donde la mujer debe controlar sus impulsos sexuales y placeres puesto que son experiencias pecaminosas. Está compuesta por los ítems 15, 34, 35, 36, 37 y 39.
- D3. Creencias sexuales relacionadas con la edad. Relacionan la disminución del deseo sexual, placer u orgasmo con el aumento de la edad, sobre todo en la postmenopausia. Consta de los ítems 5, 6, 8, 11 y 20.
- D4. Creencias relacionadas con la autoimagen. Considera la imagen corporal como un aspecto central en la sexualidad femenina. La conforman los ítems 10, 12, 38 y 40.
- D5. Primacía del afecto en las relaciones sexuales. El amor, el afecto y el acuerdo entre la pareja son los aspectos centrales en la sexualidad humana. La componen los ítems 1, 3, 18, 22, 23 y 24.
- D6. Importancia de la maternidad. Explora el nivel de placer que las actividades maternas pueden suponer para la mujer, siendo la procreación la finalidad de cualquier experiencia sexual. Consta de los ítems 26, 30, 31 y 33.

Por otro lado, los ítems 9 «Hay una variedad de maneras de conseguir placer y alcanzar el orgasmo», 16 «El orgasmo simultáneo entre los dos miembros de la pareja es necesario para que una relación sea sexualmente satisfactoria», 19 «Una carrera profesional brillante implica el control de las relaciones sexuales», 21 «Los hombres solo prestan atención a las mujeres jóvenes y atractivas», 25 «La mujer que inicia las relaciones sexuales es inmoral» y 29 «Si las mujeres se desinhiben sexualmente están totalmente bajo el control de los hombres» no se han incluido dentro de ninguna dimensión por razones estadísticas.

La puntuación total de cada dimensión se obtiene sumando la puntuación de cada ítem que la compone. A mayor puntuación, mayor cantidad de creencias sexuales disfuncionales tiene la persona. Los ítems 1, 3, 22, 23 y 24 han sido considerados inversos.

Procedimiento

En el marco de un estudio exploratorio para conocer las principales creencias sexuales disfuncionales entre la población, se administró el cuestionario adaptado de creencias sexuales disfuncionales femeninas (CSDF) de Nobre, Pinto-Gouveia y Gomes (2003) a treinta mujeres de la Universitat per a Majors de la Universitat Jaume I de Castellón que, una vez informadas sobre los fines de la investigación, lo cumplieron en formato de lápiz y papel y de manera voluntaria, individual y anónima.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS 22. Por un lado, se realizaron estadísticos descriptivos para conocer las principales creencias sexuales disfuncionales femeninas en la muestra. Por otro, se hicieron correlaciones bivariadas para conocer si existía relación entre la edad y el nivel educativo y socio-económico con las creencias sexuales disfuncionales femeninas.

Resultados

Como vemos reflejado en la tabla 1, en la que se observan las en las que expresaban estar «De acuerdo» y «Totalmente de acuerdo», las creencias sexuales disfuncionales de mujeres mayores más frecuentes estuvieron relacionadas con «La finalidad del sexo para el hombre es estar satisfecho» y «Las emociones más maravillosas que puede experimentar una mujer son los sentimientos maternales». Con menor frecuencia (13,3 %) pero dentro de las principales CSDF encontramos las relacionadas con que «El sexo anal es una actividad perversa» o «Tras la menopausia las mujeres no consiguen llegar al orgasmo». Por otro lado, también aparecen con cierta prevalencia creencias como que «La masturbación es mala y dañina».

Tabla 1
Principales creencias sexuales disfuncionales

Ítems	Porcentaje acumulado
18. La finalidad del sexo para el hombre es estar satisfecho.	46,7 %
31. Las emociones más maravillosas que una mujer puede experimentar son los sentimientos maternales.	30 %
5. Después de la menopausia la mujer pierde su deseo sexual.	26,7 %
22. El sexo es una actividad bella y pura.	26,7 %
23. El sexo sin amor es como la comida sin sabor.	26,7 %
24. Todo está bien si ambos miembros de la pareja están de acuerdo.	26,7 %
2. La masturbación es mala y dañina.	16,7 %
1. El amor y el afecto de una pareja son necesarios para tener buen sexo.	13,3 %
3. El componente más importante del sexo es el afecto mutuo.	13,3 %
8. Tras la menopausia las mujeres no consiguen llegar al orgasmo.	13,3 %
20. A medida que la mujer envejece, el placer que obtiene del sexo decrece.	13,3 %
32. El sexo anal es una actividad perversa.	13,3 %
33. En la habitación, la mujer es la jefa.	13,3 %

En cuanto a las seis dimensiones que conforman las CSDF (véase la tabla 2), encontramos que el conservadurismo sexual y la primacía del afecto reportan el promedio más elevado, seguidas de creencias relacionadas con la edad y la concepción del placer y el deseo como pecado. Menor puntuación obtienen las creencias relacionadas con la imagen corporal o la maternidad.

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas de cada dimensión del cuestionario sobre csdf

Dimensión	Media	DT	Rango	N
D1. Conservadurismo sexual	15,17	5,05	9/29	30
D2. Placer y deseo sexual como pecado	8,30	2,72	6/14	30
D3. Creencias relacionadas con la edad	9,30	3,30	5/16	30
D4. Creencias relacionadas con la imagen corporal	5,97	2,67	4/15	30
D5. Primacía del afecto	14,57	3,59	6/21	30
D6. Primacía de la maternidad	7,90	2,50	4/13	30

Por otro lado, como podemos observar en la tabla 3, la única correlación significativa entre las dimensiones y las variables sociodemográficas se observa entre la edad y la dimensión 4 «Creencias relacionadas con la autoimagen», con una correlación de ,483 con una significación de ,007.

Tabla 3
Correlaciones entre las dimensiones del sdbq y la edad y el nivel educativo y socioeconómico

Dimensión	Edad		NE		NSE		N
	r	p	r	p	r	p	
D1. Conservadurismo sexual	,206	,265	-,042	,825	-,210	,265	30
D2. Placer y deseo sexual como pecado	,133	,482	,069	,715	,069	,718	30
D3. Creencias relacionadas con la edad	,165	,385	-,030	,873	-,011	,953	30
D4. Creencias relacionadas con la imagen corporal	,483**	,007	-,088	,644	-,089	,641	30

Dimensión	Edad		NE		NSE		N
	r	p	r	p	r	p	
D5. Primacía del afecto	-,033	,862	-,256	,173	,017	,927	30
D6. Primacía de la maternidad	,249	,184	,111	,159	,045	,814	30

Discusión y conclusiones

En base a los resultados obtenidos, podemos observar que una parte de las participantes presentan algún tipo de creencia sexual disfuncional. Entre las más frecuentes encontramos las relacionadas con la primacía del afecto entendida como la importancia del amor, el afecto y el acuerdo entre la pareja como algo central dentro de la sexualidad humana. Por ejemplo, dentro de esta dimensión son más comunes creencias como que el hombre tiene como finalidad en el sexo el estar satisfecho, que el sexo es algo bello y puro o que el amor y el afecto en la pareja son necesarios para tener buen sexo, lo que podría relacionarse con mitos existentes en estas mujeres mayores. Estas creencias pueden estar influenciadas por la cultura como indicaban Freixas y Luque (2009). Tanto la educación como las religiones han inculcado a las mujeres el concepto de sexualidad como algo relacionado con el amor, el afecto y la reproducción pero no con el placer y el disfrute. Esto puede ejercer su influencia en edades adultas, contribuyendo a una percepción insatisfactoria de la sexualidad.

Seguidamente, encontramos creencias relacionadas con la importancia de la maternidad, que se considera una de las experiencias emocionales más hermosas que se puedan experimentar, y con la edad en la sexualidad, donde las creencias disfuncionales sobre la menopausia hacen pensar que la mujer pierde el deseo sexual, disminuye el placer y ya no puede alcanzar el orgasmo. Coincidiendo con los mitos culturales que planteaban Freixas y Luque (2009), la concepción del sexo anal como algo perverso o la masturbación como algo malo y dañino está relacionada con creencias conservadoras que basan el sexo únicamente en el coito y donde la mujer adopta un rol pasivo.

También se ha observado una relación significativa positiva entre la edad de las participantes y la autoimagen corporal. Esta relación puede estar influenciada por la sociedad, pues en la vejez se producen cambios en la figura corporal más evidentes que pueden ser interpretados como amenazantes. Esto puede ser debido a que no encajan en el modelo impuesto por una sociedad de consumo donde prima el atractivo de una persona joven, con vitalidad y bella, tal y como señalaba Esguerra (2007).

Por otro lado, a pesar de que Gramegna y cols. (1998) y Laumann, Paik y Rosen (1999) encontraran que la educación es un factor de disminución del riesgo de trastornos sexuales, en nuestro estudio no encontramos significación en esta variable. Esto puede deberse a la evolución de la misma a lo largo del tiempo. De igual forma, consideramos importante diferenciar la educación general de la educación sexual para conocer su influencia en las creencias sexuales disfuncionales en la población.

Otros estudios como el realizado por Ruiz, Enrique y Ballester (2011) muestran cómo en personas jóvenes universitarias se hallan CSDF siendo las más comunes las relacionadas con la dimensión de primacía del afecto. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el presente estudio. Así pues, la existencia de las creencias disfuncionales no es algo que únicamente se dé en población mayor.

Al tener en cuenta estos resultados, cabe tener presente algunas limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra, que dificulta la generalización de los hallazgos a la población adulta general. De igual forma, el introducir un mayor número de variables psicosociales hubiera permitido profundizar sobre posibles factores moduladores de las creencias disfuncionales.

En cualquier caso, nuestro estudio pone en evidencia la existencia de creencias disfuncionales en población femenina adulta en relación, principalmente, con la primacía del afecto y el conservadurismo sexual. Seguidamente encontramos creencias relacionadas con la edad, el placer y el deseo como algo pecaminoso y la maternidad. También se halla una relación entre las creencias relacionadas con la imagen corporal y la edad.

A la luz de estos resultados, es necesario enfatizar en la prevención de futuras insatisfacciones sexuales y trastornos sexuales por medio de programas en los que se promocióne la salud sexual y se trabajen las creencias sexuales disfuncionales de las personas adultas pues, a pesar de que el envejecimiento conlleva un deterioro, se puede seguir llevando una vida sexual activa y saludable.

Referencias bibliográficas

- Blümel, J. E., Araya, M., Riquelme, R., Castro, G., Sánchez, F. y Gramegna, G. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Revista médica de Chile*, 130, 1131-1138.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- Carreño, J., Guerra, G., Morales, F., Pimentel, D. y Sánchez, C. (2002). Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16, 16-25.
- Esguerra, I. (2007). Sexualidad después de los 60 años. *Avances en Enfermería*, 25 (2), 124-140.
- Freixas, A. y Luque, B. (2009). El secreto mejor guardado: La sexualidad de las mujeres mayores. *Política y sociedad*, 46, (2), 191-203.
- Gramegna, G., Blümel, J., Roncagliolo, M., Aracena, B. y Tacla, X. (1998). Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. *Revista Médica de Chile*, 126, 162-168.
- Herrera, A. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿Mito o realidad? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68, 150-162.
- Horveddt, M. (1983). The cross cultural and historical context. En R. B. Weg (ed.). *Sexuality in the later year*. New York: Academic.
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner Mazel.
- Kaplan, H. (1979). *Trastornos del Deseo Sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- Laumann, E., Paik, A. y Rosen, R. (1999). Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- LoPiccolo, J. y Friedman, J. M. (1988). Broad spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. En S. R. Leiblum y R. C. Rosen (eds.). *Sexual Desire disorders* (pp.107-144). New York: Guilford Press.
- Masters, W. y Johnson, V. (1966). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Inter-Médica.
- Masters, W. y Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown & Co.
- Nobre, P. y Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitive and Emotional Predictors of Female Sexual Dysfunctions: Preliminary Findings. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 325-342.

- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J. y Gomes, F. (2003). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: an instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy, 18*, 172-204.
- Ruiz, E., Enrique, A. y Ballester, R. (2011). Creencias sexuales disfuncionales en población joven femenina: resultados preliminares. *Fórum de recerca, 16*, 1125-1140.
- Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 224-229.

Usabilidad y aceptabilidad del programa de tratamiento autoaplicado a través de Internet para la fobia a volar SIN MIEDO Airlines: resultados de un estudio piloto

DANIEL CAMPOS BACAS
camposd@uji.es

ADRIANA MIRA PASTOR
miraa@uji.es

DIANA CASTILLA
castilla@uji.es

JUANA BRETÓN LÓPEZ
breton@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO
squero@uji.es

Resumen

Introducción: El tratamiento de elección para las fobias es la exposición en vivo, mostrando su eficacia en distintos estudios. No obstante, existen limitaciones en su aplicación en relación al acceso y aceptación por parte de clínicos y pacientes. Los tratamientos aplicados a través del ordenador pueden ser una alternativa eficaz para mejorar esta técnica. Internet es una novedosa forma de aplicar tratamientos psicológicos eficaces reduciendo costes y facilitando el acceso. Hasta la fecha, no existen estudios que exploren la aceptabilidad de un tratamiento autoaplicado vía Internet para la fobia a volar (FV). El objetivo de este estudio es ofrecer datos sobre usabilidad y aceptabilidad de SIN MIEDO Airlines en un estudio piloto. **Método:** La muestra se compuso de 4 participantes (M = 34,5 años; DT = 11,1) residentes en España (N = 3) y Colombia (N = 1). Al finalizar el tratamiento, contestaron el cuestionario de usabilidad y aceptabilidad (CUA) formado por 10 ítems para evaluar: la rapidez de aprendizaje, la capacidad de uso, la orientación, la eficiencia, el modelo ecológico, la facilidad de las instrucciones, el control y la visibilidad, la intención de uso, la utilidad y la facilidad percibida. **Resultados:** Los resultados mostraron puntuaciones elevadas en el CUA (M = 93,8; DT = 7,5) en un rango de 85 a 100, estableciéndose en la categoría «mejor imaginable» de acuerdo con Bangor, Kortum y Miller (2008, 2009). **Conclusión:** Los datos obtenidos a partir del estudio piloto reflejan una buena valoración de los participantes respecto a la usabilidad y aceptabilidad de SIN MIEDO Airlines. Estos resultados podrían tener repercusiones en la mejora del tratamiento de la FV, concretamente en relación a la técnica de la exposición en vivo.

Palabras clave: fobia a volar, tratamiento autoaplicado, Internet, usabilidad.

Abstract

Introduction: The treatment of choice for specific phobias is in vivo exposure. Despite the proven efficacy of this technique, it is linked to a number of limitations in its implementation among patients and therapists. Computer-assisted exposure programs could be a useful tool in order to improve this technique. Moreover, the Internet is a novel way to apply effective psychological treatments reducing costs and improving the access to the treatment. However, to our knowledge, no other study investigates the acceptability of a self-applied treatment via the Internet for flying phobia (FP). The aim of this work is to provide data regarding the usability and acceptability of NO-FEAR Airlines in a pilot study. **Method:** The sample was composed of four participants (mean age = 34.5; SD = 11.1) residents in Spain (N = 3) and Colombia (N = 1). After the treatment, participants completed the Usability and Acceptability Questionnaire (UAQ) composed by 10 items in order to assess: speed learning, usability, orientation, efficiency, ecological model, instructions easiness, control and visibility, intention to use, usefulness and perceived ease. **Results:** Results showed high UAQ scores (M = 93.8; SD = 7.5) from 85 to 100, resulting in the best imaginable category according to Bangor, Kortum and Miller (2008, 2009). **Conclusion:** NO-FEAR Airlines was well assessed in terms of usability and acceptability. Results could have implications to improve the FP treatment, specifically, the in vivo exposure technique.

Keywords: flying phobia, self-applied treatment, Internet, usability.

Introducción

Una de las fobias más presentes en nuestra sociedad es la fobia a volar (FV), con una prevalencia de alrededor del 2,5 (Oakes y Bor, 2010). Aproximadamente un 25 % de la población adulta experimenta un nivel significativo de ansiedad cuando tiene que volar, alrededor del 10 % de la población general no vuela como consecuencia de la intensidad de su miedo y un 20 % depende del alcohol o los tranquilizantes para poder volar (Botella, Osma, García-Palacios, Quero y Baños, 2004). Las implicaciones personales causadas por la FV son muy diversas, dependiendo de las necesidades familiares, laborales y de ocio de cada persona, así como de su ubicación geográfica (Oakes y Bor, 2010). En este sentido, padecer este problema puede limitar las oportunidades profesionales y las opciones de ocio, alterar las relaciones personales, además de ir acompañado de vergüenza y malestar emocional cuando la persona se enfrenta a la idea de volar (Bor, 2007; Iljon Foreman, Bor y Van Gerwen, 2006).

En la actualidad, el tratamiento de elección para las fobias es la exposición en vivo (Nathan y Gorman, 2007), rondando su porcentaje de éxito el 80 % (Capafons, 2001). No obstante, existen limitaciones en su aplicación en relación al acceso y aceptación del mismo por parte de clínicos y pacientes. En primer lugar, la mayoría de las personas que padecen fobia nunca buscan tratamiento, solamente el 7,8 % lo busca y tan solo un 0,8 % de los pacientes recibe un tratamiento específico para este trastorno (Boyd y cols., 1990; Mackenzie, Reynolds, Cairney, Streiner y Sareen, 2012; Stinson y cols., 2007). Esto puede deberse a diversas razones: a la falta de terapias basadas en la evidencia ofrecidas en los distintos sistemas de salud, las largas listas de espera o bien a la falta de un entrenamiento adecuado para que los terapeu-

tas apliquen la técnica de exposición (Kazdin y Blase, 2011; Kazdin y Rabitt, 2013; Kazdin, 2014). Además, aproximadamente un 25 % de las personas rechaza el tratamiento cuando son informadas acerca del procedimiento que se va a seguir o lo abandonan cuando ya lo han comenzado (por ejemplo, García-Palacios, Botella, Hoffman y Fabregat, 2007; García-Palacios, Hoffman, See, Tsay y Botella, 2001), rondando las tasas de abandono el 20,6 % (Olatunji, Deacon y Abramowitz, 2009).

También existen problemas con la aceptación de la terapia de exposición por parte de los terapeutas (Moritz, Hoffman, Herbert y Schare, 2013; Richard y Gloster, 2007) ya que algunos autores la han llegado a considerar inhumana y éticamente inapropiada (Deacon y Farrell, 2013; Olatunji, Deacon y Abramowitz, 2009). En algunos casos, esta técnica presenta también otras limitaciones, como la falta de confidencialidad o los costes asociados cuando debe realizarse fuera de la consulta (Kazdin y Rabitt, 2013; Konnopka, Leichsenring, Leibing y König, 2009). Otra dificultad especialmente relevante en la FV es el difícil acceso al estímulo temido (por ejemplo, aeropuerto o avión) (Rothbaum, Hodges, Smith, Lee y Price, 2000).

En este sentido, de acuerdo con Kazdin (2014), es necesario desarrollar nuevos modelos para aplicar los tratamientos basados en la evidencia para tratar de reducir el impacto de los trastornos mentales. En el caso concreto de las fobias, es necesario explorar formas de mejorar la terapia de exposición para aumentar el número de pacientes que se puedan beneficiar de la misma, lo que pasa por mejorar la aceptación de este tratamiento y aplicar la exposición con una menor presencia del terapeuta. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como los programas de tratamiento de realidad virtual (RV) y los tratamientos asistidos por ordenador, pueden ser una alternativa eficaz para mejorar esta técnica. Estas herramientas pueden favorecer tanto la accesibilidad a la terapia como el grado de aceptación de la misma por parte de los pacientes al no generar niveles de ansiedad tan aversivos como la exposición en vivo (García-Palacios y cols., 2007; Quero y cols., 2014).

Distintos estudios han mostrado la eficacia de la RV para el tratamiento de la FV (Baños, Botella, Perpiñá y Quero, 2001; Botella y cols., 2004; Rothbaum y cols., 2010). En esta línea, Tortella-Feliu y cols. (2011) llevaron a cabo un estudio controlado que comparaba un programa de RV (Botella y cols., 2004) con un programa asistido por ordenador para aplicar la exposición (aplicado por el terapeuta vs. autoaplicado) (*Computer Assisted Fear of Flight Treatment*, CAFFT, Bornas, Fullana, Tortella-Feliu, Llabrés y García de la Banda, 2001). Los resultados mostraron que las tres intervenciones fueron igual de eficaces para el tratamiento del miedo a volar en el pos-tratamiento y en el seguimiento al año. Estos resultados ponen de manifiesto que intervenciones menos costosas y con menor implicación del terapeuta son igualmente eficaces en la reducción de la FV.

En terminos de aceptación, todos los participantes valoraron las intervenciones como lógicas, satisfactorias, útiles y no muy aversivas antes del tratamiento, aunque se encontraron diferencias significativas en cuanto a la valoración de la lógica del tratamiento. Concretamente, los participantes de la condición de RV mostraron una mejor valoración en comparación con el grupo que recibió el tratamiento asistido por ordenador de forma autoaplicada. Después de recibir el tratamiento, los participantes continuaron valorando los tratamientos como muy lógicos, satisfactorios, útiles y no muy aversivos. De nuevo, el grupo de RV valoró como más lógico el tratamiento frente al grupo de tratamiento asistido por ordenador (autoaplicado). Además, el grupo de RV estaba más satisfecho en comparación con la condición que recibió el CAFFT (tanto aplicado por el terapeuta como autoaplicado). Sin embargo, estas diferencias desaparecieron en el seguimiento del año.

A partir de estos resultados positivos, los grupos de investigación liderados por Cristina Botella (LabPsiTec), Mariano Alcañiz (Labhuman) y Jordi Llabrés (Labcds) han desarrollado conjuntamente una versión mejorada del programa CAFFT de tratamiento de la FV (SIN MIEDO

Airlines) para ser totalmente autoaplicada a través de Internet (sin necesidad del apoyo del terapeuta), desde casa y en un ordenador personal. Internet es una herramienta que ha demostrado ser un modo eficaz de aplicar tratamientos psicológicos en una variedad de problemas psicológicos y condiciones médicas (Anderson, 2016; Andrews, Newby y Williams, 2015). No obstante, hasta la fecha no existe ningún estudio que explore la utilidad, en términos de eficacia y aceptación, de un programa autoaplicado a través de Internet para la FV. El objetivo de este estudio es ofrecer datos sobre usabilidad y aceptabilidad de SIN MIEDO Airlines en un estudio piloto.

Método

Participantes

La muestra se compuso de 4 participantes (3 mujeres y 1 hombre) residentes en España (N = 3) y Colombia (N = 1). La media de edad fue de 34,5 (DT = 11,1) en un rango de 25 a 50 años. En cuanto al nivel de estudios, el 50 % de los participantes contaba con estudios secundarios mientras que el otro 50 % con estudios universitarios. De los 4 participantes, 2 estaban casados, 1 era soltero y 1 separado. Todos los participantes, cumplían los criterios diagnósticos de fobia específica (fobia a volar) según el DSM-V (APA, 2013).

Instrumentos

Cuestionario de usabilidad y aceptabilidad (CUA) (Labpsitec, 2015). Es un instrumento *ad hoc* compuesto por 10 ítems para evaluar el grado de acuerdo y desacuerdo del usuario (0 = totalmente en desacuerdo y 4 = totalmente de acuerdo) respecto a la usabilidad y aceptabilidad del sistema. Concretamente se evalúa: la rapidez de aprendizaje, la capacidad de uso, la orientación, la eficiencia, el modelo ecológico, la facilidad de las instrucciones, el control y la visibilidad, la intención de uso, la utilidad y la facilidad percibida. La puntuación total del CUA oscila entre 0 y 100. Este cuestionario está basado en la escala de usabilidad propuesta por Bangor, Kortum y Miller (2008, 2009).

SIN MIEDO Airlines es un programa de tratamiento totalmente autoaplicado a través de Internet para la FV (www.fobiavolar.es) que permite a las personas con miedo a volar exponerse a imágenes y sonidos reales relacionadas con su miedo en un ordenador entándar (Quero y cols., 2015).

Este programa sigue una perspectiva de tratamiento cognitivo-comportamental (TCC) formado por tres componentes básicos: la psicoeducación, la exposición y el sobreaprendizaje, siendo el componente principal la técnica de exposición.

- a) Psicoeducación. En el primer componente se ofrece información sobre en qué va a consistir el programa así como información específica sobre la FV: a cuánta gente afecta el problema, a qué tipo de personas afecta, cuáles son los componentes fisiológico, cognitivo y conductual (o evitación) y cómo empieza, se mantiene y se soluciona el problema. En este apartado se incluye texto con información relevante para el tratamiento de la FV acompañado de viñetas con ilustraciones para que el contenido terapéutico resulte más atractivo al paciente.
- b) Exposición. SIN MIEDO Airlines ofrece distintos escenarios para que el paciente pueda exponerse desde casa a aquellas situaciones a las que teme: 1) preparativos, 2)

aeropuerto, 3) despegue, 4) vuelo, 5) aterrizaje y 6) noticias de accidentes aéreos. El programa presenta los escenarios de más fácil a más difícil (de menor ansiedad a mayor) realizando una jerarquía a partir de las respuestas del participante al cuestionario de miedo a volar (Bornas, Tortella-Feliu, García de la Banda, Fullana y Llabrés, 1999).

- c) Sobre-aprendizaje. Al finalizar la exposición a los seis escenarios, el usuario puede elegir realizar una exposición adicional (fase de sobreaprendizaje) a cada una de las seis secuencias, pero con un mayor grado de dificultad ya que, en esta ocasión, se simularán las condiciones de tormenta y turbulencias en los mismos escenarios. Este componente tiene como objetivo repasar algunas de las situaciones y afianzar los logros alcanzados.

Procedimiento

Todos los participantes completaron el *screening* y una evaluación telefónica antes de ser asignados al azar a dos períodos de línea base (9 y 12 días). Pasado el tiempo de línea base, todos completaron el tratamiento autoaplicado SIN MIEDO Airlines a través de Internet. La duración del tratamiento dependió del ritmo de cada participante con un máximo de 6 semanas. Después del tratamiento, todos los participantes completaron el CUA junto con el resto del protocolo de la evaluación telefónica.

Resultados

Los resultados revelaron puntuaciones elevadas en la puntuación total del CUA ($M = 3,8$; $DT = 7,5$) en un rango de 85 a 100, estableciéndose en la categoría «mejor imaginable», según la clasificación propuesta por Bangor y cols. (2008) (véase la figura 1).

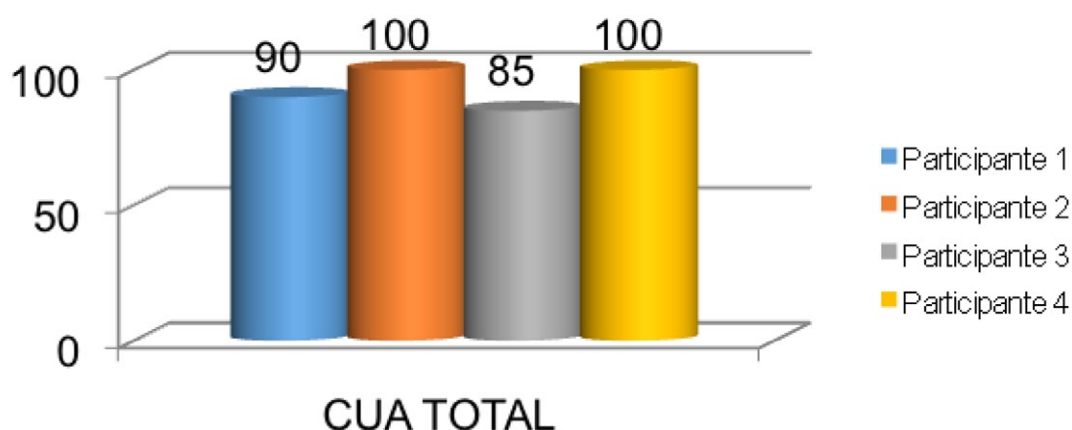


Figura 1. Puntuación total de cada participante en el CUA

Todos los participantes informaron puntuaciones elevadas en todos los ítems del CUA, tal y como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1
Media, desviación típica, mínimo y máximo de las puntuaciones en los ítems del CUA

ITEM	MEDIA (DT)	MÍNIMO	MÁXIMO
1. Pienso que la mayoría de las personas podrían aprender muy rápidamente a utilizar SIN MIEDO Airlines.	3,75 (0,5)	3	4
2. Me he sentido seguro de mí mismo (capaz) utilizando SIN MIEDO Airlines.	3,75 (0,5)	3	4
3. En general, he sabido qué tenía que hacer en cada momento. Por ejemplo, cuando he querido pulsar un botón concreto he sabido cómo hacerlo y lo he conseguido.	3,75 (0,5)	3	4
4. Una vez que he aprendido a usar SIN MIEDO Airlines he podido realizar las tareas rápidamente.	4 (0,0)	4	4
5. SIN MIEDO Airlines puede utilizarse en cualquier lugar y en cualquier contexto.	3,25 (0,96)	2	4
6. Las instrucciones de SIN MIEDO Airlines son fáciles.	4 (0,0)	4	4
7. El tamaño de letra y de los botones es suficiente para mí.	4 (0,0)	4	4
8. Me gustaría utilizar este sistema frecuentemente.	3,5 (0,58)	3	4
9. En general, creo que SIN MIEDO Airlines es muy útil para mí.	3,75 (0,5)	3	4
10. En general, creo que SIN MIEDO Airlines es fácil de usar.	3,75 (0,5)	3	4

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente trabajo era ofrecer datos sobre la usabilidad y aceptabilidad de un tratamiento autoaplicado a través de Internet para la FV (SIN MIEDO Airlines).

Los datos obtenidos a partir del estudio piloto reflejan una buena valoración de los participantes respecto a la usabilidad y aceptabilidad de SIN MIEDO Airlines. En concreto, los resultados revelaron puntuaciones altas en todos los aspectos de usabilidad y aceptabilidad valorados, como son: rapidez de aprendizaje, capacidad de uso, orientación, eficiencia, modelo ecológico, facilidad de las instrucciones, control y visibilidad, intención de uso, utilidad y facilidad percibida.

En este sentido, los resultados obtenidos en este estudio piloto sobre el programa SIN MIEDO Airlines podrían tener repercusiones en la mejora del tratamiento de la FV, específicamente en la mejora de la técnica de exposición, mejorando la aceptación del tratamiento y el acceso al mismo, al tratarse de un tratamiento autoaplicado a través de Internet.

Estos resultados van en la línea de otros trabajos que ponen de manifiesto la utilidad de los programas asistidos por ordenador para la administración de la exposición en la FV (Tortella-Feliu, Bornas y Llabrés, 2008; Tortella-Feliu y cols., 2011). No obstante, hasta la fecha, este es el primer estudio que se centra en explorar la usabilidad y aceptabilidad de un programa de tratamiento autoaplicado vía Internet para la FV.

A pesar de los prometedores resultados preliminares encontrados, el presente trabajo cuenta con una serie de limitaciones. Al trarse de un estudio piloto, el tamaño muestral es pequeño ($N = 4$), por lo que se requieren estudios con una mayor muestra para confirmar estos resultados preliminares. Por otra parte, en este estudio se ha evaluado la usabilidad y aceptabilidad, aunque no se han tenido en consideración las expectativas y la opinión de los participantes respecto al tratamiento. Este es un aspecto que forma parte del eje de eficiencia que debería tenerse en consideración en futuros estudios.

En conclusión, en este trabajo se han presentado datos sobre la usabilidad y aceptabilidad de SIN MIEDO Airlines que muestran la utilidad de este programa autoaplicado a través de Internet para la mejora de la técnica de exposición en el tratamiento de la FV. Es necesario llevar a cabo estudios de usabilidad y aceptabilidad para conseguir diseminar las TIC en el campo de la psicología clínica, especialmente entre los potenciales usuarios como son, en el caso del presente estudio, los pacientes. No obstante, en un futuro se requieren más investigaciones que sigan aportando evidencias a este respecto.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington VA, USA: American Psychiatric Association.
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 157-179.
- Andrews, G., Newby, J. M. y Williams, A. D. (2015). Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders is here to stay. *Current psychiatry reports*, 17, 1-5.
- Bangor, A., Kortum, P. T. y Miller, J. (2009). Determining what individual SUS scores mean: adding an adjective rating scale. *Journal of Usability Studies*, 4, 114-123.
- Bangor, A., Kortum, P. T. y Miller J. T. (2008). An empirical evaluation of the system usability scale. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 24, 574-594.
- Baños, R., Botella, C., Perpiñá, C. y Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud* 12, 391-404.
- Bor, R. (2007). Psychological factors in airline passenger and crew behaviour: a clinical overview. *Travel Med Infect Dis*, 5, 207-216.
- Bornas, X., Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Llabrés, J. y García de la Banda, G. (2001). Computer-assisted therapy in the treatment of flight phobia: a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 234-240.
- Bornas, X., Tortella-Feliu, M., García de la Banda, G., Fullana, M. A. y Llabrés, J. (1999). Validación factorial del Cuestionario de Miedo a Volar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 885-907.
- Botella, C., Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 11, 311-323.
- Boyd, J. H., Rae, D. S., Thompson, J. W., Burns, B. J., Bourdon, K., Locke, B. Z. y Regier, D. A. (1990). Phobia: prevalence and risk factors. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314-323.

- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Deacon, B. J. y Farrell, N. R. (2013). Therapist barriers to the dissemination of exposure therapy. En D. McKay y E. Storch (eds.), *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders* (pp. 363-373). New York: Springer Press.
- García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H. y Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *Cyberpsychology & Behavior*, 10, 722-724.
- García-Palacios, A., Hoffman, H. G., Kwong See, S., Tsai, A. y Botella, C. (2001). Redefining therapeutic success with virtual reality exposure therapy. *CyberPsychology & Behavior*, 4, 341-348.
- Iljon Foreman, E., Bor, R. y Van Gerwen, L. J. (2006). The nature, characteristics, impact and personal implications of fear of flying. En R. Bor y T. Hubbard (eds.) *Aviation Mental Health* (pp. 53-68). Aldershot: Ashgate.
- Kazdin, A. E. (2014). Evidence-based psychotherapies II: changes in models of treatment and treatment delivery. *South African Journal of Psychology*. DOI: 10.1177/0081246314538733
- Kazdin, A. E. y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21-37.
- Kazdin, A. E. y Rabbitt, S. M. (2013). Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness. *Clinical Psychological Science*, 1, 170-191.
- Konnopka, A., Leichenring, F., Leibing, E. y König, H. H. (2009). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 114(1), 14-31.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. y Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression & Anxiety*, 29, 234-242.
- Moritz, K., Hoffman, J., Herbert, J. D. y Schare, M. L. (2013, noviembre). *Anxiety Disorders: Navigating Legal and Ethical Dilemmas*. Paper presented at the 47th Annual Convention of Cognitive and Behavioral Therapies (ABCT2013), Nashville. Abstract recuperado de <http://abct2013.abstractcentral.com>.
- Nathan, P. y Gorman, J. (2007). *A guide to treatments that work* (3.^a ed.). New York: Oxford Press.
- Oakes, M. y Bor, R. (2010). The psychology of fear of flying (part I): A critical evaluation of current perspectives on the nature, prevalence and etiology of fear of flying. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 8, 327-338.
- Olatunji, B., Deacon, B. J. y Abramowitz, J. S. (2009). The Cruellest Cure? Ethical Issues in the Implementation of Exposure-Based Treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 172-180.
- Quero, S., Campos, D., Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A. y Guillén, V. (2014, junio). *Patients' Expectations and Satisfaction towards Traditional CBT versus CBT supported by ICTs*. Poster presentado al 19th Annual CyberPsychology & Cybertherapy Conference, Washington DC, USA.
- Quero, S., Campos, D., Riera del Amo, A., Bretón, J., Tortella, M., Baños, R. y Botella, C. (2015). NO-FEAR Airlines: a computer-aided self-help treatment for flying phobia. *Studies in Health Technology and Informatics*, 219, 197-201.
- Richard, D. C. S. y Gloster, A. T. (2007). Exposure therapy has a public relations problem: A dearth of litigation amid a wealth of concern. *Comprehensive handbook of the exposure therapies*, 409-425. New York: Academic Press.

- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H. y Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 68, 1020.
- Stinson, F. S., Dawson, D. S., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J. y Grant, B. F. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 37, 1047–1059.
- Tortella-Feliu, M., Bornas, X. y Llabrés, J. (2008). Computer-Assisted Exposure Treatment for Flight Phobia. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 158-71.
- Tortella-Feliu, M., Botella, C., Llabrés, J., Bretón-López, J. M., Riera del Amo, A., Baños, R. M. y Gelabert, J. M. (2011). Virtual Reality Versus Computer-Aided Exposure Treatments for Fear of Flying, *Behavior Modification*, 35, 3-30.

Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo

GEMMA CARDERA GIL
al192553@uji.es

FRANCISCO JUAN GARCÍA BACETE
fgarcia@uji.es

Resumen

Introducción: La presente investigación examina la relación entre los estilos parentales de los padres (autoritario, permisivo y democrático) y la competencia socioemocional del niño. **Método:** La muestra está compuesta por 160 alumnos de 6.º de primaria (76 niños y 84 niñas). La información ha sido proporcionada por diversos informantes: las madres cumplimentaron el cuestionario de estilos y dimensiones parentales; los profesores, el cuestionario de cualidades y dificultades y los alumnos, el cuestionario sociométrico de preferencias. Se han realizado correlaciones, tablas de contingencias y regresiones. **Resultados:** Los resultados indican que el estilo educativo democrático se asocia significativamente con la prosocialidad del niño, al contrario que los estilos permisivo y autoritario, y que este último, a su vez, se relaciona negativamente y de manera significativa con problemas de conducta e hiperactividad. En cuanto al género, no se encuentra relación entre el sexo de los niños y niñas y el estilo educativo empleado para cada uno de ellos. Por otro lado, relacionando los estilos educativos parentales con la aceptación por parte de los compañeros de clase, se encuentra que los niños cuyos padres utilizan un estilo autoritario reciben más nominaciones negativas por parte de sus compañeros, mientras que aquellos niños educados en un estilo democrático o permisivo reciben mayor número de nominaciones positivas. **Conclusión:** Los resultados sugieren que, para fomentar la buena sociabilidad de los niños y niñas y la aceptación entre iguales, es importante un adecuado estilo educativo dentro de las familias, sugiriendo para ello programas de formación de madres y padres.

Palabras clave: estilo educativo, desarrollo, conducta, sociabilidad.

Abstract

Introduction: This research examines the relationship between parenting styles (authoritarian, permissive and democratic) and the child's socio-emotional competence. **Method:** The sample was composed of 160 year-6 primary school students (76 boys and 84 girls). Information was obtained with the following measuring instruments: (Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ); Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) and the Sociometry Questionnaire). Correlations, contingency tables and regressions were made. **Results:** The results indicate that a democratic style of education is significantly associated with child prosociality, unlike the authoritarian and permissive styles, the latter of which is negatively and significantly

associated with behavioural problems and hyperactivity. No relationship between children's gender and education style was found. After analysing parenting styles with acceptance by classmates, the results showed that the children whose parents used an authoritarian style received more negative nominations by their classmates, while those raised according to democratic or permissive styles received many more positive nominations. **Conclusion:** The results suggest that in order to promote good children socialisation and acceptance by peers, an adequate education style in families is important. For this reason, training programmes are suggested for mothers and fathers.

Keywords: Parenting styles, development, behaviour, sociability

Introducción

El presente trabajo pretende contribuir a la comprensión de la relación entre los estilos educativos parentales y el desarrollo socioafectivo del niño a través de un estudio realizado desde el Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universitat Jaume I de Castellón.

Tras una revisión teórica acerca del desarrollo socioafectivo en la infancia, se expone la investigación en la cual han participado 200 alumnos de 6.º de primaria (edades comprendidas entre 11 y 12 años) de la provincia de Castellón, con tal de explicar, de manera empírica, la influencia que tienen las pautas de crianza y la educación parental en el desarrollo cognitivo y social del niño, otorgando así la importancia que merece el núcleo familiar desde la primera infancia.

El desarrollo infantil, entendido como un conjunto de sucesos y cambios físicos y psicológicos a lo largo de toda la infancia, viene influenciado por diversos factores, tanto genéticos como ambientales, entre ellos, los estilos educativos, los cuales regulan el desarrollo cognitivo y social del niño estableciendo pautas de comportamiento, los estilos de aprendizaje y las diferencias individuales, evidenciando que las relaciones sociales son un pilar básico para el crecimiento del infante y, tal y como informan Denham, von Salisch, Olthof, Kochanoff y Caverly (2002), las expresiones emocionales y afectivas que se ofrecen a los bebés tienen funciones reguladoras en sus interacciones sociales.

Las primeras interacciones sociales que establece el niño son con sus cuidadores, asentando así las bases de vinculaciones posteriores, influyendo en la manera de interactuar con los demás, la percepción de uno mismo y la comprensión del mundo social, adoptando pautas de crianza distintas a la hora de educar a un hijo (Palacios y Moreno, 1994). Entre las definiciones de estilos educativos, la que más apoyo empírico ha obtenido es la de Darling y Steinberg (1993), los cuales los definieron como un conjunto de actitudes paternas hacia los hijos, presentados mediante conductas que originan un clima emocional e incluyen hábitos educativos o de cuidado, gestos, tono de voz, lenguaje corporal o expresiones emocionales espontáneas.

Diana Baumrind (1978), autora pionera de los estudios sobre pautas de crianza y desarrollo social, influenciada por Kurt Lewin, diferencia tres variables (comunicación, control e implicación afectiva) y establece tres tipos de estilos educativos parentales:

Autoritario. Estos padres basan su educación en las normas y el orden. La obediencia es fundamental para ellos, rechazan el diálogo y adoptan el castigo y la subordinación de los

hijos como medida disciplinaria. Mantienen un estilo educativo jerárquico en el cual la comunicación es de arriba-abajo, dejando a los niños en un nivel inferior e incapacitándolos de autonomía personal y creativa.

Permisivo. Estilo educativo basado en la tolerancia y la permisividad de los impulsos de los niños, no aceptan ningún tipo de castigo como disciplina ni otorgan tareas ni obligaciones a los hijos, alejándolos de las responsabilidades, los límites y las normas.

Democrático/Autoritativo. Educación basada en la imposición de roles y tareas mediante el diálogo y la negociación niño-adulto, se trata de una jerarquía bidireccional de mutuo respeto en la cual ambas partes son conscientes de los deberes y derechos propios y del otro.

A partir de estos estilos, diversos estudios analizan la relación entre los estilos educativos de los padres con el posterior desarrollo del infante, creando así correlaciones que puedan justificar el mejor patrón de crianza dentro de una familia.

Palacios y Moreno (1994) afirman en su estudio que aquellos hijos e hijas de padres y madres con un estilo democrático presentan características más deseables como alta autoestima, constancia a la hora de realizar tareas, confianza para afrontar nuevas situaciones, adecuada competencia social, autocontrol y buena capacidad para interiorizar los valores sociales y morales de la sociedad.

La revisión realizada por Eisenberg, Spinrad y Knafo-Noam (2015) concluyó que la calidez de los padres, la capacidad de respuesta, el apoyo y la participación con sus hijos se relacionan positivamente con el comportamiento prosocial de los niños.

Finalmente, el estudio llevado a cabo por Pastorelli y cols. (2015) se centró en ocho países distintos para dar a conocer la influencia de un estilo parental positivo respecto el comportamiento prosocial de los hijos, utilizando los instrumentos *Quality of mother-child relationship (child-reports)*, *Balanced positive parental discipline (child-reports)* y *Children's prosocial behavior (mother and child-report)*. Mediante dicha investigación, confirmó que la parentalidad positiva daba como resultado una conducta prosocial en los hijos y que esto ocurre mayormente en la infancia.

El objetivo principal del presente trabajo empírico es analizar la relación entre los diferentes estilos educativos definidos por Diana Baumrind y el ajuste social y emocional del niño y sus relaciones de aceptación y rechazo con iguales, ofreciendo así resultados más recientes a la investigación.

Método

La muestra ha sido elegida de manera aleatoria y está compuesta por 203 alumnos de 6.º de primaria de varios colegios de la provincia de Castellón.

Para acceder a ella, se pidió permiso a la Generalitat Valenciana para que permitiera realizar un estudio longitudinal y administrar diversos cuestionarios en los centros educativos. Una vez conseguida la autorización de Conselleria de Educación, se informó a los centros de la investigación y sus objetivos y se facilitó una autorización a los padres y madres para pasar los cuestionarios, ya que se debía obtener un 75 % o más de firmas para poder llevarlo a cabo. De igual modo, se garantizó total confidencialidad, tanto en los datos de los centros como de los propios alumnos.

Los instrumentos de evaluación administrados han sido los siguientes:

1) *Cuestionario sociométrico de preferencias (García Bacete y cols., 2014).*

- Instrumento utilizado para conocer la relación entre iguales dentro del aula a partir de un sistema de nominaciones que consiste en que los niños elijan a los compañeros a partir de dos criterios diferentes: el positivo y el negativo. De igual modo, aparte de evaluar los criterios de los niños sobre el resto, se evalúa también la percepción subjetiva que estos tienen de lo que piensan el resto respecto de ellos mismos.
- Los resultados se miden a partir del *software* Sociomet, el cual proporciona los tipos sociométricos de las aulas (siendo estos los grupos de preferidos, rechazados, ignorados, controvertidos y promedio) y otras variables importantes como nominaciones positivas emitidas (NPE), nominaciones negativas emitidas (NNE), impresión positiva (IP), impresión negativa (IN), reciprocidad positiva (RP), reciprocidad negativa (RN), oposición de sentimientos (OS), nominaciones positivas recibidas (NPR), nominaciones negativas recibidas (NNR), percepciones positivas (PP) y percepciones negativas (PN).

2) *Cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ) (Goodman, 1997)*

- Cuestionario utilizado para estudiar problemas de comportamiento en la versión para el profesorado. El instrumento consta de 25 ítems divididos en 5 escalas de 5 ítems cada una.
- Cuatro de las cinco escalas miden conductas problemáticas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros) y la quinta escala del cuestionario entero, denominada *escala total de dificultades*, mide la conducta prosocial.
- Las respuestas a cada ítem se realizan mediante una escala del 0 a 2 (0 = no es verdad; 1 = verdad a medias y 2 = absolutamente cierto), obteniendo así, en cada escala, una puntuación comprendida entre el 0 y el 10, exceptuando la escala total de dificultades que comprende una puntuación del 0 al 40, sumándose los resultados de cuatro de las cinco escalas, ya que la última (conducta prosocial) no interviene.

3) *Cuestionario de estilos y dimensiones parentales (PSDQ, Parenting Styles and Dimensions Questionnaire, Robinson, Mandleco, Olsen y Hart, 2001)*

- La escala está compuesta por 52 ítems divididos en tres subescalas, correspondientes a los estilos parentales descritos anteriormente (democrático, autoritario y permisivo). A su vez, cada una de estas se compone de otras subescalas más específicas, de tal modo que la escala democrática se divide en afecto/implicación (por ejemplo, expreso afecto a mi hijo/a con abrazos y besos); razonamiento/inducción (por ejemplo, le explico las consecuencias de su conducta); participación democrática (por ejemplo, le animo a expresarse libremente incluso cuando está en desacuerdo conmigo) y carácter/trato relajado (por ejemplo, le explico cómo me siento cuando se porta bien y cuando se porta mal). La escala autoritaria está compuesta por hostilidad verbal (por ejemplo, regaño y critico a mi hijo para que mejore); castigo físico (por ejemplo, uso el castigo físico para educarlo/a); estrategias punitivas / no razonamiento (le castigo dejándolo/a solo/a en algún lugar sin darle explicaciones) y directividad autoritaria (por ejemplo, le digo lo que ha de hacer). Y, finalmente, la escala permisiva se divide en falta de supervisión (por ejemplo, le permito que interrumpa a otros); ig-

norar el mal comportamiento (por ejemplo, ignoro su mala conducta) y falta de autoconfianza como padre/madre (por ejemplo, doy la impresión de estar inseguro/a sobre cómo resolver su mala conducta).

Resultados

Correlaciones

Se midió si los estilos educativos de los padres tenían relación con las conductas de los niños (tabla 1) y con las nominaciones que estos recibían en clase (tabla 2). Para dicho análisis se realizaron correlaciones.

Tabla 1
Estilos educativos parentales y conductas de los niños

SDQ		SÍNTOMAS EMOCIONALES	PROBLEMAS DE CONDUCTA	PROBLEMAS CON LOS COMPAÑEROS	PROSOCIALIDAD
DEMOCRÁTICO	Correlación de Pearson	-,003	-,164	-,111	,295**
	Sig. (bilateral)	,971	,051	,186	,000
	N	143	143	143	143
AUTORITARIO	Correlación de Pearson	,063	,260**	,059	-,245**
	Sig. (bilateral)	,454	,002	,483	,003
	N	143	143	143	143
PERMISIVO	Correlación de Pearson	,001	,081	,075	-,217**
	Sig. (bilateral)	,990	,335	,374	,009

El estilo educativo democrático se relaciona negativamente con síntomas emocionales, problemas de conducta y problemas con los compañeros, mientras que correlaciona positiva y significativamente al 99 % con la prosocialidad del niño.

El estilo autoritario correlaciona con una significación del 99 % y de manera positiva con los problemas de conducta, mientras que se relaciona de manera negativa con la prosocialidad.

El estilo permisivo correlaciona de manera negativa y con una significación del 99 % con la prosocialidad, mientras que está relacionado positivamente con los síntomas emocionales, problemas de conducta y problemas con los compañeros.

Tabla 2
Estilos educativos y nominaciones recibidas en clase

		NPR/N-1 Nominaciones Positivas Recibidas	NNR/N-1 Nominaciones Negativas Recibidas
DEMOCRÁTICO	Correlación de Pearson	,044	-,015
	Sig. (bilateral)	,600	,856
	N	143	143
AUTORITARIO	Correlación de Pearson	-,109	,056
	Sig. (bilateral)	,195	,509
	N	143	143
PERMISIVO	Correlación de Pearson	,006	,012
	Sig. (bilateral)	,941	,883
	N	143	143

El estilo democrático se relaciona positivamente con las nominaciones positivas que recibe el niño o la niña en clase por sus compañeros y de manera negativa con las nominaciones negativas, mientras que el estilo autoritario correlaciona negativamente con las nominaciones positivas y viceversa.

Tablas de contingencia

Se midió si los estilos educativos de los padres tenían relación con el sexo de los niños y niñas de la muestra, utilizando el procedimiento de tablas cruzadas. Los resultados indican que no hay diferencias significativas, es decir, que los padres informan de las mismas proporciones de estilos educativos en hijos varones y hembras.

Discusión y conclusiones

Los estilos educativos están relacionados con las conductas socioafectivas de los niños, confirmando así los resultados encontrados por Eisenberg y cols. (2015).

El estilo educativo democrático se asocia significativamente con la prosocialidad del niño, al contrario que los estilos permisivo y autoritario, y este último, a su vez, se relaciona negativamente y de manera significativa con problemas de conducta, de modo que se confirman los resultados obtenidos por Pastorelli y cols. (2015). Los niños cuyos padres utilizan un estilo autoritario reciben más nominaciones negativas por parte de sus compañeros, mientras que aquellos niños educados en un estilo democrático reciben mayor número de nominaciones positivas.

Según informan los padres, el estilo empleado por estos no se ve relacionado con el género de los niños, de tal modo que se encuentran los mismos porcentajes de estilos independientemente de que el hijo sea chico o chica, es decir, los padres no son más autoritarios con las chicas o más permisivos con los chicos, etc.

A partir de estos resultados, creemos que, para fomentar la buena sociabilidad de niños y niñas y la aceptación entre iguales, es importante un adecuado estilo educativo dentro de las familias, siendo el estilo democrático, que tiene como base la promoción de la comunicación bidireccional, el que mejores resultados obtiene. Para promover este estilo democrático se sugiere la formación de buenos profesionales y el desarrollo de programas de formación de madres y padres y de cooperación entre familias y escuelas.

Referencias bibliográficas

- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, 239-276.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Denham, S., von Salisch, M., Olthof, T., Kochanoff, A. y Caverly, S. (2002). Emotional and social development in childhood. En P. K. Smith y C. H. Hart (eds.), Blackwell, *Handbook of childhood social development* (pp. 307-328). UK: Blackwell.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., y Knafo-Noam, A. (2015). Prosocial development. En M. E. Lamb y C. Garcia Coll (vol. eds.), R. M. Lerner (series ed.), *Handbook of child psychology*, vol. 3, *Social, emotional, and personality development* (7th edn, pp. 610-656). New York: Wiley.
- García Bacete, F. J., Jiménez, I., Muñoz Tinoco, V., Marande, G., Monjas, M.^a L., Sureda, I. y cols. (2014). *El rechazo entre iguales en su contexto interpersonal: Una investigación con niños y niñas de primer ciclo de primaria*. Castellón: Davalos-Fletcher.
- Goodman, R. (1997). Cuestionario de Cualidades y Dificultades: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Palacios, J. y Moreno, M. C. (1994). Contexto familiar y desarrollo social. En M. J. Rodrigo (ed.), *Contexto y Desarrollo social* (pp. 157-188). Madrid: Síntesis.
- Pastorelli, C., Lansford, J. E., Luengo Kanacri, B. P., Malone, P. S., Di Giunta, L., Bacchini, D. y cols. (2015). Positive parenting and children's prosocial behavior in eight countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. doi:10.1111/jcpp.12477
- Robinson, C. C.; Mandleco, B., Olsen, S. F. y Hart, C. H. (2001). Cuestionario de estilos y dimensiones parentales (PSDQ). En B. F. Perlmutter, J. Touliatos y G. W. Holden (eds.), *Handbook of family measurement techniques*. Vol. 2: *Instruments and Index* (pp. 97-123). Thousand Oaks, CA: Sage.

Validación preliminar del inventario de hipersexualidad en jóvenes

JESÚS CASTRO-CALVO
castroj@uji.es

RAFAEL BALLESTER-ARNAL
rballest@uji.es

MARÍA DOLORES GIL-LLARIO
dgil@uv.es

Resumen

Introducción: La hipersexualidad es un cuadro clínico que resulta de la combinación de un deseo sexual desmedido y una incapacidad patológica para su control. Se estima que podría afectar en torno al 6 % de la población, si bien la cifra varía dependiendo del instrumento empleado para su identificación. Esta varianza se debe, entre otras razones, al uso de instrumentos no validados en los contextos concretos donde se emplean. Con el objetivo de paliar esta limitación, en este trabajo se presentan los resultados psicométricos preliminares de la adaptación al castellano del inventario de hipersexualidad (de ahora en adelante, IH). **Método:** Para ello, 600 jóvenes (300 chicos y 300 chicas) de entre 18 y 27 años completaron una versión traducida y adaptada del IH junto con otros instrumentos de evaluación de compulsividad sexual. **Resultados:** A través de AFE se encontró que el IH comprendía 3 factores que explicaban el 55,5 % de la varianza del cuestionario. Esta estructura factorial se confirmó a través de AFC ($\chi^2 = 239,4$; G.L. = 145; $\chi^2/G.L. = 1,65$; RMSEA = ,03 [90%IC = ,02 - ,04]). La fiabilidad de la puntuación total y las subescalas osciló entre ,79 y ,91. Así mismo, las correlaciones con escalas afines resultaron positivas y significativas (r entre ,47 y ,71). **Conclusión:** Estos resultados justifican su empleo en la evaluación de la hipersexualidad en jóvenes españoles y su superioridad sobre otros instrumentos utilizados tradicionalmente en la evaluación clínica de esta patología.

Palabras clave: inventario de hipersexualidad, traducción, validación, jóvenes.

Abstract

Introduction: Hypersexual disorder is a clinical diagnosis characterized by an excessive sexual desire together with a pathological inability to control it. It is estimated that this clinical diagnosis could be affecting about 6 % of the total population, although this figure varies depending on the instrument employed for its diagnosis. One of the most important problems when doing an accurate estimation of its prevalence is related to the use of non-validated assessment instruments. In order to solve this limitation, the

preliminary results of the Spanish translation of the Hypersexuality Inventory (IH) are presented in this paper. **Method:** For this purpose, 600 young people (300 boys and 300 girls) between 18 and 27 years old completed a translated and adapted version of the IH together with other instruments to assess sexual compulsivity. **Results:** Through a factor analysis, we found that the IH was composed by 3 subscales that explained 55.5% of the variance. This factorial structure was then confirmed through confirmatory factor analyses ($\chi^2 = 239.4$; G.L. = 145; $\chi^2/\text{G.L.} = 1.65$; RMSEA = .03 [90%CI = .02 - .04]). Reliability for the total score and subscales ranged between .79 and .91. Moreover, correlations between the IH and related measures were positive and significant (r between .74 and .71). **Conclusion:** These results support its employment in the assessment of hypersexuality among Spanish young people and its superiority to other traditional measures to assess this clinical diagnosis.

Keywords: hipersexuality inventory, translation, validation, young people.

Introducción

La hipersexualidad —también llamada compulsividad sexual o adicción al sexo— es un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de un excesivo deseo sexual (expresado a través de intereses normofílicos) que escapa al control voluntario del paciente que la padece (Kafka, 2010; Winters, Christoff y Gorzalka, 2010). En una propuesta de criterios diagnósticos para su inclusión en el DSM-5, se propuso que un paciente con este cuadro clínico debía cumplir al menos 3 de los 4 criterios siguientes: 1) el tiempo dedicado a la actividad sexual interfiere en la atención a las responsabilidades y obligaciones; 2) el sexo se utiliza como medio para regular estados de ánimo disfóricos (ansiedad, depresión, irritabilidad, etc.) o en respuesta a eventos vitales estresantes (estrés laboral, divorcio, etc.); 3) los intentos por controlar o reducir la actividad sexual no resultan eficaces, y 4) se persiste en la actividad sexual a pesar de los problemas físicos, sociales o emocionales que para el propio paciente o las personas de su entorno supone (Kafka, 2010). Algunas investigaciones han demostrado además que en la hipersexualidad están también presentes síntomas clásicos de cualquier adicción a una sustancia tóxica como la tolerancia (la persona cada vez requiere de actividades sexuales más intensas o de mayor duración para alcanzar la satisfacción sexual del inicio) o la abstinencia (la persona padecería síntomas que en la adicción al sexo tomarían la forma de problemas emocionales —irritabilidad, abatimiento, ansiedad, etc.— tras periodos sin poder saciar su impulso sexual) (Wines, 1997).

Algunos estudios sostienen que la prevalencia de esta patología se situaría en torno al 6 % (Hagedorn, 2009), si bien las estimaciones varían dependiendo del criterio para su identificación. A partir de cuestionarios y escalas de *screening*, la prevalencia estimada se situaría entre el 3-17,4 % en hombres y el 1,2-32,2 % en mujeres (Rettenberger, Klein y Briken, 2015), rango que refleja la enorme variabilidad entre escalas a la hora de identificar este cuadro clínico. En una revisión de los principales instrumentos de medida para la evaluación de este cuadro clínico, Womack, Hook, Ramos, Davis y Penberthy (2013) advierten de algunos problemas que comprometen la fiabilidad de estas escalas. Entre ellos, los más importantes se derivan del uso de instrumentos sin validar o validados únicamente en su formato original —y no en cada una de las versiones y traducciones empleadas—.

Con el objetivo de evaluar la convergencia diagnóstica entre instrumentos de *screening*, Castro-Calvo, Ballester-Arnal y Gil-Llario (2015) realizaron un estudio en el que administraron

las tres principales escalas de evaluación de la hipersexualidad (el inventario de hipersexualidad IH, la escala SCS de compulsividad sexual y el cuestionario SAST de adicción al sexo) a un grupo de 600 jóvenes españoles (300 chicas y 300 chicos). Lo que encontraron fue que, mientras que la correlación entre escalas era alta (r entre ,529 y ,732), la convergencia diagnóstica era tan solo del 46,3 % en el mejor de los casos. Una de las principales limitaciones de este trabajo era que tan solo una de las tres escalas empleadas había sido validada previamente en el contexto español, de modo que, con el objetivo de paliar las limitaciones derivadas del uso de instrumentos que no han demostrado su utilidad clínica a través de un procedimiento de validación, se procedió a realizar una validación preliminar de otro de los cuestionarios empleados en dicho estudio: el SAST (Castro-Calvo, Ballester-Arnal, Salmerón-Sánchez y Gil-Llario, 2016). Reconociendo nuevamente la importancia de la validación de cualquier instrumento empleado en la evaluación de este cuadro clínico, en este trabajo se presentan los resultados psicométricos de la adaptación al castellano de una de las escalas de *screening* más utilizadas para la identificación de la hipersexualidad en el ámbito clínico y empírico: el inventario de hipersexualidad (Reid, Garos y Carpenter, 2011).

Método

Participantes

En este estudio participaron un total de 600 jóvenes de Castellón de la Plana (España) de entre 18 y 27 años ($x = 20,67$; $DT = 2,22$). De ellos, 300 eran mujeres (50 %) y los 300 restantes hombres. Respecto a la orientación sexual, una amplia mayoría se declaraba heterosexual (91,5 %), seguido de homosexuales (5 %) y finalmente bisexuales (3,2 %). La mayoría afirmaron ser ateos (58,7 %) o creyentes no practicantes (35,8 %). La distribución de porcentajes de participantes con y sin pareja estable fue prácticamente equivalente (51 % y 49 % respectivamente).

Para el análisis de la validez convergente del instrumento se tomó un subconjunto de la muestra formado por 200 participantes (100 hombres con una edad media de 20,83 años y 100 mujeres con una edad media de 20,50 años) a los que se les administró dos cuestionarios de evaluación complementarios.

Instrumentos

Aparte de un cuestionario *ad hoc* de datos demográficos (sexo, edad, nacionalidad, creencias religiosas, etc.), todos los participantes completaron la siguiente batería:

Inventario de hipersexualidad (IH, Reid y cols., 2011): este instrumento de 19 ítems con formato de respuesta tipo Likert (1 = nunca / 5 = muchas veces) se diseñó para evaluar los principales síntomas de hipersexualidad. En población clínica, la estructura factorial consta de tres escalas: afrontamiento, control y consecuencias. Además, el cuestionario permite la obtención de una puntuación total que oscila entre 19 y 95. Los autores de la versión original obtuvieron una fiabilidad de entre 0,89 y 0,95 para las diferentes escalas.

Cuestionario de adicción al sexo de Carnes (1983) en su versión validada en castellano (SAST, Castro-Calvo y cols., 2016): cuestionario de 25 ítems con un formato de respuesta dicotómico (sí/no) que permite la obtención de una puntuación entre 0 (sin síntomas de adicción al sexo) y 25 (cuadro clínico severo). En la versión traducida y validada al castellano, los autores hallaron una estructura factorial de 4 factores (falta de control de impulsos sexuales, síntomas de adicción al sexo, interferencia familiar y ocultación de la actividad sexual) que

explicaba el 38,38 % de la varianza del cuestionario. La fiabilidad de la escala general y las subescalas osciló entre ,51 y ,81.

Escala de compulsividad sexual de Kalichman y Rompa (1995) en su versión validada en castellano (scs, Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Llario y Salmerón-Sánchez, 2013): escala de 10 ítems con formato tipo Likert (4 opciones de respuesta que van de «nada característico de mí» a «muy característico de mí») empleada para estimar el grado de control sobre la propia conducta sexual. En una muestra equivalente a la empleada en este estudio, los autores obtuvieron una solución factorial de dos dimensiones: una dimensión de *interferencia* de la conducta sexual y otra de *control* de impulsos sexuales. La fiabilidad y estabilidad temporal fue de 0,83 y 0,72.

El subgrupo de la muestra empleado para el cálculo de la validez convergente completó una batería con dos medidas adicionales:

Escala de búsqueda de sensaciones sexuales de Kalichman y Rompa (1995): escala de 11 ítems con el mismo formato de respuesta idéntico que el scs que evalúa la tendencia a experimentar prácticas sexuales intensas y novedosas —independientemente de su riesgo—. De ahí que algunos estudios encuentren relación con ciertas prácticas sexuales de riesgo (Kalichman y Rompa, 1995).

Cuestionario de adicción al cibersexo de Delmonico (1997) en su versión validada en castellano (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Gómez-Martínez y Gil-Julià, 2010): compuesto por 25 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), este instrumento evalúa el grado en que la conducta sexual *online* es o no problemática. La suma de sus ítems permite la obtención de un índice general de adicción al cibersexo y puntuaciones en cinco escalas: 1) compulsividad sexual *online* (síntomas de consumo patológico de cibersexo), 2) cibersexo solitario (principalmente visionado de pornografía), 3) cibersexo social (uso de chats con fines sexuales), 4) gasto económico *online* (inversión económica durante la práctica del cibersexo) y 5) percepción de gravedad (en qué medida el paciente considera grave su propio comportamiento sexual *online*). Ballester y cols. (2010)

informan de una fiabilidad de ,88 para la escala general y de entre ,49 y ,81 para las subescalas. La estabilidad temporal (*r* test-retest) fue de ,82. para la escala general y de entre ,43 y ,86 para las subescalas.

Procedimiento

Tal como recomiendan los protocolos de traducción de cuestionarios, la traducción del IH del inglés al español se realizó mediante metodología grupal. Cuatro miembros del equipo de investigación realizaron traducciones independientes del instrumento que después se pusieron en común con el fin de consensuar una versión preliminar. Esta versión fue administrada a 30 jóvenes para comprobar que resultaba comprensible y no inducía a interpretaciones erróneas. Tras realizar las mejoras que sugirieron, se dispuso la versión final (anexo 1).

La traducción del IH junto con el resto de instrumentos se administraron en mesas informativas habilitadas en las puertas de entrada a las distintas facultades de la Universitat Jaume I. Los estudiantes que accedían a participar completaban el consentimiento informado y los instrumentos de evaluación de forma anónima y en lápiz y papel. A un pequeño porcentaje se les ofreció la oportunidad de colaborar en una segunda fase. Los que aceptaron, acudieron a un laboratorio donde completaron, bajo supervisión, los instrumentos empleados para el cálculo de la validez convergente. 200 estudiantes accedieron a participar en esta segunda fase.

Análisis de datos

En primer lugar, se exploró la estructura factorial del IH mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) realizado con el *software* estadístico SPSS 21.0. La extracción de factores se realizó a través del método de componentes principales y se aplicó una rotación oblicua (Oblimin). Sobre el modelo factorial resultante, se extrajeron diversos estadísticos descriptivos (rango, media, desviación típica y asimetría) y se calcularon tres índices de fiabilidad (α de Cronbach, correlación ítem-escala y correlación ítem-test). También se obtuvo la validez de la estructura factorial correlacionando (r de Pearson) la puntuación general y las subescalas del IH con medidas teóricamente relacionadas. Finalmente, se comprobó el ajuste de dos modelos factoriales a través de un análisis factorial confirmatorio (AFC) realizado con el *software* EQS 6.2. El ajuste del modelo se evaluó a través de los siguientes índices de ajuste: el chi cuadrado de Satorra-Bentler (χ^2), el chi cuadrado relativo ($\chi^2/G.L.$), la significación general del modelo (p), la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) y los índices de ajuste comparativo (CFI) e incremental (IFI). Se consideró que el ajuste del modelo era correcto cuando el χ^2 resultaba no significativo ($p > ,05$), el $\chi^2/G.L.$ se situaba entre 1 y 2, el CFI y el IFI eran $\geq ,95$ y el RMSEA $\leq ,05$ (Bagozzi y Yi, 2011). Tomando criterios laxos, valores entre 2 y 3 para el $\chi^2/G.L.$, $\geq ,90$ para el CFI y el IFI y $\leq ,08$ para el RMSEA se consideraron aceptables.

Resultados

Para comprobar la viabilidad de la aplicación de un AFE al IH, se calculó en primer lugar el índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,936$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(171) = 5033,13$; $p < 0,001$). Los resultados en ambas pruebas indicaban que el cuestionario admitía una solución factorial. A través del análisis de la matriz de correlaciones antimagen, se comprobó además la adecuación de los 19 ítems para su análisis mediante AFE (todas las correlaciones antimagen $> ,92$).

Tabla 1
Pesos factoriales, estadísticos descriptivos y coeficientes de fiabilidad para los ítems, factores y puntuación total del IH

Ítems	Pesos factoriales			Rango	$M (DT)$	Asimetría	Coeficientes de fiabilidad		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3				α	I-S r	I-T r
Factor 1 Afrontamiento	Ítem 1	,802		1-5	2,20 (1,08)	0,59	NA	,787	,668
	Ítem 3	,687		1-5	1,83 (1,11)	1,05	NA	,701	,643
	Ítem 6	,776		1-5	1,64 (0,97)	1,58	NA	,770	,685
	Ítem 8	,780		1-5	2,06 (1,14)	0,84	NA	,797	,726
	Ítem 13	,763		1-5	2,32 (1,17)	0,55	NA	,761	,647,
	Ítem 16	,759		1-5	1,60 (0,91)	1,52	NA	,778	,725
	Ítem 18	,704		1-5	1,52 (0,87)	1,89	NA	,749	,716

	Ítems	Pesos factoriales			Rango	M (DT)	Asimetría	Coeficientes de fiabilidad		
		Factor 1	Factor 2	Factor 3				α	I-S <i>r</i>	I-T <i>r</i>
Factor 2 Control	Ítem 2		,760		1-5	1,91 (1,11)	1,05	NA	,777	,646
	Ítem 4		,730		1-5	1,54 (0,91)	1,81	NA	,692	,526
	Ítem 7		,682		1-5	1,48 (0,83)	1,80	NA	,702	,567
	Ítem 11		,676		1-5	1,47 (0,87)	2,05	NA	,721	,628
	Ítem 12		,613		1-5	1,32 (0,71)	2,53	NA	,662	,574
	Ítem 17		,674		1-5	1,38 (0,77)	2,33	NA	,695	,557
Factor 3 Consecuencias	Ítem 5			,634	1-5	1,29 (0,66)	2,76	NA	,665	,601
	Ítem 9			,602	1-5	1,89 (1,09)	1,09	NA	,740	,635
	Ítem 10			,403	1-5	1,29 (0,80)	3,14	NA	,520	,383
	Ítem 14			,818	1-5	1,34 (0,72)	2,51	NA	,765	,681
	Ítem 15			,794	1-5	1,52 (0,86)	1,87	NA	,790	,689
	Ítem 19			,762	1-5	1,62 (0,96)	1,61	NA	,771	,608
	Factor 1	NA	NA	NA	7-35	13,07 (5,44)	1,13	,87	NA	,897
	Factor 2	NA	NA	NA	6-30	9,07 (3,70)	1,53	,80	NA	,830
	Factor 3	NA	NA	NA	6-30	8,93 (3,64)	1,73	,79	NA	,852
	IH-Total	NA	NA	NA	19-95	30,89 (10,89)	1,36	,91	NA	NA

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Nota: NA = no aplicable; I-S *r* = correlación ítem-escala corregida; I-T *r* = correlación ítem-test corregida.

Para evitar generar subescalas con poco peso explicativo, se limitó la extracción de factores a autovalores (*eigenvalues*) superiores a 1,5. Con este criterio, la solución factorial derivada del AFE reveló una estructura de 3 factores que explicaban el 55,5 % de la varianza del cuestionario (tabla 1). El primer factor explicaba un 40,99 % de la varianza del cuestionario. Este factor agrupó 7 ítems relacionados con el uso del sexo como regulador de estados emocionales disfóricos (por ejemplo, «Cuando me siento inquieto, recurro al sexo para calmarme») y recibió el nombre de *afrentamiento*. El segundo factor explicaba el 8,31 % de la varianza y comprendía 6 ítems relacionados con la incapacidad para controlar el comportamiento sexual (por ejemplo, «Participo en actividades sexuales sabiendo que más tarde me arrepentiré»), de modo que recibió el nombre de *control*. El tercer factor agrupó los 6 ítems restantes y permitía explicar el 6,24 % de la varianza. Los ítems en este factor hacían referencia a las consecuencias del comportamiento sexual en diferentes ámbitos (por ejemplo, «Mis actividades sexuales interfieren en algunos aspectos de mi vida»), de modo que fue bautizado como *consecuencias*.

Como se aprecia en la tabla 1, muchos de los ítems del IH presentaban una asimetría positiva moderada-alta (13 de los 19 ítems con valores de asimetría $> 1,5$), sugiriendo una tendencia a responder sobre todo con los valores más bajos del rango de respuestas (entre nunca y pocas veces). La asimetría se suaviza en las puntuaciones de los 3 factores y sobre todo en la puntuación total del cuestionario (asimetría de 1,36), con valores esperables para una escala de *screening* psicopatológico. Teniendo en cuenta que el rango de puntuaciones entre escalas

no es equivalente, la puntuación media mayor se da en el factor 1 (rango = 7-35; M = 13,07), seguido del factor 2 (rango = 6-30; M = 9,07) y el 3 (rango = 6-30; M = 8,93).

Por lo que se refiere a la fiabilidad, el alpha de Cronbach de todos los factores se situó por encima de ,79 (tabla 1). Especialmente reseñable sería la fiabilidad de la escala general ($\alpha = ,91$), que superaría holgadamente el criterio de Henson (2001) de ,80 para considerar una escala fiable. Las correlaciones ítem-escala e ítem-test fueron aceptables, con valores entre ,520-,797 y ,383-,726 respectivamente.

Tabla 2
Correlaciones (Pearson) entre el IH y otras medidas

		Inventario de hipersexualidad (IH)			
		IH-Total	Factor 1	Factor 2	Factor 3.
Escala de compulsividad sexual (SCS) (n = 600)	SCS-Total	,712***	,569***	,628***	,681***
	SCS-Control	,672***	,559***	,571***	,628***
	SCS-Interferencia	,589***	,441***	,554***	,587***
Cuestionario de adicción al sexo (SAST) (n = 600)	SAST-Total	,687***	,533***	,639***	,630***
	SAST-Falta de control	,523***	,362***	,594***	,435***
	SAST-Síntomas	,690***	,566***	,564***	,690***
	SAST-Interferencia familiar	,252***	,154***	,284***	,281***
Escala de búsqueda de sensaciones sexuales (BSS) (n = 200)	SAST-Ocultación	,309***	,271***	,280***	,243***
	BSS-Total	,473***	,420***	,334***	,410***
Cuestionario de adicción al cibersexo (ISST) (n = 200)	ISST-Total	,501***	,388***	,482***	,407***
	ISST-Compulsividad sexual online	,402***	,338***	,381***	,266***
	ISST-Cibersexo solitario	,363***	,310***	,295***	,335***
	ISST-Cibersexo social	,450***	,313***	,485***	,347***
	ISST-Gasto económico	,191**	,096	,199***	,199***
	ISST-Percepción de gravedad	,169*	,089	,195***	,137

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Para el análisis de la validez del IH, esta medida se correlacionó con otros instrumentos empleados en la medición del mismo constructo o dimensiones afines (tabla 2). Así, se encontró que las correlaciones entre las escalas y subescalas del IH y de los cuestionarios SCS y SAST fueron en todos los casos positivas, altas y significativas a nivel $p < ,001$. De las escalas del IH, la que se

relacionó con mayor intensidad con los otros dos cuestionarios de *screening* fue la puntuación total (correlaciones entre ,252-,690 con el SAST y de entre ,589-,712 con el SCS). Las correlaciones entre el IH y el ISST —en particular con la puntuación total— fueron también altas y significativas excepto para las subescalas de gasto económico y de percepción de gravedad, donde la correlación fue significativa pero de magnitud menor. Así mismo, la escala BSS correlacionó de forma significativa con la puntuación total y las 3 subescalas del IH (r entre ,334 y ,473).

Para contrastar empíricamente la estructura factorial del IH, se realizó un AFC por medio del programa de ecuaciones estructurales EQS 6.2 y aplicando el método de ML Robusto (método que permite obtener estadísticos que corrigen el efecto de violación del principio de normalidad). A través de esta metodología se contrastaron dos modelos: el primero (M1) replicaba la estructura factorial obtenida durante el AFE (tres factores de primer orden correlacionados) mientras que el segundo (M2) proponía que los tres factores de primer orden se agrupaban bajo uno de segundo orden que explicaba la varianza compartida. En la tabla 3 figuran los índices de bondad de ajuste de ambos modelos.

Tabla 3
Índices de bondad de ajuste para los modelos confirmatorios 1 y 2

	χ^2	G.L.	p	$\chi^2/G.L.$	RMSEA	CFI	IFI
M1	331,82	149	<,001	2,22	,045	,91	,91
M2	239,46	145	<,001	1,65	,03	,71	,73

Nota: χ^2 = χ^2 de Satorra-Bentler; $\chi^2/G.L.$ = χ^2 relativo; GFI = estadístico de bondad de ajuste; AGFI = estadístico de bondad de ajuste corregido; RMSEA = raíz cuadrada media del error de aproximación; CFI = índice de ajuste comparativo; IFI = índice de ajuste incremental.

Como se desprende de la tabla 3, el modelo cuyos índices de ajuste resultan más satisfactorios es el segundo (M2). En este modelo, el valor de significación del χ^2 de Satorra-Bentler (χ^2 corregido para muestras que no siguen el supuesto de normalidad) no superaría el criterio de ,05 para considerarlo satisfactorio. Sin embargo, se ha demostrado que este estadístico se encuentra altamente condicionado por el tamaño muestral, que en nuestro caso supera en mucho el mínimo exigido para estos análisis. Si prestamos atención a otros índices menos sensibles al tamaño muestral, el valor del χ^2 relativo ($\chi^2/G.L.$) para el modelo 2 (M2) es de 1,65, considerándose un ajuste aceptable valores por debajo del 2 (Bagozzi y Yi, 2011). Otro estadístico que da buena cuenta del ajuste de M2 es el RMSE, que se sitúa por debajo del valor de 0,05 que exigen los criterios más estrictos para considerar un modelo parsimonioso. En contraposición, los estadísticos CFI e IFI muestran un mejor ajuste para el M1 que para el M2, si bien estos se consideran secundarios a los ya comentados.

Discusión y conclusiones

En este trabajo se presentan los resultados de la adaptación y validación al castellano de uno de los principales instrumentos empleados para el diagnóstico de la hipersexualidad:

el inventario de hipersexualidad. Además, este trabajo se ha realizado con jóvenes de entre 18 y 27 años, reconociendo así la importancia de este periodo en la manifestación de los primeros síntomas de hipersexualidad y la aparición de las primeras consecuencias negativas asociadas (Reid, Garos y Fong, 2012). En este sentido, el IH no solo se dibuja como un instrumento eficaz para la evaluación de este cuadro clínico en jóvenes, sino que además resulta superior a otros empleados con tanta o más frecuencia con fines clínicos y empíricos.

Con respecto a la estructura factorial del cuestionario, se ha demostrado que los 19 ítems del IH se dividen en 3 escalas que se agrupan a su vez bajo un único factor de segundo orden al que hemos llamado *hipersexualidad*. Este factor de orden superior sería el equivalente a la descripción diagnóstica general del cuadro clínico de hipersexualidad, mientras que las 3 subescalas representan los principales grupos de síntomas de esta patología. De estas tres escalas, la que ha mostrado mayor peso en el cuestionario es la de *afrentamiento*, donde se agrupan ítems cuyo contenido explora el uso del sexo como regulador emocional. Si bien es cierto que muchos de estos pacientes se caracterizan por emplear el sexo como válvula de escape ante estados de ánimo disfóricos (ansiedad, depresión, ira, etc.) (Reid, Carpenter y cols., 2012), el peso de estos síntomas suele ser menor al de otros como por ejemplo los problemas en el control de impulsos sexuales. Así sería por ejemplo en la validación en castellano del cuestionario de adicción al sexo, donde los autores encontraron un mayor peso de los síntomas de control de impulsos sobre los de regulación emocional (Castro-calvo y cols., 2016). El siguiente factor en importancia sería ahora sí el de *control*, que comprendía los ítems que hacen referencia a la capacidad para manejar de forma voluntaria la conducta sexual. Este factor permitiría, por tanto, discriminar entre aquellos que simplemente muestran un deseo sexual un tanto más elevado y los que realmente padecen de una adicción sexual (que combinarían un deseo sexual desmedido y una incapacidad patológica para su control) (Walters, Knight y Långström, 2011). Finalmente, el factor *consecuencias* explora la interferencia generada por el cuadro clínico en diferentes ámbitos (sobre todo a nivel personal) y que representa un criterio básico en el diagnóstico de cualquier patología mental.

Un aspecto que refuerza la validez de la estructura factorial obtenida es que la distribución de ítems por cada una de las tres escalas coincide exactamente con la obtenida por los autores de la versión original del cuestionario (Reid y cols., 2011). Estos investigadores validaron esta escala en población clínica, de modo que la obtención de una estructura factorial equivalente en población general no solo supone una prueba a favor de la concepción dimensional —y no categórica— de esta problemática (Walters y cols., 2011), sino que, además, apoya su empleo en otros contextos socioculturales más allá de aquellos para los que el cuestionario fue diseñado. Finalmente, tanto la fiabilidad del IH —en particular la de la escala total ($\alpha = ,91$)— como su validez en la evaluación clínica de la hipersexualidad quedan sobradamente demostrados en este trabajo.

Referencias bibliográficas

- Bagozzi, R. P. y Yi, Y. (2011). Specification, evaluation, and interpretation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40, 8-34.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Gómez-Martínez, S. y Gil-Julià, B. (2010). Psychometric properties of an instrument for assessing cyber-sex addiction. *Psicothema*, 22, 1048-1053.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Llario, M. D. y Salmerón-Sánchez, P. (2013). Sexual compulsivity scale: adaptation and validation in the spanish population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39, 526-540.

- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M. D. (2015). Compulsividad Sexual: Convergencia y prevalencia entre medidas. *Agora de Salut*, 2, 205-213.
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., Salmerón-Sánchez, P. y Gil-Llario, M. D. (2016). Traducción y validación preliminar del cuestionario de adicción al sexo en jóvenes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 319-328.
- Hagedorn, W. B. (2009). Sexual addiction counseling Competencies: Empirically-based tools for preparing clinicians to recognize, assess, and treat sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16, 190-209.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- Kalichman, S. C., y Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and Sexual Compulsivity Scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65, 586-601.
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Hook, J. N., Garos, S., Manning, J. C., Gilliland, R. y cols. (2012). Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 2868-2877.
- Reid, R. C., Garos, S. y Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18, 30-51.
- Reid, R. C., Garos, S. y Fong, T. (2012). Psychometric development of the hypersexual behavior consequences scale. *Journal of Behavioral Addictions*, 1, 115-122.
- Rettenberger, M., Klein, V. y Briken, P. (2015). The relationship between hypersexual behavior, sexual excitation, sexual inhibition, and personality traits. *Archives of Sexual Behavior, First Publ*, 1-15.
- Wines, D. (1997). Exploring the applicability of criteria for substance dependence to sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 4, 195-220.
- Winters, J., Christoff, K. y Gorzalka, B. B. (2010). Dysregulated sexuality and high sexual desire: distinct constructs? *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1029-1043.
- Womack, S., Hook, J., Ramos, M., Davis, D. E. y Penberthy, J. K. (2013). Measuring hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 65-78.

Anexo 1
Inventario de hipersexualidad (traducido y adaptado por Salusex-Unisexsida)

A la hora de completar este cuestionario, recuerda que entendemos como *sexo*, cualquier actividad o conducta que estimula o excita a una persona con la intención de producir un orgasmo o placer sexual (por ejemplo, masturbación o sexo en solitario, uso de pornografía, relaciones sexuales con una pareja, sexo oral, sexo anal, etc.). Las conductas sexuales pueden o no implicar a una pareja.

Ítem	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
1. Uso el sexo para olvidarme de las preocupaciones cotidianas.	1	2	3	4	5
2. Aunque me prometo no repetir ciertas conductas sexuales, las hago nuevamente.	1	2	3	4	5
3. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a sentirme menos solo/a.	1	2	3	4	5
4. Participo en actividades sexuales sabiendo que luego me arrepentiré.	1	2	3	4	5
5. Sacrifico cosas que realmente quiero en mi vida por el sexo.	1	2	3	4	5
6. Recorro al sexo cuando experimento sentimientos desagradables.	1	2	3	4	5
7. Fracaso en mis intentos por cambiar mi conducta sexual.	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento inquieto, recorro al sexo para calmarme.	1	2	3	4	5
9. Mis pensamientos y fantasías sexuales me distraen de cumplir tareas.	1	2	3	4	5
10. Practico actividades sexuales que están en contra de mis valores y creencias.	1	2	3	4	5
11. Aunque mi conducta sexual sea irresponsable, tengo dificultades para detenerla.	1	2	3	4	5
12. Siento que mi conducta sexual me lleva en una dirección a la que no quiero ir.	1	2	3	4	5
13. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a manejar mi estrés.	1	2	3	4	5
14. Mi conducta sexual controla mi vida.	1	2	3	4	5
15. Siento que mis ansias y deseos sexuales son más fuertes que mi autodisciplina.	1	2	3	4	5

Ítem	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
16. El sexo es para mí una forma de manejar el malestar emocional que siento.	1	2	3	4	5
17. Sexualmente, me comporto de formas que creo que están mal.	1	2	3	4	5
18. Uso el sexo como una forma de ayudarme a afrontar mis problemas.	1	2	3	4	5
19. Mis actividades sexuales interfieren en algunos aspectos de mi vida.	1	2	3	4	5

Ocurrencia, grado de afectación y controlabilidad de los eventos vitales en el desarrollo de la psicopatología: ¿impacto ambiental o consecuencia de una personalidad vulnerable?

ANDREA CUEVAS CARDA
al260587@uji.es

M.^a AMPARO PÉREZ BARBERÁ
al189629@uji.es

LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN
lmezquit@uji.es

Resumen

Introducción: La personalidad y los eventos vitales influyen en el desarrollo de psicopatología. No obstante, es posible que la afectación y ocurrencia de los eventos vitales no sea casual, sino que esté influenciada por la personalidad. Por ejemplo, el neuroticismo se ha asociado con la psicopatología internalizante y con informar de un mayor número y afectación de los eventos vitales. La impulsividad se ha asociado con los síntomas externalizantes y con sufrir más eventos controlables. El presente estudio evalúa en qué medida los eventos vitales influyen en el desarrollo de la psicopatología, una vez se controla el efecto de la personalidad. **Método:** En el 2004, 336 jóvenes (edad media = 21,68, DT = 3,85; 61,3 % mujeres) completaron el cuestionario de personalidad NEO-FFI. Cinco años más tarde rellenaron la escala de eventos vitales ISV y varios cuestionarios sobre síntomas internalizantes y externalizantes. Para alcanzar el objetivo, se realizaron análisis de regresión por pasos. **Resultados:** El neuroticismo, la responsabilidad, el número de eventos negativos y la afectación predijeron la sintomatología internalizante; mientras que la baja amabilidad, el neuroticismo, los eventos negativos y controlables y la afectación predijeron la sintomatología externalizante. Todos los efectos se mantuvieron significativos cuando se controló la personalidad, a excepción de los eventos controlables. **Discusión:** Los resultados indican que, por lo general, el efecto de los eventos vitales en la psicopatología no se produce únicamente por la influencia de la personalidad, sino que estos tendrían un impacto directo en el desarrollo de la psicopatología.

Palabras clave: personalidad, eventos vitales, psicopatología internalizante y externalizante.

Abstract

Introduction: Personality and life events influence the development of psychopathology. However, the involvement and occurrence of life events may not be accidental, but

influenced by personality. For example, neuroticism has been associated with both internalising psychopathology (e.g., depression) and reporting more involvement of life events. Impulsivity has been associated with externalising symptoms (e.g., drug consumption) and with experiencing more controllable events (e.g., imprisonment). This study assesses to what extent life events influence the development of psychopathology once the effect of personality is controlled for. **Method:** In 2004, 336 young people (mean age = 21.68, SD = 3.85; women 61.3%) completed the NEO FFI personality questionnaire. Five years later, they filled in the scale of life events ISV and various questionnaires about internalising and externalising symptoms. To achieve the objective, stepwise regression analyses were performed. **Results:** Neuroticism, conscientiousness, number of negative events and involvement predicted the internalising symptoms, while low agreeableness, neuroticism, negative and controllable life events and involvement predicted the externalising symptoms. All the effects of life events on psychopathology remained significant when personality was controlled for, except for controllable life events. **Discussion:** The results indicate that the effect of life events on psychopathology is not produced only by the influence of personality, but these have a direct impact on the development of psychopathology.

Keywords: personality, life events, internalising and externalising psychopathology.

Introducción

Eventos vitales: concepto y tipologías

Cuando se habla de eventos vitales negativos, es importante diferenciar entre eventos incontrolables y controlables. Los eventos vitales incontrolables son eventos cuya ocurrencia no depende del comportamiento de las personas (por ejemplo, la muerte de un ser querido), mientras que los eventos vitales controlables son potencialmente dependientes del comportamiento del propio sujeto (por ejemplo, despido laboral).

Por lo tanto, aunque durante bastante tiempo se pensó que la presencia de eventos vitales negativos a lo largo de la vida ocurría de forma totalmente aleatoria, esta creencia es errónea: no todos los eventos vitales ocurren de forma azarosa. (Saudino, Pedersen, Lichtenstein, McClearn y Plomin, 1997). De hecho, el número de eventos vitales reportados por una persona en distintos periodos de su vida presentan una relación significativa.

Esta idea recibe apoyo de los estudios de genética cuantitativa, los cuales muestran que en la ocurrencia de los eventos vitales incontrolables afectarían principalmente los factores ambientales, mientras que en el caso de la ocurrencia de los eventos vitales controlables o personales serían los factores genéticos los que explicarían gran parte del fenotipo (Kendler y Greenspan, 2006; Kendler y Neale, 1993; McGue y Bouchard, 1991; Plomin y Lichtenstein, 1990).

Cuando se intentan analizar las causas de la ocurrencia de los eventos vitales desde un punto de vista genético-epidemiológico se encuentra que los eventos vitales que se dan a lo largo de la vida muestran una correlación significativa entre pares de gemelos y esta correlación es significativamente mayor en gemelos monozigóticos que en dizigóticos (Plomin, DeFries y Loehlin, 1997). Por tanto, resulta posible que determinados factores psicológicos, como la per-

sonalidad, que están influenciados a su vez por factores genéticos, afectan a la posibilidad de experimentar eventos vitales negativos en mayor medida (Kendler y Greenspan, 2006).

Además, el número de eventos vitales se puede predecir a partir de otras características personales que se han asociado a su vez con la personalidad, como el apoyo social (Kendler, 1997; Kessler, Kendler, Heath, Neale y Eaves, 1992; Lin, Dean y Ensel, 2013), el consumo de drogas (Sümer, 2003; Tsuang, Boor y Fleming, 1985) o el nivel socio-económico (Kessler, 1979).

Entender la ocurrencia de los eventos vitales en sí mismos tiene especial relevancia ya que ese estrés ambiental suele manifestarse en forma de alteraciones psicopatológicas. Las aproximaciones genéticas pueden proporcionar información valiosa sobre la naturaleza de estas relaciones entre los sujetos y sus ambientes.

Personalidad y eventos vitales

Claramente, los factores genéticos no actúan directamente sobre ambientes específicos. La influencia genética en los eventos vitales se explica porque el medio no es independiente del individuo. Cada persona juega un rol activo en la creación de sus propios ambientes. Por tanto, estas influencias genéticas en los eventos vitales se dan, posiblemente, a través de la personalidad. De hecho, la influencia genética en los rasgos de personalidad es un hecho demostrado, del mismo modo que lo es la influencia de la personalidad en ciertos tipos de eventos vitales (Eaves, Eysenck y Martin, 1989). De aquí se deriva que los rasgos de personalidad afectan a cómo las personas se relacionan con sus ambientes y, como resultado, contribuyen a los eventos que se experimentan a lo largo de la vida. Además, numerosos estudios han encontrado que existe una relación bidireccional entre las situaciones y los individuos y que los individuos tienden a elegir situaciones o actividades que reflejan su propia personalidad (Diener, Larsen y Emmons, 1984).

Varios autores han investigado específicamente la relación entre rasgos concretos de personalidad y los eventos vitales. Mientras que el neuroticismo predice significativamente la presencia de eventos vitales negativos y la calidad de las relaciones interpersonales (Kendler y Greenspan, 2006); la extraversión, por el contrario, predispone a la ocurrencia de eventos vitales positivos (Magnus, Diener, Fujita y Pavot, 1993). Por lo que respecta a la apertura a la experiencia (O), esta dimensión de personalidad se asociaría tanto con los eventos vitales negativos como con los positivos (Headey y Wearing, 1989; Saudino y cols., 1997).

Otros autores, en cambio, encontraron que los acontecimientos vitales negativos poco controlables predecían mayores niveles de neuroticismo, mientras que estos eran, a su vez, predichos por la alta apertura a la experiencia y la baja amabilidad. No obstante, las relaciones son poco robustas y son los mismos autores los que concluyen que la ocurrencia de este tipo de eventos depende mucho más de factores ajenos a la persona que de la propia personalidad (Kandler, Bleidorn, Riemann, Angleitner y Spinath, 2012). Por otra parte, niveles altos de neuroticismo y de apertura a la experiencia, unidos a niveles bajos de amabilidad, aumentan la posibilidad de experimentar eventos vitales controlables (Kandler y cols., 2012). Moya y cols. (2015) también encontraron que los eventos controlables estaban predichos por niveles altos de extraversión y niveles bajos de amabilidad y responsabilidad, apoyando así la diferenciación entre ambas tipologías.

Por lo que respecta a la afectación percibida, aquellas personas con niveles elevados de neuroticismo y psicoticismo tenderían a percibir los acontecimientos vitales como más estresantes (Afshar y cols., 2015; Kardum y Krapić, 2001), mientras que la alta extraversión actuaría como un protector ante el estrés derivado de los eventos vitales y se relacionaría con un

mayor número de eventos vitales positivos experimentados, menor grado de impacto y mayor bienestar subjetivo (Graziano, Feldesman y Rahe, 1985).

Psicopatología y eventos vitales

La presencia de estos eventos vitales negativos o estresantes contribuye al desarrollo y al inicio de sintomatología psicopatológica. Esta sintomatología se puede dividir en sintomatología internalizante (ansiedad, problemas afectivos, miedos y fobias) y sintomatología externalizante (conductas disruptivas y consumo de sustancias entre otros) (Krueger y Markon, 2006).

Estudios previos han encontrado que los eventos vitales negativos, tanto controlables como incontrolables, se relacionan con sintomatología de tipo internalizante y externalizante (Flouri y Kallis, 2011; Lyons, Huebner, Hills y Van Horn, 2013).

Personalidad y psicopatología: el papel de los eventos vitales

La relación entre las distintas dimensiones de personalidad y ambos tipos de sintomatología psicopatológica muestra un cierto grado de especificidad a través de distintos estudios llevados a cabo. De este modo, los trastornos relacionados con depresión o ansiedad se relacionarían más con niveles elevados de neuroticismo, mientras que el abuso de sustancias se relacionaría con desinhibición y baja amabilidad (Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010). Siguiendo esta misma línea, otros metanálisis han encontrado que el alto afecto negativo, la irresponsabilidad, la desinhibición y la baja amabilidad se relacionan con síntomas y trastornos de tipo externalizante (Maclaren, Fugelsang, Harrigan y Dixon, 2011; Malouff, Thorsteinsson, Rooke y Schutte, 2007). Por lo tanto, la sintomatología de tipo internalizante se asocia con neuroticismo, mientras que la sintomatología externalizante se asocia con baja amabilidad y baja responsabilidad (Mezquita y cols., 2015).

En vista de estos estudios previos, la personalidad y los eventos vitales negativos interactúan entre sí y esto facilita la predicción de sintomatología psicopatológica. La personalidad se asociaría con la probabilidad de experimentar eventos vitales en mayor o menor medida, a la vez que estos eventos vitales podrían influir en cambios en la personalidad, originando así transacciones persona-ambiente relacionadas con el tipo de psicopatología expresada.

Siguiendo esta línea, varios autores han encontrado que la responsabilidad y el neuroticismo moderan el afrontamiento de los eventos vitales negativos e incontrolables. No obstante, el neuroticismo, a su vez, amplifica los efectos de estos eventos en relación a la psicopatología desarrollada (van Zuiden y cols., 2011; Widiger y Smith, 2008). Por otra parte, niveles elevados de neuroticismo se relacionan con una mayor percepción y número de eventos vitales negativos y, por tanto, con mayores niveles de estrés, mayor afecto negativo y mayor riesgo de experimentar psicopatología de tipo internalizante (Mandelli y cols., 2015). Por otra parte, aquellos con niveles elevados de extraversión tienden a experimentar más cantidad de EV debido a la búsqueda de novedad y de emociones intensas, aumentando a su vez la probabilidad de experimentar sintomatología externalizante (Viruela, Camacho, Mezquita y Moya, 2009). El objetivo del presente trabajo fue evaluar en qué medida los eventos vitales influyen en el desarrollo de la psicopatología internalizante y externalizante, una vez se controla el efecto de la personalidad.

Las hipótesis planteadas fueron: 1) niveles elevados de neuroticismo se asociarán con mayor sintomatología internalizante, mientras que niveles elevados de impulsividad se relacio-

narán con sintomatología externalizante; 2) la ocurrencia de eventos vitales predecirá la aparición de psicopatología; 3) la controlabilidad de los eventos vitales predecirá la aparición de psicopatología (relación dependiente de personalidad), mientras que la incontrolabilidad de los eventos vitales predecirá la aparición de psicopatología (relación independiente de personalidad) y 4) la personalidad influiría en la afectación percibida y esta, a su vez, en el desarrollo de psicopatología.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 336 adultos jóvenes (61,3 % eran mujeres), con una media de edad de 21,68 años (SD = 3,85). El rango de edad de la muestra va de los 18 a los 50 años.

Procedimiento

Durante el año 2004 los participantes completaron el cuestionario de personalidad NEO-FFI. Cinco años más tarde cumplimentaron la escala de eventos vitales ISV y varios cuestionarios sobre síntomas internalizantes (BDI, PSWQ, ACQ y FQ) y externalizantes (APD, LSRP, CPQ, AUDIT y SOGS). Todos los instrumentos se administraron de forma presencial con una remuneración de 20 euros en el 2004 y de 30 euros en el 2009. Los participantes fueron informados del proyecto, de la confidencialidad con la que se tratarían sus datos y de la posibilidad de abandonar la investigación en el momento que quisiesen.

Instrumentos

Personalidad:

- El NEO-FFI (Costa y McCrae, 1992) es un cuestionario que contiene 60 ítems, que, a través de una escala Likert de 5 puntos (0 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo) evalúa las cinco dimensiones de personalidad basadas en los cinco grandes: neuroticismo (N), extraversión (E), apertura a la experiencia (O), amabilidad (A) y responsabilidad (C).

Eventos vitales:

- El inventario de eventos vitales (ISV, construido por el grupo de investigación IDAP en el 2009) consta de 70 eventos vitales estresantes de distinta naturaleza. En el presente estudio se tuvieron en cuenta solo aquellos que se habían experimentado en el último año, así como el grado de afectación asociado a cada evento vital (-4 = extremadamente negativo a +4 = extremadamente positivo). Los ítems de este cuestionario se sometieron al juicio de expertos para determinar la controlabilidad o incontrolabilidad de los distintos sucesos vitales.

Sintomatología internalizante:

- El inventario de preocupación de Pensilvania (PSQW; Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002) es un autoinforme de 16 ítems que evalúa la tendencia general a preocuparse mediante una escala Likert de 5 puntos (0 = nada y 4 = mucho).
- El inventario de depresión de Beck-II (BDI-II; Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005) consta de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Permite evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva.
- La escala de fobia social SP es una escala de 5 ítems perteneciente al cuestionario de miedos (FQ; Marks y Mathews, 1979) que permite evaluar la evitación a determinadas situaciones sociales a partir de una escala. Las respuestas se dan en un rango que va de 0 (no lo evitaría) a 8 (siempre lo evito).
- El cuestionario de cogniciones agorafóbicas (ACQ; Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984) evalúa la frecuencia y el tipo de pensamientos asociados a los ataques de pánico y agorafobia, así como las consecuencias negativas de la ansiedad a través de 15 ítems de tipo Likert (1 = nunca y 5 = siempre).

Sintomatología externalizante:

- El cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT; Babor y Higgins-Biddle, 2001) es un autoinforme de 10 ítems que, a través de una escala tipo Likert, evalúa el consumo de alcohol, las conductas de dependencia y los problemas derivados del consumo durante el último año.
- El cuestionario de problemas asociados al consumo de cannabis (CPQ; Copeland, Gilmour, Gates y Swift, 2005) mide los problemas asociados al consumo de cannabis. Consta de 27 ítems de respuesta dicotómica sí/no, en los que los participantes responden acerca de sus experiencias derivadas del consumo del cannabis en los últimos tres meses.
- La escala de psicopatía de Levenson (LSRP; Lynam, Whiteside y Jones, 1999) consta de 26 ítems de tipo Likert con 4 puntos (1 = muy en desacuerdo y 4 = muy de acuerdo). Esta escala evalúa diferentes síntomas asociados a la psicopatía como orientación manipulativa, egoísmo e insensibilidad.
- El cuestionario de juego de South Oaks (SOGS; Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Pérez, 1994) es un cuestionario de 20 ítems de tipo dicotómico que permite evaluar la dependencia al juego a través de preguntas acerca de las conductas de juego, las fuentes de obtención de dinero y las emociones implicadas.
- Para evaluar los síntomas del trastorno antisocial de la personalidad se utilizó una escala de 7 ítems verdadero/falso del examen internacional de trastornos de la personalidad (IPDE, López-Ibor, Pérez-Urdániz y Rubio, 1996).

Análisis

Mediante el uso del *software* SPSS versión 23, se realizaron análisis descriptivos de la muestra total, para hombres y para mujeres; posteriormente, se calcularon las diferencias de

sexo mediante una prueba *t* y también el tamaño del efecto de estas diferencias a través de la *d* de Cohen (1992), mediante la calculadora *online* del tamaño del efecto (Becker, 1999).

Mediante este mismo *software* se realizó un análisis factorial con los distintos instrumentos de sintomatología internalizante y externalizante para obtener un factor de internalización y otro de externalización. Los factores resultantes se guardaron en la base de datos para su posterior análisis.

Posteriormente, se obtuvieron las correlaciones entre las distintas variables y se realizaron análisis de regresión lineal simple por pasos, siendo las variables dependientes la sintomatología internalizante y externalizante. Tras controlar el efecto de la edad y el género, se introdujeron las variables predictoras. En el segundo paso se introdujo el número de eventos vitales positivos, negativos y totales del último año, los eventos vitales controlables e incontrolables y la afectación. Finalmente, en el último paso se introdujeron las dimensiones de personalidad.

Resultados

Análisis descriptivos

Los análisis descriptivos aparecen en la tabla 1. Las mujeres puntuaron significativamente más alto en neuroticismo y en amabilidad que los hombres; mientras que los hombres mostraron niveles más elevados de sintomatología externalizante.

Tabla 1
Análisis descriptivos de la muestra total y diferenciando por sexo

	Muestra total (N = 336) M (SD)	Hombres (N = 129) M (SD)	Mujeres (N = 204) M (SD)	<i>t</i>	<i>d</i>
Personalidad					
N	19,45 (7,72)	16,67 (7,27)	21,21 (7,49)	-5,44***	0,61
E	31,10 (6,40)	30,92 (6,18)	31,22 (6,54)	-0,41	0,05
O	29,05 (6,13)	28,63 (6,48)	29,31 (5,90)	-0,99	0,11
A	33,06 (6,07)	31,12 (6,52)	34,29 (5,44)	-4,81***	0,53
C	29,26 (7,35)	28,50 (7,38)	29,74 (7,30)	-1,50	0,17
EV incontrolables	1,00 (1,02)	0,93 (0,98)	1,03 (1,05)	-0,86	0,10
EV controlables	3,00 (2,35)	2,97 (2,04)	3,00 (2,50)	-0,14	0,02
EV total	4,55 (2,94)	4,43 (2,66)	4,60 (3,10)	-0,50	0,06
EV positivos	2,07 (1,78)	2,05 (1,71)	2,07 (1,84)	-0,11	0,01
EV negativos	2,26 (2,10)	2,14 (2,06)	2,33 (2,14)	-0,80	0,09
Afectación positiva	5,99 (5,69)	5,95 (5,75)	6,03 (5,70)	-0,13	0,01

	Muestra total (N = 336) M (SD)	Hombres (N = 129) M (SD)	Mujeres (N = 204) M (SD)	<i>t</i>	<i>d</i>
Afectación negativa	5,15 (5,46)	4,72 (4,87)	5,42 (5,81)	-1,14	0,13
Factor internalizante	-0,00 (0,89)	-0,11 (0,86)	0,06 (0,90)	-1,83	0,21
Factor externalizante	0,00 (0,81)	0,35 (0,94)	-0,22 (0,63)	6,56***	0,71

Nota. Los valores de la *d* de Cohen 0,20, 0,50 y 0,80 corresponden a efectos pequeños, medianos y grandes respectivamente (Cohen, 1992). **p* < 0,05. ***p* < 0,01. ****p* < 0,001.

Análisis de regresión

Los análisis de regresión mostraron que el neuroticismo, la responsabilidad, el número de eventos negativos y la afectación predijeron la sintomatología internalizante; mientras que la baja amabilidad, el neuroticismo, los eventos negativos, el número total de EV, EV controlables y la afectación predijeron la sintomatología externalizante. Todos los efectos de los eventos vitales sobre la psicopatología se mantuvieron significativos cuando se controló la personalidad, a excepción de los eventos vitales controlables (véase la tabla 2).

Tabla 2
Análisis de regresión

	Variables dependientes				Variables independientes	Variables dependientes				
	Factor internalizante		Factor externalizante			Factor internalizante		Factor externalizante		
Variables independientes	β	ΔR^2	β	ΔR^2		β	ΔR^2	β	ΔR^2	
1	Género	0,10	0,02**	-0,34***	0,12***	Género	0,10	0,02**	-0,34***	0,12***
	Edad	-0,14*		-0,08		Edad	-0,14*		-0,08	
2	Género	0,09	0,07***	-0,35***	0,14***	Género	0,09	0,03**	-0,35***	0,13***
	Edad	-,14**		-0,08		Edad	-0,13*		-0,07	
	EV negativo	0,22***		0,16**		EV total	0,10		0,14**	
	EV positivo	-0,10		0,02						
3	Género	-0,04	0,31***	-0,33***	0,22***	Género	-0,03	0,30***	-0,33***	0,22***
	Edad	-0,15**		-0,04		Edad	-0,13**		-0,04	
	EV negativo	0,16**		0,12*		EV total	0,08		0,11*	
	EV positivo	-0,06		0,04						
	N	0,49***		0,16*		N	0,50***		0,16**	
E	-0,02		0,09		E	-0,03		0,08		
O	-0,02		-0,01		O	-0,03		-0,01		
A	-0,10		-0,22***		A	-0,10		-0,22***		
C	0,12*		-0,09		C	0,12*		-0,09		

	Variables dependientes				Variables independientes	Variables dependientes				
	Factor internalizante		Factor externalizante			Factor internalizante		Factor externalizante		
	β	ΔR^2	β	ΔR^2		β	ΔR^2	β	ΔR^2	
1	Género	0,10	0,02***	-0,34***	0,12***	Género	0,10	0,02**	-0,34***	0,12***
	Edad	-0,14*		-0,08		Edad	-0,14*		-0,08	
2	Género	0,08	0,10***	-0,35***	0,14***	Género	0,09	0,03*	-0,35***	0,13***
	Edad	-,14**		-0,08		Edad	-0,13*		-0,08	
	Afectación negativa	0,28***		0,16**		Incontrolable	0,03		0,06	
	Afectación positiva	-0,10		-0,01		Controlable	0,10		0,13**	
3	Género	-0,04	0,35***	-0,33***	0,22***	Género	-0,03	0,30***	-0,33***	0,22***
	Edad	-0,15**		-0,05		Edad	-0,13**		-0,04	
	Afectación negativa	0,21***		0,12*		Incontrolable	0,03		0,06	
	Afectación positiva	-0,06		0,01		Controlable	0,06		0,09	
	N	0,49***		0,16*		N	0,50***		0,15*	
	E	-0,02		0,09		E	-0,03		0,08	
	O	-0,02		0,01		O	-0,03		-0,01	
	A	-0,09		-0,22***		A	-0,10		-0,22***	
C	0,12*		-0,09		C	0,11*		-0,09		

Nota. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Discusión

El presente estudio tenía como objetivo principal evaluar en qué medida los eventos vitales influyen en el desarrollo de la psicopatología internalizante y externalizante, una vez se controla el efecto de la personalidad.

En lo relativo a la relación de personalidad con patología, en este estudio se ha encontrado que, de forma consistente con estudios previos, niveles elevados de neuroticismo se relacionan con mayor sintomatología internalizante, posiblemente porque el neuroticismo se asocia a mayores niveles de estrés y de afecto negativo. Mientras que características de impulsividad y deshinción, baja amabilidad en este caso, se asocian con sintomatología externalizante (Kotov y cols., 2010; Mezquita y cols., 2015).

Por lo que respecta a los eventos vitales, su ocurrencia predice la aparición de psicopatología. Si bien los eventos vitales negativos se relacionan con sintomatología tanto internalizante como externalizante (Flouri y Kallis, 2011; Krueger y Markon, 2006), los eventos vitales totales experimentados en el último año solo se asocian con sintomatología de tipo externalizante. Esto podría deberse a que, al referirse al número total de eventos vitales, se incluyen tanto aquellos que generan distrés, estrés negativo, como aquellos que generan eutres, estrés positivo. Además, tampoco se tiene en cuenta la gravedad del evento vital experimentado.

Los eventos vitales de tipo controlable también predicen la aparición de sintomatología psicopatológica pero, en este caso, la relación es dependiente de la personalidad, ya que el efecto de los eventos vitales controlables sobre la sintomatología externalizante no permanece significativo cuando se controla la personalidad (Kandler y cols., 2012), apoyando la hipó-

tesis de que la ocurrencia de eventos vitales controlables depende potencialmente del comportamiento y la personalidad del sujeto (Kendler y Greenspan, 2006). Por otra parte, totalmente en contra de lo esperado, no se encuentra ninguna relación significativa entre los eventos vitales incontrolables y la psicopatología, posiblemente porque la afectación derivada del evento vital y la interpretación del mismo como positivo o negativo es más relevante que la incontrolabilidad del propio evento.

Finalmente, la personalidad influye en la afectación percibida y esta, a su vez, en el desarrollo de psicopatología. La afectación percibida se relaciona con el desarrollo de psicopatología; una mayor percepción negativa genera mayor estrés y formas de *coping* menos adaptativas, aumentando así el riesgo de experimentar psicopatología (Mandelli y cols., 2015). No obstante, la afectación percibida está a su vez influida por la personalidad, ya que, al controlar el efecto de esta, la magnitud de la asociación entre afectación y psicopatología se reduce (Kandler y cols., 2012).

Como conclusión, la relación entre ocurrencia, grado de afectación y controlabilidad de los eventos vitales y el desarrollo de la psicopatología se debe a un impacto ambiental, ya que las relaciones entre eventos vitales y psicopatología se mantienen aún cuando se controla la personalidad; pero también es resultado de una personalidad vulnerable, ya que, en el caso de los eventos controlables, desaparece la relación cuando se controla el efecto de la personalidad y, en el resto de asociaciones entre eventos vitales y psicopatología, la magnitud de las mismas disminuye al controlar la personalidad.

Referencias bibliográficas

- Afshar, H., Roohafza, H. R., Keshteli, A. H., Mazaheri, M., Feizi, A. y Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20, 353-358.
- Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001). *AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P. y Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 313-319.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653-665.
- Flouri, E. y Kallis, C. (2011). Adverse life events and mental health in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 34, 371-377.
- Graziano, W. G., Feldesman, A. B. y Rahe, D. F. (1985). Extraversion, social cognition, and the salience of aversiveness in social encounters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 971-980.
- Kandler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., Angleitner, A. y Spinath, F. M. (2012). Life events as environmental States and genetic traits and the role of personality: a longitudinal twin study. *Behavior Genetics*, 42, 57-72.
- Kardum, I. y Krapic, N. (2001). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 30, 503-515.
- Kendler, K. (1997). Social support: a genetic-epidemiologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, 154, 322-329.

- Kendler, K. y Greenspan, R. (2006). The nature of genetic influences on behavior: Lessons from "simpler" organisms. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1683-1694.
- Kessler, R. (1979). Stress, social status, and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 259-272.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821.
- Krueger, R. F. y Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.
- Lynam, D. R., Whiteside, S., y Jones, S. (1999). Self-reported psychopathy: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, 73, 110-132.
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J. y Van Horn, M. L. (2013). Mechanisms of change in adolescent life satisfaction: a longitudinal analysis. *Journal of School Psychology*, 51, 587-598.
- Maclaren, V. V, Fugelsang, J. A., Harrigan, K. A. y Dixon, M. J. (2011). The personality of pathological gamblers: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1057-1067.
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. y Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1046-1053.
- Malouff, J., Thorsteinsson, E., Rooke, S. y Schutte, N. (2007). Alcohol Involvement and the Five-Factor Model of Personality: A Meta-Analysis. *Journal of Drug Education*, 37, 277-294.
- Mandelli, L., Nearchou, F. A., Vaiopoulos, C., Stefanis, C. N., Vitoratou, S., Serretti, A. y Stefanis, N. C. (2015). Neuroticism, social network, stressful life events: association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry Research*, 226, 38-44.
- Marks, I. M., y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Mezquita, L., Ibáñez, M. I., Villa, H., Fañanás, L., Moya-Higueras, J. y Ortet, G. (2015). Five-factor model and internalizing and externalizing syndromes: A 5-year prospective study. *Personality and Individual Differences*, 79, 98-103.
- Nuevo, R., Montorio, I. y Ruiz, M. Á. (2002). Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a la población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172.
- Plomin, R., DeFries, J. C. y Loehlin, J. C. (1977). Genotype-environment interaction and correlation in the analysis of human behavior. *Psychology Bulletin*, 84, 309-322.
- Plomin, R. y Lichtenstein, P. (1990). Genetic influence on life events during the last half of the life span. *Psychology Aging*, 5, 25-30.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Saudino, K. J., Pedersen, N. L., Lichtenstein, P., McClearn, G. E. y Plomin, R. (1997). Can personality explain genetic influences on life events? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 196-206.
- Sümer, N. (2003). Personality and behavioral predictors of traffic accidents: testing a contextual mediated model. *Accident Analysis & Prevention*, 35(6), 949-964.
- Viruela, A., Camacho, L., Mezquita, L. y Moya, J. (2009). Personalidad y sucesos vitales negativos en la adolescencia. *Fòrum de recerca*, 15, 261-272.

Estudio del concepto de infidelidad en población universitaria

LAURA DOMÍNGUEZ PRADES
al135651@uji.es

MARÍA GIMENO LOZANO
al152152@uji.es

RAFAEL BALLESTER-ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

Introducción: En la actualidad no hay una definición universal acerca del concepto *infidelidad*. Por ello, este estudio pretende analizar cuál es el concepto de infidelidad que tienen los jóvenes. **Método:** Los participantes de este estudio son 300 jóvenes universitarios de edades comprendidas entre 18 y 26 años (media = 20,8, DT = 2,13) equiparados por género. Para la obtención de los datos se ha utilizado un instrumento de elaboración propia que recoge 33 conductas que podrían estar relacionadas con la infidelidad. Cada participante indicó para cada conducta si creía que era una forma de ser infiel y, en el caso de que lo hiciera su pareja, si le parecería que le estaba siendo infiel. **Resultados:** Se ha obtenido que un 31,5 % de la muestra ha sido infiel, al menos, una vez y un 32,8 % ha sido víctima de una infidelidad. Los resultados muestran que existen diferencias significativas en función del género, siendo las mujeres las que consideran un mayor número de conductas como una manera de ser infiel. Además, se encontraron diferencias significativas en la orientación sexual, obteniendo que las personas con una orientación sexual homosexual eran significativamente más infieles. **Discusión:** Contrariamente a la percepción de que los hombres cometen más infidelidades que las mujeres, no se han encontrado resultados que sustenten esta afirmación. Así mismo, las conductas en las que se ha encontrado un mayor consenso en cuanto a ser una forma de ser infiel son de carácter sexual.

Palabras clave: infidelidad, concepto, género, prevalencia, tipos.

Abstract

Introduction: Currently there is no universal definition of infidelity. Therefore, this study aims to analyse young people's concept of infidelity. **Method:** The participants in this study were 300 university students aged 18-26 years (average = 20.82, SD=2.134), compared by gender. To obtain data, an instrument was used that the authors developed, which included 33 behaviours possibly related to infidelity. For each behaviour, the participants indicated if they believed it was a way of being unfaithful, and that if their partner

did this, it would seem (s)he was unfaithful. **Results:** The obtained results indicated that 31.5% of the sample had been unfaithful at least once and 32.8% had been victims of infidelity. They also showed significant differences for gender, as women considered a larger number of behaviours as a way of being unfaithful. Significant differences in sexual orientation were also found as those with a homosexual sexual orientation were significantly more unfaithful than heterosexual and bisexual people. **Discussion:** No results were found to support the claim that males commit more acts of infidelity than women. The behaviours in which a greater consensus was reached as to the form of being unfaithful were all sexual behaviours.

Keywords: infidelity, concept, gender, prevalence, types.

Introducción

Diversos autores han intentado elaborar una definición que incluya todas las posibles manifestaciones de la infidelidad. No obstante, actualmente todavía no se ha llegado a consensuar una definición universal. Un ejemplo de definición es la aportada por Blow y Hartnet (2005: 191), que tienen en cuenta los componentes tanto sexuales como emocionales, por lo que definen la infidelidad como «un acto sexual y/o emocional ejercido por una persona dentro de una relación de compromiso, donde se produce un acto de este tipo fuera de la relación primaria y constituye un abuso de confianza y/o violación de normas acordadas (abiertas y encubiertas) por uno o ambos individuos en esa relación en cuanto a la exclusividad romántica/emocional o sexual». Del mismo modo, Weiser, Lalasz, Weigel y Evans (2014) realizaron un estudio con el propósito de conceptualizar la infidelidad, concluyendo que la característica común de todas las definiciones recogidas era el engaño, indicando con ello que la infidelidad se asocia con algún tipo de actitud deshonestas. Además, más de la mitad de los participantes en este estudio definieron la infidelidad como un acto moralmente inapropiado, como algo malo e inmoral y adjudicaron adjetivos como *mentiroso*, *tramposo* o *poco fiable* a las personas que cometen una infidelidad. Por otro lado, desde un punto de vista psicológico, Lewandowsky y Ackerman (2006) hablan de la infidelidad como el resultado de la incapacidad de la relación primaria de llenar ciertas necesidades, por lo que el ser humano se encontraría motivado a buscar a otras personas que satisfagan esas carencias incluso fuera de la relación establecida (Brown, 2002; Medina y cols., 2013).

Otros autores han intentado concretar aquellas conductas o actos que podrían ser considerados como infidelidad. Autores como Allen y Baucom (2006), Brown (2002), Thronton y Nagurney (2011) o Randall y Byers (2003) señalan conductas como tener un desliz (*affair*), una relación extramarital, poner los cuernos, mantener relaciones sexuales, sexo oral, besarse, acariciarse, tener un vínculo emocional más fuerte que la amistad, relaciones de amistad, relaciones a través de Internet o ver material pornográfico, como aquellas que son percibidas como infidelidad. En lo referente a las diferencias entre géneros, un estudio con muestra universitaria encontró que los hombres se perciben como más suspicaces hacia su pareja, es decir, tienden a pensar más sobre la posibilidad de que les serán infieles en el futuro y, al mismo tiempo, también se perciben como más propensos a ser ellos mismos los que cometan una infidelidad (Goetz y Causey, 2009). Por otro lado, en un estudio realizado con adolescentes, se obtuvo que las mujeres consideran la infidelidad emocional más molesta, al contrario que los hombres, los cuales consideran la infidelidad física más grave (McAnulty y Brineman, 2007). No obstante, existen estudios que han encontrado resultados distintos a los mencionados en función del género (Kruger y cols., 2013).

A pesar de estos antecedentes, existen pocas investigaciones acerca de la concepción y los significados asociados a la infidelidad, además de existir escasos instrumentos que evalúen dicho concepto. Por esta razón, el presente estudio se centra en averiguar la prevalencia de la infidelidad entre jóvenes universitarios, las conductas que estos consideran como manifestaciones de este fenómeno, la posible existencia de diferencias en la percepción de que ha habido infidelidad en función de que las conductas hayan sido realizadas por uno mismo o por su pareja y las diferencias en todo esto en función del género.

Método

Participantes

Se seleccionaron un total de 300 participantes con un rango de edad comprendido entre 18 y 26 años (edad media = 20,82; DT = 2,13). De esta muestra empleada, 150 participantes (50 %) eran mujeres y 150 (50 %) eran hombres. En cuanto a la nacionalidad de los participantes, se encontraron 7 nacionalidades distintas, siendo la más mentada la española (91 %), seguida de la colombiana (2 %). Por otra parte, también se registraron datos sobre la orientación sexual, con 277 participantes (92,3 %) heterosexuales, 12 (4 %) bisexuales y 9 (3 %) homosexuales. Los dos participantes restantes no especificaron la orientación sexual.

Procedimiento

En lo que se refiere al procedimiento de recogida de la muestra, se realizaron dos recogidas diferentes. La primera, de forma presencial, durante 4 días por las distintas facultades de la Universitat Jaume I y la segunda opción fue mediante el cuestionario *online*. En ambos casos, los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación y de la confidencialidad con la que se tratarían los datos.

Instrumento de evaluación

Para llevar a cabo el presente estudio ha sido necesaria la creación de un cuestionario adaptado a los objetivos de la investigación. Para ello, se han tomado como referencia algunos cuestionarios (aunque no validados) que se han centrado en evaluar aspectos similares, como es el caso de *The infidelity questionnaire* (Thornton y Nagurney, 2011) o *The sexual behavior questionnaire* (Norona, 2013).

El instrumento final empleado para la recogida de la información consiste en un cuestionario de elaboración propia compuesto por dos partes diferenciadas. Al comienzo, contiene información de tipo demográfica (sexo, edad, nacionalidad, ocupación, orientación sexual, religión). Además, se incluye información sobre relaciones de pareja, pareja en la actualidad o el número de parejas que ha tenido y su duración. En lo que se refiere a la primera parte del cuestionario, incluye 17 ítems relacionados con información como: si alguna vez ha sido infiel, los motivos, tipo de infidelidad, uso del preservativo en esa situación, consecuencias de la infidelidad, si alguna vez le han sido infiel, celos, conductas de control sobre su pareja o la utilización de los servicios de un/a trabajador/a sexual. La segunda parte está compuesta por 33 ítems que hacen referencia a situaciones que el participante debe evaluar como una posible forma de ser infiel, si lo ha hecho alguna vez, si su pareja lo ha hecho alguna vez y, en el caso de que lo hiciera su pareja,

si le parecería una forma de ser infiel. Para cada una de las conductas el participante tiene que responder de forma dicotómica (sí/no) a cada uno de estos aspectos.

Análisis de datos

Se han realizado análisis descriptivos de frecuencias, tablas de contingencias y análisis de Chi-cuadrado. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPS Statistics versión 23.

Resultados

Prevalencia de la infidelidad realizada y recibida

Un 52,8 % de los participantes tiene pareja en la actualidad (un 93,3 % ha tenido pareja alguna vez). Un 68,5 % nunca había sido infiel a sus parejas, un 28,5 % había sido alguna vez infiel, un 2,3 % había sido infiel bastantes veces y un 0,7 % había sido infiel muchas veces. De las personas que habían sido infieles, el 12,8 % expresó que fue con alguien de su mismo sexo y un 91,4 % con una persona de distinto sexo. En cuanto a la pregunta «¿Te consta que alguna de tus parejas te ha sido infiel?», un 32,8 % afirma que sí.

Por otra parte, en lo que se refiere a la prevalencia de la infidelidad en función de la orientación sexual, se ha encontrado que las personas con una orientación sexual homosexual son significativamente más infieles que las personas con orientaciones heterosexual y bisexual (véase la tabla 1).

Tabla 1
Prevalencia de la infidelidad en función de la orientación sexual

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	X ²	p
Heterosexual	68,7 %	28,7 %	1,8 %	0,7 %	17,606	.007
Bisexual	83,3 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %		
Homosexual	44,4 %	33,3 %	22,2 %	0,0 %		

Diferencias en función del género

En primer lugar, no se han encontrado diferencias significativas en lo que se refiere a la prevalencia de la infidelidad entre hombres y mujeres. En cuanto a las diferencias de género encontradas en la interpretación de que determinadas conductas son una forma de infidelidad, son de tamaño pequeño, siendo las mujeres las que consideran un mayor número de conductas como una manera de ser infiel. A continuación se detallan los resultados más destacados: «12. Masturbarse pensando en otra persona» ($\chi^2 = 5,54$; $p \leq ,019$), «13. Fantasear sexualmente con otra persona» ($\chi^2 = 5,77$; $p \leq ,016$), «18. Dar un pico a otra persona» ($\chi^2 = 5,12$; $p \leq ,024$), «24. Enviar mensajes con contenido sexual» ($\chi^2 = 6,96$; $p \leq ,008$), «25. Mantener una conversación de chat con contenido

sexual» ($\chi^2 = 15,98$; $p \leq ,000$), «26. Mantener sexo telefónico» ($\chi^2 = 6,25$; $p \leq ,012$) y «28. Realizar conductas sexuales a través de una webcam» ($\chi^2 = 6,25$; $p \leq ,012$) (véase la tabla 2).

Tabla 2
Conductas en las que hay más o menos acuerdo en función de que las haga uno mismo o la pareja y diferencias de género

Creo que es una forma de ser infiel...	Si lo hago yo					Si lo hace mi pareja				
	Total (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	χ^2	V	Total (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	χ^2	V
... mantener relaciones sexuales con otra persona	98,3	98,0	98,7	0,203	0,026	95,3	94,6	96,0	0,314	0,032
... practicar sexo oral a otra persona	97,7	96,7	98,7	1,316	0,066	95,6	93,9	97,3	2,082	0,084
... masturbar a otra persona	97,7	96,7	98,7	1,316	0,066	96,3	95,3	97,3	0,849	0,053
... dar un beso largo (beso con lengua)	94,6	93,3	96,0	1,085	0,060	88,9	87,2	90,7	0,929	0,056
... realizar conductas sexuales a través de una webcam	94,3	90,7	98,0	7,545**	0,159	92,0	87,2	96,7	8,982**	0,173
... magrearse con otra persona	93,0	91,3	94,7	1,280	0,065	89,3	86,7	91,9	2,180	0,085
... mantener sexo telefónico	91,3	87,2	95,3	6,246*	0,145	88,6	84,6	92,7	4,870*	0,128
... enviar fotos de ti mismo desnudo	89,7	89,3	90,0	0,036	0,011	87,1	88,0	87,3	0,031	0,010
... enviar mensajes con contenido sexual	89,3	84,6	94,0	6,964**	0,153	86,6	82,6	90,7	4,249*	0,119
... mantener una conversación de chat con contenido sexual	84,3	75,8	92,7	15,977***	0,231	83,3	77,2	89,3	7,927**	0,163
... estar enamorado de otra persona	84,2	81,2	87,2	2,046	0,083	83,3	78,7	87,9	4,595*	0,124
... tener una cita con otra persona	75,8	72,3	79,3	2,013	0,082	74,4	72,5	76,4	0,583	0,044
... recibir fotos sexuales de otra persona	69,0	64,2	73,8	3,225	0,104	68,2	61,2	75,2	6,638*	0,150
... coquetear/tontear con otra persona	68,1	63,1	73,2	3,477	0,108	67,2	62,7	69,8	1,700	0,075
... dar un beso (un pico)	67,0	60,8	73,2	5,117*	0,131	66,4	63,5	69,3	1,132	0,062
... desear tener relaciones sexuales con otra persona	54,9	54,7	55,0	0,003	0,003	54,9	53,1	56,8	0,407	0,037
... hacer cualquier cosa a escondidas de tu pareja	47,5	44,0	51,0	1,472	0,070	48,0	46,0	50,0	0,478	0,040
... fantasear sexualmente con otra persona	34,3	27,7	40,9	5,770*	0,139	35,4	27,2	43,3	8,444**	0,169
... masturbarse pensando en otra persona	32,8	26,4	39,2	5,536*	0,137	34,6	27,9	41,2	5,789*	0,140
... hacer un regalo sentimental, sin motivo aparente, a otra persona	30,8	26,7	34,9	2,378	0,089	33,4	27,3	39,6	5,051*	0,130
... ir a un club de striptease	29,2	28,1	30,2	0,160	0,023	27,6	24,7	30,4	1,216	0,064
... propear a alguien a través de las redes sociales	28,3	27,0	29,5	0,229	0,028	29,4	26,5	32,2	1,152	0,062
... sentir atracción por otra persona	26,0	27,0	25,0	0,158	0,023	26,4	27,9	25,0	0,317	0,033
... chatear con alguien	10,0	7,4	12,7	2,312	0,088	10,4	7,4	13,3	2,783	0,097
... acaniciar (no sexualmente)	8,1	9,5	6,7	0,786	0,052	11,2	11,0	11,4	0,015	0,007
... bailar en la discoteca con otra persona	8,1	10,2	6,1	1,677	0,075	9,6	11,6	7,5	1,467	0,071
... ver pornografía	6,4	4,0	6,7	2,755	0,096	6,7	3,4	10,0	5,217*	0,132
... masturbarse a uno mismo	3,0	3,4	2,7	0,115	0,020	1,7	1,4	2,0	0,197	0,026
... leer novelas eróticas	2,3	2,7	2,0	0,146	0,022	2,0	1,4	2,7	0,667	0,047
... darle a «me gusta» a una foto de una persona atractiva	2,0	2,0	2,0	0,000	0,000	1,7	1,3	2,3	0,197	0,026
... abrazar a otra persona	2,0	2,0	2,0	0,000	0,000	2,7	2,0	3,3	0,487	0,040
... mirar a una persona atractiva	1,7	2,7	0,7	1,915	0,080	1,7	2,1	1,3	0,232	0,028
... hacerte fotos con otra persona	0,7	1,3	0,0	2,014	0,082	1,0	0,7	1,3	0,330	0,033

Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Las diferencias de género encontradas en la interpretación de que determinadas conductas llevadas a cabo por la pareja son una forma de infidelidad son de tamaño pequeño a favor de las mujeres, al igual que en el caso anterior. A continuación se detallan los resultados más destacados: «9. Ver pornografía» ($\chi^2 = 5,23$; $p \leq ,022$), «12. Masturbarse pensando en otra persona» ($\chi^2 = 5,79$; $p \leq ,016$), «13. Fantasear sexualmente con otra persona» ($\chi^2 = 8,44$; $p \leq ,004$), «22. Hacer un regalo sentimental a otra persona, sin motivo aparente» ($\chi^2 = 5,05$; $p \leq ,025$), «23. Recibir fotos sexuales de otra persona» ($\chi^2 = 6,64$; $p \leq ,010$), «24. Enviar mensajes con contenido sexual» ($\chi^2 = 4,25$; $p \leq ,039$), «25. Mantener una conversación de chat con contenido sexual» ($\chi^2 = 7,93$; $p \leq ,005$), «26. Mantener sexo telefónico» ($\chi^2 = 4,87$; $p \leq ,027$), «28. Realizar conductas sexuales a través de una webcam» ($\chi^2 = 8,98$; $p \leq ,003$), «31. Estar enamorado de otra persona» ($\chi^2 = 4,60$; $p \leq ,032$) les parece una infidelidad (véase la tabla 2).

Discusión y conclusiones

En la presente investigación, teniendo en cuenta los datos obtenidos, se ha encontrado que un 31,5 % de la muestra de la población universitaria ha sido infiel al menos una vez, respecto a un 68,5 % que no ha cometido nunca una infidelidad. En esta misma línea, no se han obtenido diferencias significativas con respecto al género, al igual que los resultados obtenidos en el estudio de Randall y Byers (2003).

En investigaciones previas en las que se han evaluado diferencias de género en función del tipo de infidelidad (emocional y física/sexual) se ha obtenido que las mujeres llevarían peor una infidelidad de tipo emocional mientras que los hombres la infidelidad física/sexual (McAnulty y Brineman, 2007; Roscoe, Cavanaugh y Kennedy, 1988). En nuestro estudio se ha observado que tanto hombres como mujeres se sienten afectados en mayor medida por una infidelidad de tipo sexual, no existiendo diferencias significativas entre ellos.

Del mismo modo, en referencia a las conductas consideradas como infidelidad, en la presente investigación se ha encontrado que son las mujeres las que valoran un mayor número de conductas como infidelidad respecto a los hombres. Estos resultados van en consonancia a los hallados en el estudio de Kruger y cols. (2013), donde las mujeres también valoraron un mayor número de conductas como infidelidad. En esta misma línea, en el presente estudio, aquellas conductas que más han sido valoradas como infidelidad tanto por hombres como por mujeres han sido las de carácter sexual, al igual que la valoración de las mismas conductas en el caso que las realice la pareja. A pesar de que tanto hombres como mujeres valoran un mayor número de conductas de infidelidad de carácter físico/sexual, son las mujeres las que consideran la infidelidad emocional más grave en comparación con los hombres, resultados que van en consonancia con los encontrados por Roscoe, Cavanaugh y Kennedy (1988).

Por otro lado, los resultados de este estudio muestran diferencias significativas respecto a la orientación sexual, encontrando que las personas con una orientación homosexual se muestran más infieles respecto a las personas con orientación heterosexual y bisexual. Sin embargo, en la muestra, la población de personas homosexuales no es representativa, por lo que deberían hacerse otros estudios que respalden dichos resultados. No obstante, en estudios similares se obtuvo que las personas con una orientación bisexual se sienten más cómodas teniendo relaciones sexuales fuera de la relación de pareja (Simpson, Wilson y Winterheld, 2004), mientras que las personas con orientación heterosexual y homosexual prefieren la cercanía emocional y el compromiso de pareja (Seal, Agostinelli y Hannett, 1994; Simpson y Gangestad, 1991).

En conclusión, es complicado conceptualizar una definición consensuada acerca de la infidelidad. No obstante, existe bastante consenso en las conductas que se consideran como infidelidad, sobre todo, aquellas de carácter sexual. Así mismo, las diferencias entre hombres y mujeres no son significativas, al contrario de la creencia popular de que los hombres son más infieles.

Referencias bibliográficas

- Allen, E. S. y Baucom, D. H. (2006). Dating, marital, and hypothetical extradyadic involvements: How do they compare? *Journal of Sex Research*, 43, 307-317.
- Blow, A. J. y Hartnett, K. (2005). Infidelity in committed relationships I: a methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 183-216.
- Brown, E. M. (2002). *Patterns of infidelity and their treatment*. (2.ª ed.) Portland: Ringgold Inc.
- Goetz, A. T. y Causey, K. (2009). Sex differences in perceptions of infidelity: Men often assume the worst. *Evolutionary Psychology*, 7, 253-263.
- Kruger, D., Fisher, M., Edelstein, R., Chopik, W., Fitzgerald, C. y Strout, S. (2013). Was that Cheating? Perceptions Vary by Sex, Attachment Anxiety, and Behavior. *Evolutionary Psychology*, 11, 159-171.
- Lewandowsky, G. W. y Ackerman, R. A. (2006). Something's missing: Need fulfillment and self-expansion as predictors of susceptibility to infidelity. *The Journal of Social Psychology*, 146, 389-403.
- McAnulty, R. D. y Brineman, J. M. (2007). Infidelity in dating relationships. *Annual Review of Sex Research*, 18, 94-114.
- Medina, J., Colín, B., Martínez, M., de Oca, Y., Fuentes, N. y Muñoz, M. (2013). Las causas que llevan a la infidelidad: Un análisis por sexo. *Acta de Investigación Psicológica*, 3, 1271-1279.
- Norona, J. C. (2013). *Adolescents' Definitions of Cheating in Romantic Relationships*. Tennessee, FI: University of Tennessee.
- Randall, H. E. y Byers, E. S. (2003). What is sex? Students' definitions of having sex, sexual partner, and unfaithful sexual behavior. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12, 87-96.
- Roscoe, B., Cavanaugh, L. E. y Kennedy, D. R. (1988). Dating infidelity: Behaviors, reasons and consequences. *Adolescence*, 23, 35-43.
- Seal, D. W., Agostinelli, G. y Hannett, C. A. (1994). Extradyadic romantic involvement: Moderating effects of sociosexuality and gender. *Sex Roles*, 31, 1-22.
- Simpson, J. A. y Gangestad, S. W. (1991). Individual differences in sociosexuality: evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 870-883.
- Simpson, J. A., Wilson, C. L. y Winterheld, H. A. (2004). Sociosexuality and romantic relationships. En J. H. Harvey, A. Wenzel y S. Sprecher (eds.), *Handbook of sexuality in close relationships*. (pp. 87-112). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Thornton, V. y Nagurney, A. (2011). What is infidelity? Perceptions based on biological sex and personality. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 51-58.
- Weiser, D. A., Lalasz, C. B., Weigel, D. J. y Evans, W. P. (2014). A prototype analysis of infidelity. *Personal Relationships*, 21, 655-675.

Adaptación española de una intervención *online* para el tratamiento del insomnio: el programa SHUTI

ÁNGEL ENRIQUE
aenrique@uji.es

SANDRA FERNÁNDEZ REBOLL
al340121@uji.es

LEE RITTERBAND
LR5B@hscmail.mcc.virginia.edu

CRISTINA BOTELLA
botella@uji.es

Resumen

Introducción: El insomnio es un problema de gran envergadura que afecta a millones de personas en todo el mundo. En España, se ha comprobado que el 6,4 % de la población cumpliría criterios para su diagnóstico. Los estudios sobre el tema han demostrado que la terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I) es muy efectiva; sin embargo, no todas las personas tienen acceso a dicho tratamiento. En este sentido, el tratamiento a través de Internet facilitaría la diseminación. El programa SHUTI (*Sleep Healthy Using the Internet*) es un programa *online* personalizado para el tratamiento del insomnio compuesto por seis módulos que abordan las estrategias fundamentales de la TCC-I: psicoeducación, restricción de sueño, control estimular, higiene del sueño, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. SHUTI ya ha demostrado su eficacia en el tratamiento del insomnio a través de Internet en diferentes países anglosajones. **Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es describir este programa *online*, presentar la estrategia seguida para su adaptación y traducción y, finalmente, analizar las implicaciones futuras del mismo. **Método:** El proceso de adaptación se ha realizado manteniendo la misma estructura de tratamiento y una traducción ajustada a la lengua española, que ha sido revisada por expertos y en estrecho contacto con los autores del programa. **Discusión:** La adaptación se ha realizado con éxito y el programa está a punto para ser aplicado. Dado que es un estudio en progreso, todavía no se dispone de resultados de la aplicación del programa en muestra española, pero se espera poder replicar los resultados obtenidos en estudios previos.

Palabras clave: insomnio, internet, tratamiento cognitivo conductual, traducción y adaptación al español, intervención *online*.

Abstract

Introduction: Insomnia is a major problem that affects millions of people worldwide. In Spain, 6.4% of the population would meet the criteria to be diagnosed it. Studies have shown that Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) for insomnia is very effective, but not everyone has access to this treatment. Hence treatment over the Internet would facilitate its dissemination. SHUTi (Sleep Healthy Using the Internet) is an on-line tailored programme for insomnia treatment that comprises six modules that encompass essential CBT-I strategies: psycho-education, sleep restriction, stimulus control, sleep hygiene, cognitive restructuring and relapse prevention. SHUTi has already shown its efficacy in insomnia treatment over the Internet in different English-speaking countries. The present work aims to describe the online programme, explain the strategy followed to adapt and translation it, and discuss its future implications.

Method: The adaptation process was done by maintaining the same treatment structure and an adjusted translation to Spanish. It was reviewed by experts in close connection with the programme's authors. **Discussion:** Adaptation proved an absolute success and the programme is ready to be implemented. As work is underway, the results are not yet available in the Spanish sample, but those obtained in previous studies are expected to be replicated.

Keywords: Insomnia, Internet, Cognitive behavioural treatment, translation and adaptation into Spanish, online intervention

Introducción

El insomnio es un problema de gran envergadura que afecta a millones de personas en todo el mundo. En España, se ha comprobado que el 6,4 % de la población cumpliría criterios para su diagnóstico y que 1 de cada 5 tienen problemas de sueño al menos 3 noches por semana (Ohayon y Sagales, 2010), siendo esta prevalencia mayor en mujeres (23,9 %) que en hombres (17,6 %). Además, también se ha comprobado que los problemas de sueño aumentan con la edad, llegando a prevalencias de entorno a un 40 % en personas mayores de 65 años (Ohayon y Sagales, 2010). A pesar de las altas tasas de prevalencia, los datos indican que de las personas con problemas de insomnio, tan solo entre un 15 % y un 25 % demandan ayuda por esta problemática (Mellinger, Balter y Unlenhuth, 1985; Ohayon y Sagales, 2010). En este sentido, la asistencia recibida ante esta patología suele ser pautar psicofármacos para dormir (Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire y Merette, 2006). Aunque la medicación para el sueño ha demostrado ser efectiva a corto plazo para el tratamiento del insomnio agudo, su uso está asociado con diferentes limitaciones, tales como riesgo de dependencia, una serie de efectos secundarios y una disminución del efecto terapéutico con el tiempo, así como alteraciones en los estadios de sueño (Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng y King, 2000).

La terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I) es una alternativa de tratamiento no farmacológico dirigida a la restauración de conductas desadaptativas y pensamientos disfuncionales que funcionan como mantenedores del insomnio. La TCC-I ha demostrado ser uno de los tratamientos más efectivos frente al insomnio (Morin y cols., 2006). De hecho, un reciente metanálisis sobre la eficacia de la TCC-I en adultos con insomnio crónico ha indicado que

se producían mejoras clínicamente significativas en los diarios de sueño de estas personas (Trauer, Qian, Doyle, Rajaratnam y Cunnington, 2015). Además, las mejoras provocadas por la TCC-I han sido asociadas a beneficios más duraderos y mayor satisfacción con los pacientes, siendo valorada como más efectiva y aceptable que la medicación (Morin, Gaulier, Barry y Kowatch, 1992).

A pesar de los buenos resultados generados por la TCC-I, no todas las personas tienen acceso al tratamiento ya sea por dificultad en encontrar clínicos competentes o por dificultades geográficas (Edinger y Means, 2005). En este sentido, el tratamiento a través de Internet podría ser un modo efectivo y eficiente para superar estas barreras, permitiendo una mayor diseminación y alcance del mismo. Frente a esta necesidad, se han elaborado diferentes programas dirigidos al tratamiento del insomnio a través de Internet, los cuales han demostrado eficacia y se han posicionado como una alternativa viable para el tratamiento del insomnio (Zachariae, Lyby, Ritterband y O'Toole, 2016). No obstante, ninguno de ellos se ha elaborado o adaptado a la lengua española, por lo que actualmente en España no se cuenta con tratamientos autoaplicados para el insomnio a través de Internet. El programa SHUTI (*Sleep Healthy Using the Internet*) es un programa *online* personalizado para el tratamiento del insomnio basado en la TCC-I, que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del insomnio a través de Internet en diferentes países anglosajones (Christensen y cols., 2016). El objetivo es, por una parte, describir detalladamente este programa y la metodología seguida para su traducción y, por otra, analizar las posibles implicaciones futuras que puede tener la aplicación del programa en población española.

Método

Descripción del sistema

El programa SHUTI ha sido diseñado poniendo mucho énfasis en los aspectos de usabilidad y apariencia del programa, con la finalidad de crear un entorno *online* que sea interesante, efectivo y seguro. Consta de tres partes fundamentales: la página de inicio, el diario de sueño y los módulos de tratamiento.

Página de inicio

Los usuarios acceden al programa a través de una URL en la que tienen que introducir un usuario y una contraseña personal e intransferible que previamente se les habrá creado. Una vez dentro, el usuario encuentra una página de inicio personalizada que le proporciona información basada en el estado de progreso (por ejemplo, un usuario nuevo tendría una página de bienvenida e instrucciones sobre cómo empezar con el programa, mientras que un usuario avanzado encontraría información sobre completar la siguiente tarea asignada). En la ventana principal también encontrará enlaces de acceso a las secciones principales, tales como los diarios de sueño, los módulos y el centro de impresión (para imprimir todos los recursos disponibles hasta el momento).

Diarios de sueño

El programa SHUTi se apoya en la información introducida en los diarios de sueño. Este diario consiste en 10 preguntas acerca de la duración de las siestas, hora de acostarse y de despertarse, minutos empleados para dormirse, número de despertares nocturnos, duración de los mismos y uso de medicación o ayudas para dormir. Además, también se valora el grado de cansancio al despertar y la calidad de sueño percibida. Toda esta información es usada por el sistema para calcular la eficiencia de sueño del usuario y calcular *ventanas de sueño* (asignación de una hora de acostarse y levantarse que es el horario indicado para dormir) personalizadas y basadas en la eficiencia de sueño de la semana anterior.

La ventana de sueño es un tipo de restricción de sueño que implica limitar la cantidad de tiempo que se pasa en la cama para que esta coincida con la cantidad real de tiempo que el paciente duerme con el fin de regular el ciclo vigilia-sueño del paciente y mejorar su eficiencia de sueño.

Al igual que en el tratamiento convencional, la ventana de sueño cambia en función de las mejoras en la eficiencia de sueño, de manera que si esta no aumenta, tampoco cambiará la ventana. Si los usuarios no introducen los diarios requeridos, no reciben nuevas ventanas de sueño, lo cual dificultará el avance en el programa. Para el cálculo de las ventanas de sueño, el programa utiliza algoritmos que determinan si la ventana ha de incrementar, disminuir o mantenerse igual. Los usuarios seleccionan la hora deseada para levantarse y el programa asigna la ventana.

Módulos de tratamiento

El contenido y la lógica de los componentes de tratamiento están basados en la TCC-I, cara a cara, para el insomnio (Morin, 1993; Morin, 1996). Consta de seis módulos en los que se trabajan los elementos esenciales de tratamiento, incluyendo técnicas conductuales, cognitivas y educativas. Los módulos se habilitan semanalmente tras completar el módulo anterior y requieren entre 45 y 60 minutos para ser completados.

El programa implica un alto nivel de interactividad y personalización. Además de las ventanas de sueño, la personalización se observa también a nivel de objetivos planteados. Así, al principio del programa se les pide a los usuarios que se planteen objetivos específicos para diferentes aspectos de su sueño, tales como el número de horas que se pretende dormir, número de despertares nocturnos y tiempo despierto durante los despertares. Estos mismos objetivos pueden ser reevaluados durante el período de tratamiento y se presentan de nuevo al final del mismo para ver si han sido conseguidos. Además, todos los módulos cuentan con viñetas interactivas en las que se plantean ejercicios al usuario para que ponga en práctica lo aprendido. Por último, cabe destacar que durante el tratamiento se incluyen cinco experiencias (unas en formato vídeo y otras en texto) de usuarios simulados que acompañarán al usuario real a lo largo del programa. En ellas se mostrarán algunas dificultades que el usuario puede ir encontrando a lo largo del programa, de manera que este se sienta identificado y vea qué hacer cuando aparecen las dificultades.

A continuación se describen brevemente los seis módulos de tratamiento.

- Preparándote: Módulo psicoeducativo en el que se aborda la definición del insomnio y sus tipos, tasas de prevalencia, factores de riesgo e impacto del insomnio. También se establecen los objetivos de tratamiento; el módulo concluye subrayando la idoneidad y la efectividad de la TCC-I.

- **Ventana de sueño:** En este módulo se introduce la restricción de sueño y el control estimular, este último a través de la inclusión de algunas *reglas* básicas. Este módulo se introduce la misma semana que el módulo anterior e incluye, además, información acerca de los malos hábitos de sueño, el ciclo del insomnio crónico, la lógica de la restricción de sueño, la explicación de la eficiencia de sueño y de los ajustes en la ventana de sueño.
- **Conductas:** En este módulo se amplía el control estimular, añadiendo más *reglas* básicas. Entre ellas se plantea: ir a la cama solo cuando se sienta somnolencia, levantarse de la cama si no se concilia el sueño, mantener una hora regular de acostarse y levantarse, usar la cama solo para dormir y no hacer siestas.
- **Pensamientos:** Este módulo incluye información acerca de la influencia de los pensamientos en la falta de sueño, se introduce reestructuración cognitiva y el ajuste de expectativas del tratamiento. Fundamentalmente, este módulo está dirigido al cambio de aquellas creencias y pensamientos negativos relacionados con el sueño que pueden exacerbar las dificultades para dormir. También se revisan los principales mitos acerca del sueño y se trabaja la catastrofización.
- **Higiene del sueño:** En este módulo los usuarios aprenden sobre determinados factores del estilo de vida (cafeína, nicotina, dieta, alcohol, ejercicio) y ambientales (temperatura de la habitación, ruido, luz, calidad del aire, comodidad de la cama y de la ropa de cama) que pueden afectar al sueño.
- **Mirando al futuro:** El último módulo es de prevención de recaídas y está dirigido a identificar situaciones de riesgo, consolidar los efectos conseguidos y revisar las técnicas aprendidas. Se proporcionan las instrucciones de cómo continuar ajustando la ventana de sueño y se diferencia entre tropiezo y recaída, preparando al usuario para ambas situaciones. También se les anima a continuar usando SHUTi si es necesario.

Procedimiento

El proceso de adaptación del programa SHUTi se ha realizado manteniendo siempre la misma estructura de tratamiento y ha sido revisada por clínicos expertos y manteniendo un contacto muy estrecho con los autores del programa. De hecho, el principal responsable de la traducción del sistema llevó a cabo la adaptación y traducción del programa en el laboratorio de los autores que desarrollaron el trabajo original. Este trabajo se desarrolló en un total de seis meses.

En todo momento, el proceso de adaptación del programa ha conllevado el cambio de determinados contenidos en los que se presentaban, entre otros, productos alimenticios y marcas de medicamentos, que se han sustituido por otras marcas y alimentos propios de la cultura y el mercado español. Los cambios referentes a todos estos productos fueron consultados con el autor original, de manera que los productos fueran lo más similares posible en cuanto a características y popularidad.

En cuanto al proceso de traducción, la estructura del programa consta de diferentes apartados. En concreto, el contenido a traducir se ha repartido entre la adaptación del texto base del programa, la traducción del contenido de los visores de pantalla interactivos, a través de los cuales el usuario contesta breves preguntas o completa diferentes juegos, subtítulo de vídeos con actores representando escenas de personas con insomnio, la adaptación de cuestionarios, así como la grabación de voces en español para simular el testimonio de pacientes con insomnio.

Resultados

Consideramos que el proceso de traducción y adaptación del programa SHUTi al español ha culminado con éxito y en estos momentos el programa está preparado para poder ser utilizado en población española.

Discusión y conclusiones

El insomnio es un problema relevante de salud clínica con pocos recursos de tratamiento no farmacológico. El programa SHUTi ha sido diseñado para adaptar la TCC-I cara a cara en un programa autoaplicado a través de Internet (Thorndike y cols., 2008). El presente estudio ha recogido de manera detallada las características y los contenidos de este programa, así como los pasos seguidos para la traducción y la adaptación de este programa al español. Puede afirmarse que este proceso ha culminado con éxito.

Tal como se ha comentado, SHUTi es un sistema interactivo que personaliza sus recomendaciones para cada usuario a través de la introducción de datos como los diarios de sueño y el listado de síntomas. Estudios previos han demostrado que SHUTi ha sido bien aceptado por los usuarios, mostrando además eficacia en la mejora del insomnio y otros síntomas comórbidos (Ritterband y cols., 2009; Thorndike y cols., 2008). Además, SHUTi también ha demostrado ser eficaz en la prevención de episodios depresivos, así como en otras poblaciones como supervivientes de cáncer (Christensen y cols., 2016; Ritterband y cols., 2012).

Actualmente en España no se cuenta con ningún programa autoaplicado a través de Internet para el tratamiento del insomnio. Dada la eficacia encontrada en los estudios mencionados, la adaptación del programa a la cultura y la lengua española abre la puerta a la posibilidad de aplicación de este tratamiento en España con el fin de replicar los resultados obtenidos y explorar la posibilidad de implementación de este programa en otras poblaciones y entornos, como atención primaria o diferentes poblaciones con insomnio como síntoma comórbido.

Referencias bibliográficas

- Christensen, H., Batterham, P. J., Gosling, J. A., Ritterband, L. M., Griffiths, K. M., Thorndike, F. P., Glozier, N., O'Dea, B., Hickie, I. B. y Mackinnon, A. J. (2016). Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3, 333-341.
- Edinger, J. D. y Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 539-558.
- Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C. y King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 225-233.
- Mellinger, G. D., Balter, M. B. y Uhlenhuth, E. H. (1985). Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Archives of general psychiatry*, 42, 225-232.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P. y Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep medicine*, 7, 123-130.
- Morin, C. M., Gaulier, B., Barry, T. y Kowatch, R. A. (1992). Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 15, 302-305.

- Ohayon, M. M. y Sagales, T. (2010). Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep medicine*, 11, 1010-1018.
- Ritterband, L. M., Bailey, E. T., Thorndike, F. P., Lord, H. R., Farrell-Carnahan, L. y Baum, L. D. (2012). Initial evaluation of an Internet intervention to improve the sleep of cancer survivors with insomnia. *Psycho-Oncology*, 21, 695-705.
- Thorndike, F. P., Saylor, D. K., Bailey, E. T., Gonder-Frederick, L., Morin, C. M. y Ritterband, L. M. (2008). Development and perceived utility and impact of an internet intervention for insomnia. *E-journal of applied psychology: clinical and social issues*, 4, 32.
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M. y Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 163, 191-204.
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. y O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 30, 1-10.

Evaluación diagnóstica del grado de adaptación de la ciudad de Castellón a las personas mayores

SHEILA EXPÓSITO MIRALLES
al262381@uji.es

JOAQUÍN MARTÍNEZ SÁNCHEZ
al128827@uji.es

ADRIÁN DANIEL MUNTEANU MUNTEANU
al225857@uji.es

ANTONIO CABALLER MIEDES
caballer@uji.es

Resumen

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud la población mundial ha sufrido, en los últimos años, un envejecimiento significativo (OMS, 2015). En el año 2050 el porcentaje de población mayor de 60 años se habrá duplicado, provocando que por primera vez en la historia la pirámide mundial poblacional se invierta. Además, en los últimos años, se ha producido una migración de la población mayor de 60 años desde las zonas rurales a los centros urbanos. Para el año 2030 se prevé que tres de cada cinco personas del mundo vivan en alguna ciudad y el número de habitantes urbanos en las regiones menos desarrolladas sea casi cuatro veces mayor que en las regiones desarrolladas. Por estos motivos, la ciudad de Castellón decide participar en el proyecto «Red mundial de ciudades amigables con las personas mayores» promovido por la OMS. **Objetivo:** Realizar un diagnóstico del municipio de Castellón a través de datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). **Metodología:** Se han analizado las características de la población mayor de 60 años en cuanto a los datos demográficos, ocupación, variables que dificultan el bienestar de la población envejecida y recursos que la ciudad ofrece. **Resultados:** Se han establecido las características de las personas mayores en la ciudad de Castellón. **Discusión:** Existe la necesidad de participar en el proyecto de la OMS a través de un plan de acción que proporcionará una serie de ventajas y beneficios para la ciudadanía en general y las personas mayores en particular.

Palabras clave: evaluación diagnóstica, ciudades amigables, personas mayores, proyecto OMS.

Abstract

Introduction: The population has significantly aged, as reflected by the latest World Health Organization data (WHO, 2015). An increase in the percentage of population aged

over 60 years by the year 2050 will cause population pyramid reversal for the first time in human history. In recent years, the population aged over 60 years has migrated from rural to urban zones. By the year 2030, 3 in every 5 people worldwide are expected to live in some city. In the same vein, the number of city inhabitants in less developed regions is expected to be 4-fold higher than in developed ones. For these reasons, the city of Castellón has decided to participate in the “Global network of old population-friendly cities” project promoted by the WHO. **Objective:** A diagnostic study of the city of Castellón was done with Spanish National Statistics Institute (INE) data. This diagnosis takes into account the characteristics of the population aged over 60 by focusing specially on demographic information, the features that make the aged population’s welfare difficult in urban centres and the resources that towns offer. **Results:** Our results reveal the characteristics of the aged population in Castellón. **Discussion:** There is an urgent need to participate in the WHO project by following an action plan to guarantee various advantages and benefits to the population in general, and to the old population of this town in particular.

Keywords: Needs Assessment, Friendly Cities, Older Persons, WHO Project.

Introducción

La población mundial ha sufrido un envejecimiento significativo según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Según los análisis estadísticos, para el año 2050 el porcentaje de población mayor de 60 años se habrá duplicado de un 11 % a un 22 %, provocando que por primera vez en la historia la pirámide poblacional se invierta, por lo que habrá más personas mayores que niños. Si se analiza la población mundial, se observa cómo ha habido en los últimos años una migración de la población mayor de 60 años desde las zonas rurales a los centros urbanos, creándose la necesidad de adaptar las ciudades a las nuevas características de la población urbana. Para el año 2030 se prevé que tres de cada cinco personas del mundo vivan en alguna ciudad y el número de habitantes urbanos en las regiones menos desarrolladas sea casi cuatro veces mayor que en las regiones desarrolladas (OMS, 2015).

Por ello, la Organización Mundial de la Salud ha creado el proyecto de «Red mundial de ciudades amigables con las personas mayores» (OMS, 2007 a). La finalidad de este proyecto es que la población mayor, tanto en la actualidad como en el futuro, pueda disfrutar de un *envejecimiento activo*. La OMS define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (Fernández-Ballesteros, 2009; OMS, 2002). El envejecimiento activo hace referencia no solo a la capacidad física sino a la participación en cuestiones sociales, económicas, culturales y cívicas de las ciudades. Basándose en este principio de envejecimiento activo, los objetivos generales del proyecto son: generar procesos de participación comunitaria, realizar cambios en el municipio con el fin de mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos y aprovechar el potencial que representan las personas mayores en la vida ciudadana.

La ciudad de Castellón decide participar en el proyecto para convertirse en una ciudad que haga del envejecimiento una experiencia positiva. El proyecto consta de cuatro fases:

La fase primera es la de investigación y tiene una duración entre 1 y 2 años. Esta primera fase consta de cuatro subfases a desarrollar en un periodo de dos años:

- Fase 1.1: Diseño de mecanismos para hacer efectiva la participación de las personas mayores de la ciudad en todas las etapas del proceso, a fin de que aporten sus ideas y opiniones tanto en el diseño del proyecto como en su ejecución. Se propone así mismo la participación de otros agentes sociales, como proveedores de servicios, ciudadanos informales, sectores económicos y ONG. En este punto, y por lo que se refiere a nuestra ciudad, es destacable el importante tejido asociativo con el que cuenta. En Castellón existen 30 asociaciones de personas mayores que participan activamente en la vida local. Es necesario también referirse al Consejo Local de Mayores, entidad que federa a las asociaciones de mayores de la ciudad en la defensa de los intereses que les son comunes y que mantiene un contacto frecuente y directo con todas ellas, además de ser la vía que el Ayuntamiento utiliza en numerosas ocasiones para comunicarse con las mismas. Así mismo, hay que señalar que desde la Concejalía de Gente Mayor se promueve la presencia de las personas mayores en todos los foros en los que puedan abordarse cuestiones que les afecten de manera directa.
- Fase 1.2: Evaluación inicial de la adaptación de la ciudad a las personas mayores. Esta evaluación debe incluir como mínimo cada uno de los ocho dominios que se describen en la guía de la Organización Mundial de la Salud sobre ciudades amigables con las personas mayores: espacios al aire libre y edificios, transportes, vivienda, participación social, respeto e integración social, participación cívica y empleo, comunicación e información, apoyo de la comunidad y servicios de salud. Para esta evaluación se establece una metodología cualitativa a través de grupos focales, tal y como señala el Protocolo de Vancouver (OMS, 2007 b).
- Fase 1.3: Formulación de un plan de acción trienal para toda la ciudad basado en los resultados de esta evaluación. Este plan de acción debe plantearse en sintonía con todos los departamentos y entidades municipales, con la finalidad de asegurar que Castellón sea una ciudad amigable con los mayores, por lo que se convierte en una responsabilidad transversal que afecta a todas las áreas municipales.
- Fase 1.4: Establecimiento de sistemas de control. Se trata de identificar los indicadores que permitan conocer el grado de cumplimiento de las acciones propuestas.

La segunda fase es la ejecución (de 3 a 5 años de duración). Una vez completada la primera fase, y nunca más de dos años después de la adhesión a la red de la ciudad de Castellón, deberá presentarse un plan de acción para que sea examinado y aprobado por la Organización Mundial de la Salud. Una vez obtenida esta aprobación, Castellón tendrá 3 años para ejecutar su plan.

La tercera fase es la de la evaluación de los progresos (final del año 5). Al final del primer periodo de ejecución, la ciudad de Castellón deberá presentar a la Organización Mundial de la Salud un informe con los progresos realizados, que será evaluado con los indicadores definidos en la primera fase.

La cuarta fase engloba la mejora continua (ciclos de 5 años). Si resulta posible probar que se han hecho progresos con respecto al plan de acción inicial, la ciudad de Castellón pasará a una fase de mejora continua. Será invitada a elaborar un nuevo plan de acción de hasta cinco años de duración y a desarrollar los correspondientes indicadores. Los progresos con respecto a este nuevo plan se determinarán al final de este segundo periodo de ejecución. Castellón podrá seguir perteneciendo a la red mientras se comprometa a realizar nuevos ciclos de ejecución.

Mathison (2005) y Alemán y Trinidad (2012) señalan que la evaluación diagnóstica tiene como finalidad el definir y conocer las necesidades de un grupo o contexto social para hacerle frente.

En general, una necesidad es considerada como una discrepancia entre el estado actual de un grupo de personas y su estado deseado (Altschuld y Kumar, 2010). La evaluación consiste en el análisis de esas discrepancias y una posterior priorización de las acciones futuras, de tal forma que se solucionen antes las necesidades más preocupantes, básicas y urgentes (Chacón, Sanduvete, Portell y Anguera, 2013).

El objetivo de este trabajo es realizar una evaluación diagnóstica y averiguar el grado de adaptación de la ciudad de Castellón a las personas mayores.

Método

Para efectuar el diagnóstico del municipio de Castellón se ha realizado un análisis secundario de datos estadísticos procedentes tanto del Instituto Nacional de Estadística como del Ayuntamiento de Castellón. Los datos corresponden al año 2015 y los análisis se han efectuado en base a las características de la población mayor de 60 años en cuanto a los datos demográficos, vivienda, formación y ocupación, así como aquellas características que dificultan el bienestar de la población envejecida en los centros urbanos y aquellos recursos que la ciudad ofrece como ayuda a esta población.

Resultados

Los resultados del análisis indican que la población de Castellón ha envejecido entre el año 2005 y el año 2015 de forma progresiva (véase la figura 1). Las líneas verticales nos muestran la pirámide poblacional del año 2005, donde se observa cómo había más población de entre 20-30 años, mientras que actualmente hay más población entre 35 y 49.

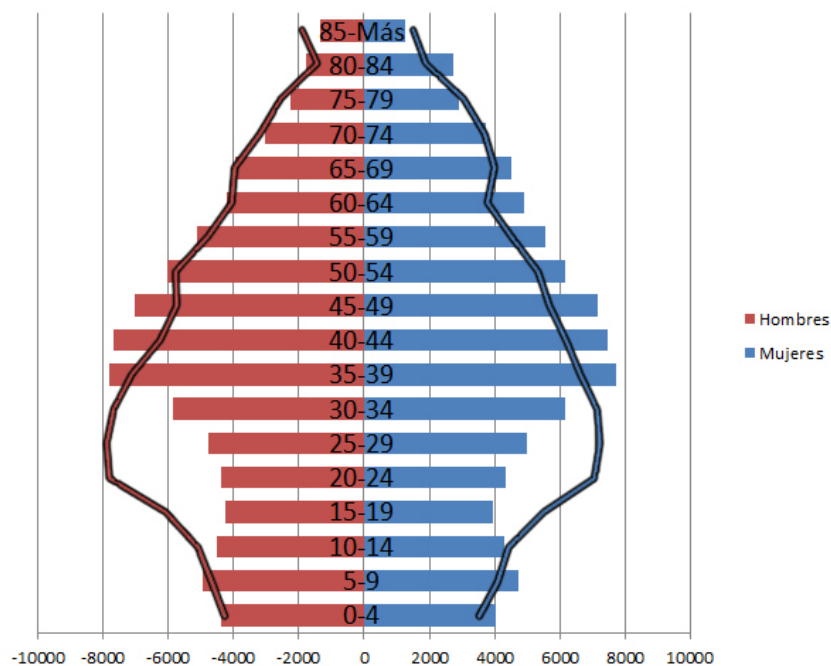


Figura 1. Pirámide poblacional de Castellón

En la figura 2, se observa el índice de envejecimiento, esto es, el porcentaje que representa la población mayor de 64 años respecto a la población menor de 15 años (Fernández-Ballesteros, 2004). Se aprecia cómo la población mayor de 64 años se ha incrementado desde el año 2009 hasta el 2015 de forma abrupta.

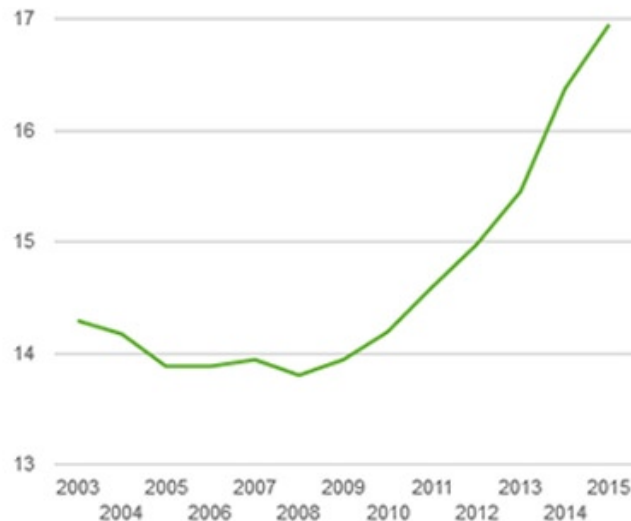


Figura 2. Índice de envejecimiento

El índice de sobreenvjecimiento representa la proporción de personas mayores de 85 o más sobre la población de 65 o más (Fernández-Ballesteros, 2004). En la figura 3 podemos observar cómo, aunque de una forma no tan abrupta como el índice de envejecimiento, el índice de sobreenvjecimiento aumenta entre el 2003 y el 2015, por tanto, hay mayor población con una edad superior a 75 años.

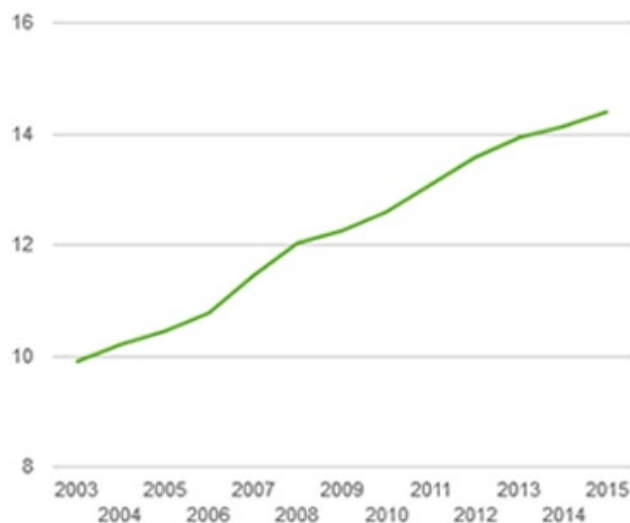


Figura 3. Índice de sobreenvjecimiento

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos muestran el envejecimiento de la población de la ciudad de Castellón, por lo que se recomienda la participación en el proyecto de la red mundial de ciudades amigables con las personas mayores; de esta forma, se podrán conocer aquellas necesidades que tienen las personas mayores de nuestro municipio, poder solventarlas y convertirlas en ventajas para las personas que en un futuro formarán parte de este grupo de población. Este proyecto proporcionará mejoras y beneficios para la ciudadanía en general y para las personas mayores en particular, permitiendo que disfruten de un envejecimiento activo que les permita envejecer con mayor dignidad y provocando cambios, reconociéndose así lo importantes que son las personas mayores, no solo como cuidadores de los nietos en vacaciones, sino como una parte de la sociedad que tiene mucho que enseñarnos.

Referencias bibliográficas

- Alemán, C. y Trinidad, A. (2012). *Evaluación de Servicios Sociales*. Cizur Menor: Aranzadi.
- Altschuld, J. W. y Kumar, D. D. (2010). *Needs Assessment. An Overview*. Thousand Oaks: Sage.
- Chacón, S., Sanduvete, S., Portell, M. y Anguera, M. T. (2013). Reporting a program evaluation: Needs, program plan, intervention, and decisions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 58-66.
- Fernández-Ballesteros, R. (ed.) (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2016). Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 4 de abril de 2016 de <http://www.ine.es>.
- Mathison, S. (ed.). (2005). *Encyclopedia of Evaluation*. Thousand Oaks: Sage.
- OMS (2002). *Active Aging. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2007 a). *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2007 b). *Age-Friendly Cities Project Methodology. Vancouver Protocol*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.

Efectos de la inducción emocional usando realidad virtual en la percepción de bienestar en personas vulnerables a padecer ansiedad y depresión

CRISTINA FERNÁNDEZ RAMOS
al202185@uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA
botella@uji.es

BERENICE SERRANO ZÁRATE
bserrano@uji.es

Resumen

Introducción: La incidencia de trastornos como la depresión o la ansiedad es muy alta en todo el mundo. Se ha observado que las emociones positivas pueden funcionar como factor protector contra estos trastornos y que la tecnología como la realidad virtual (RV) podría ser de utilidad como procedimiento de inducción emocional (PIE). Por ello, la inducción de emociones positivas podría jugar un papel fundamental en la prevención de estas psicopatologías. El objetivo del presente trabajo fue someter a prueba en un estudio piloto si la inducción de emociones positivas mediante RV podía modificar la percepción subjetiva de bienestar. **Método:** El estudio se realizó con 10 voluntarios vulnerables a padecer ansiedad o depresión que no habían recibido diagnóstico para ninguno de estos dos trastornos. Se llevó a cabo la inducción de relajación o alegría mediante PIE con apoyo de RV. **Resultados:** Los resultados muestran una tendencia a reducir la intensidad del estado emocional negativo y a incrementar la intensidad de las emociones positivas. Respecto a la percepción de bienestar, se identificaron cambios positivos después de la inducción emocional. **Conclusión:** Los resultados obtenidos no son concluyentes; sin embargo, es importante considerar que, debido a la importancia de la prevención de trastornos como la ansiedad y la depresión, sería recomendable seguir investigando los potenciales efectos de la inducción de emociones positivas sobre la percepción de bienestar y su vínculo con la salud mental, así como su potencial utilidad en la prevención de la psicopatología.

Palabras clave: inducción emocional, realidad virtual, bienestar, ansiedad, depresión.

Abstract

Introduction: The incidence of mental disorders like depression or anxiety is very high worldwide. Positive emotions have been found to work as a protective factor against these disorders, and that technology like virtual reality (VR) can be useful

as a mood induction procedure (MIP). Therefore inducing these emotions could play a fundamental role in the prevention of these psychopathologies. The objective of this paper was to run a pilot study to test if induction of positive emotions using VR can modify the subjective perception of well-being. **Method:** The study was conducted in a sample of 10 volunteers who were vulnerable to suffer anxiety and/or depression, and who had not been diagnosed for either of these two disorders. Relaxation or joy was induced using different MIPs supported by VR. **Results:** The results showed the following tendency: intensity of negative emotions diminished and intensity of positive emotions increased. Regarding the perception of well-being, positive changes were found after mood induction. **Conclusion:** Although the results are not conclusive, it is important to consider that given the importance of preventing disorders like anxiety and depression, continuing to research into the potential effects of inducing positive emotions on the perception of well-being, and its link to mental health, as well as its potential usefulness in psychopathology prevention, is recommended.

Keywords: mood induction, virtual reality, well-being, anxiety, depression.

Introducción

Las emociones positivas, además de hacernos sentir bien (Livingstone y Srivastava, 2012), pueden ser capaces de *deshacer* los efectos psicológicos y fisiológicos producidos por las emociones negativas, lo cual permite una recuperación más óptima y rápida frente a experiencias estresantes (Folkman y Moskowitz, 2000). Según la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas (Fredrickson, 1998), este tipo de emociones ayudarían a ampliar la atención, la cognición y la acción, lo cual aportaría a la persona la construcción de recursos físicos, cognitivos y sociales a largo plazo para poder afrontar situaciones difíciles o problemáticas futuras. De esta forma, las emociones positivas amplían el alcance de nuestros pensamientos y acciones, así como incrementan los repertorios de los mismos, facilitando, de este modo, el desarrollo de nuevas formas de afrontamiento.

En la última década, se ha explorado el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) como medio facilitador para inducir emociones. Los estudios se han centrado principalmente en el uso de la realidad virtual (RV), la cual ha demostrado su potencial utilidad para modificar las emociones (Botella y cols., 2009) y su capacidad para generar altos niveles de sentido de presencia (Baños y cols., 2004). Así mismo, ningún estudio ha reportado efectos secundarios por el uso de la RV en la inducción de emociones. Uno de los primeros estudios realizados por Baños y cols. (2004) sometió a prueba un procedimiento de inducción emocional (PIE) usando RV denominado «Parques». Este PIE con RV suponía un ambiente virtual basado en un entorno neutral que cambia progresivamente dependiendo de la emoción que se pretende evocar. Es importante añadir que en este sistema de RV se integraron diferentes PIE clásicos para inducir alegría, tristeza, ansiedad y relajación. Estos autores encontraron que este PIE con RV era capaz de producir un cambio en el estado emocional de los participantes. De esta forma, se observó que mediante estos PIE era posible inducir emociones específicas en los usuarios. Estos resultados son de gran importancia ya que revelan la utilidad de la RV como un dispositivo que se puede emplear en la inducción de diferentes emociones. En otro estudio realizado por Baños y cols. (2006) se utilizó el mismo PIE pero con la diferencia de que

solo se llevó a cabo la inducción de alegría y tristeza en población universitaria. Se encontró que este PIE no solo fue eficaz para inducir la emoción objetivo, sino que también fue capaz de cambiar el estado de ánimo inducido a la emoción opuesta. En la misma línea, Baños y cols. (2013) realizaron un estudio para explorar la factibilidad de una intervención psicológica usando este PIE con RV, centrado en la inducción de emociones positivas en pacientes de oncología hospitalizados, quienes se encontraban en estadios muy avanzados de la enfermedad. Los resultados obtenidos fueron positivos. Se observó que, después de cada una de las sesiones en las que se aplicó el PIE con RV, hubo un cambio en el estado de ánimo de los participantes, con un incremento en la intensidad de los estados emocionales positivos y un decremento en la intensidad de los estados emocionales negativos.

Por otra parte, varios estudios han probado que la promoción de la salud mental así como la utilización de intervenciones de carácter preventivo ayudan a reducir el riesgo de padecer un trastorno mental en el futuro (Barry, Clark y Pettersen, 2015) y, tomando en cuenta que se ha probado la eficacia de la inducción de emociones positivas con RV, consideramos que sería beneficioso estudiar su utilidad como intervención preventiva en el desarrollo de diferentes trastornos psicológicos, como son la depresión y la ansiedad, los cuales tienen una incidencia muy alta en la actualidad (Organización Mundial de la Salud, 2011). Además, ya que parece que las emociones positivas pueden reducir las consecuencias derivadas de las emociones negativas (Wood y Tarrrier, 2010), estas podrían jugar un papel fundamental en la prevención de diferentes trastornos debido a que pueden funcionar como factor protector contra el estrés y la depresión (Santos y cols., 2013).

De este modo, este estudio tiene como objetivo someter a prueba si la inducción de emociones positivas mediante RV modifica la percepción subjetiva de bienestar en personas vulnerables a padecer ansiedad o depresión; así mismo, se evalúan otras variables vinculadas al uso de la RV.

Las hipótesis planteadas son las siguientes:

- H1: Después de la inducción emocional con RV, se incrementará el nivel de alegría y relajación y disminuirá la intensidad de la tristeza y ansiedad en los participantes.
- H2: La percepción subjetiva de bienestar se incrementará en los participantes tras la inducción de emociones positivas.
- H3: El sentido de presencia será elevado en los participantes.
- H4: No se identificarán efectos secundarios al uso de la RV en los participantes.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 10 voluntarios, de los cuales 8 son mujeres. El rango de edad oscilaba entre los 18 y los 54 años (media = 28,3; DS = 13,5). De las 10 personas voluntarias, el 40 % tenía un nivel de estudios superiores, el 30 % un nivel de estudios medio y el 10 % un nivel de estudios básico. Ninguno de los participantes había recibido un diagnóstico de ansiedad o depresión; sin embargo, el 50 % tenía un familiar o familiares diagnosticados de algún problema de ansiedad y el 60 % tenía un familiar o familiares con diagnóstico de depresión. Así mismo, ninguno de los participantes tomaba medicación.

Para reclutar la muestra se elaboraron carteles informativos y se colocaron en lugares estratégicos de la Universitat Jaume I. Antes del pase experimental, todos los participantes cumplieron una serie de cuestionarios (BDI-II, ASI-III y SCID-II escala de depresión) a través

de SurveyMonkey, con el objetivo de identificar si cumplían el criterio de inclusión (tener entre 18 y 65 años) y el criterio de exclusión (una puntuación en el BDI-II superior a 19) y de evaluar qué condición experimental les sería asignada en base a los síntomas identificados. Los participantes fueron asignados a una de las dos condiciones experimentales: 1) inducción de alegría o 2) relajación, en base al nivel de malestar e interferencia de los síntomas reportados en los cuestionarios antes citados.

Medidas

Se administraron los siguientes instrumentos de medida:

- *Inventario de depresión de Beck* (BDI-II; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Se utilizó la versión adaptada para población española de Sanz y Vázquez (1998). Se trata de una medida de autoinforme que consta de 21 ítems dirigidos a evaluar la sintomatología propia de los trastornos depresivos.
- *Inventario de ansiedad estado-rasgo* (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Se utilizó la traducción al castellano de TEA ediciones, de la escala para evaluar la ansiedad estado (STAI-E), tanto antes como después de la realización de la tarea experimental.
- *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV* (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamín, 1999). Entrevista semiestructurada diseñada para realizar diagnósticos de personalidad en base a los criterios del DSM. Para este estudio solo fue utilizada la escala *depresión*.
- *Índice de sensibilidad a la ansiedad* (ASI-III; Peterson y Reiss, 1992). Se utilizó la validación española de Sandín, Valiente, Chorot y Santed (2007). Consta de un total de 16 ítems, a los que los participantes contestan según una escala tipo Likert de cuatro puntos.
- *Escala de afecto positivo y negativo* (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Se utilizó la versión traducida al castellano por Sandín y cols., (1999). La escala consta de una lista de 10 ítems que miden emociones positivas y 10 que miden emociones negativas.
- *Índice de calidad de vida* (QLI; Mezzich, Cohen y Ruiperez, 1999). Índice compuesto por 10 ítems, medidos en una escala 1-10, que representan diferentes constructos incluidos en la calidad de vida: bienestar físico, bienestar psicológico-emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socioemocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida.
- *Escalas analógico visuales* (VAS; Gross y Levenson, 1985). Las escalas VAS son instrumentos en los que se pide a la persona que valore, en este caso, el grado en el que siente en ese momento una emoción determinada. Para este estudio se utilizó una versión adaptada por Baños y cols. (2004) en la cual solo se mide alegría, ansiedad, tristeza y relajación en una escala 0-10.
- *Cuestionario de cibermareos* (Kennedy, Lane, Berbaum y Lilienthal, 1993). Se utilizó la validación de Bouchard, Robillard, Renaud y Bernier (2011) traducida para este estudio. Este cuestionario identifica sintomatología física producida como efecto negativo de la inmersión en RV. En ella se diferencian dos factores: síntomas de náuseas y síntomas oculomotores.

- *Cuestionario de presencia y juicio de realidad* (CPYJR; Baños y cols., 2000). Fue diseñado para evaluar distintos componentes del sentido de presencia. El cuestionario está integrado por cinco factores medidos en una escala 0-10: implicación emocional, juicio de realidad y presencia, influencia de las variables formales en el juicio de realidad y sentido de presencia y satisfacción con la experiencia.
- *Opinión de la experiencia emocional en realidad virtual*. Esta escala de elaboración específica para este estudio fue creada para identificar el grado de utilidad y de satisfacción, medidos en una escala 0-10, que valoraban los participantes acerca de la experiencia de inducción emocional con el ambiente virtual.

Ambiente de realidad virtual

Se trata de un *parque* (figura 1) en el que cambian algunos elementos (por ejemplo, colores, intensidad de la luz, etc.) dependiendo del estado de ánimo que se pretenda inducir. En este ambiente se encuentran distintos PIE integrados en el entorno virtual. Este sistema de RV cuenta con los siguientes PIE: frases autorreferentes de Velten, música y sonidos, sistema internacional de imágenes afectivas y recuerdo autobiográfico. La persona es guiada en todo momento por una narrativa la cual indica qué tareas de inducción emocional tiene que ir realizando.



Figura 1. Parque para inducir alegría

Procedimiento

En primer lugar, las personas voluntarias rellenaron los siguientes cuestionarios: BDI-II, ASI-III y la escala de depresión de la SCID-II a través de SurveyMonkey con el objetivo de identificar si cumplían el criterio de exclusión y de evaluar qué condición experimental (alegría o relajación) les sería asignada en base a los síntomas identificados. Al llamamiento respondieron 15 participantes de los cuales fueron excluidos 5 por presentar una puntuación en el BDI-II

superior a 19. Para este estudio se consideró una muestra que mostrara síntomas subclínicos de ansiedad y depresión en niveles leves y moderados. La asignación a cada condición experimental se realizó en base a los niveles de malestar, evitación e interferencia de los síntomas. Si los síntomas predominantes eran de ansiedad, los participantes eran asignados a la condición *relajación*; si los síntomas predominantes eran de depresión eran asignados a la condición *alegría*. Fueron asignados cinco participantes a cada una de las condiciones experimentales.

Los participantes rellenaron un consentimiento informado y una hoja de datos sociodemográficos desarrollada específicamente para este estudio. Posteriormente, realizaron una evaluación previa a la inducción emocional en donde rellenaron los siguientes cuestionarios anteriormente citados: QLI, STAI-E, BDI-II, PANAS, VAS y cuestionario de cibermareos. A continuación, los participantes llevaron a cabo un entrenamiento de cinco minutos aproximadamente con el objetivo de aprender cómo utilizar el entorno de RV. Posteriormente, se les dejaba solos en la sala y entraban en el parque virtual asignado (parque alegre o parque relajación); la duración de la inducción emocional fue de 20 minutos aproximadamente y se realizó en una sola sesión. La experiencia con el parque en RV comienza con una narrativa en la cual la voz de una mujer les introduce y les guía por las diferentes tareas de inducción emocional a realizar en el parque. Después, los participantes pueden pasear por el parque hasta llegar a un quiosco, en el cual se les indican las primeras tareas a realizar: ordenar una serie de frases autorreferentes y seleccionar para estas frases una imagen procedente del sistema de imágenes afectivas; en seguida, los participantes pueden seguir paseando por el parque mientras escuchan en todo momento una música acorde con el estado emocional que se pretende inducir; posteriormente, realizan la última tarea que consiste en evocar un recuerdo autobiográfico. Al finalizar la experimentación, los participantes rellenaron los siguientes cuestionarios: QLI, STAI-E, BDI-II, PANAS, VAS, cuestionario de cibermareos, CPJR y cuestionario de opinión de la experiencia emocional en realidad virtual.

Resultados

Para someter a prueba si la inducción de emociones positivas mediante RV puede modificar la percepción subjetiva de bienestar en personas vulnerables a padecer ansiedad y depresión, se llevó a cabo un análisis de comparación de medias mediante la utilización de la prueba t (tabla 1). La comparación de medias en las *medidas emocionales* muestra diferencias significativas en la condición *relajación* (figura 2): el nivel de relajación fue significativamente mayor después de la inducción emocional ($t(4) = -3,47, p = 0,025$). Sin embargo, no se muestran diferencias significativas para la condición *alegría*.

También se identificaron cambios significativos en otras de las variables evaluadas; ambas condiciones mostraron niveles significativamente menores después de la inducción emocional en el STAI-estado: condición *alegría* ($t(4) = 10,06, p = 0,001$), condición *relajación* ($t(4) = 4,18, p = 0,014$); solo fueron identificados cambios significativos en el PANAS para las emociones negativas en la condición *alegría* ($t(4) = 5,65, p = 0,005$), siendo estas menores después de la inducción emocional.

Tabla 1
Comparación de medias de las variables estudiadas

	Condición alegría (n=5)		Condición relajación (n=5)	
	PRE-TEST	POST-TEST	PRE-TEST	POST-TEST
BDI-II	$\bar{X}=13,80$ (DS=4,65)	$\bar{X}=12$ (DS=6,36)	$\bar{X}=10$ (DS=10,18)	$\bar{X}=7,20$ (DS=10,18)
STAI-E	$\bar{X}=27,80$ (DS=6,53)	$\bar{X}=18,80$ (DS=6,79)	$\bar{X}=20,40$ (DS=13,86)	$\bar{X}=6,20$ (DS=6,87)
PANAS POSITIVO	$\bar{X}=31,80$ (DS=6,61)	$\bar{X}=29,20$ (DS=6,76)	$\bar{X}=31$ (DS=3,08)	$\bar{X}=37,20$ (DS=8,46)
PANAS NEGATIVO	$\bar{X}=23$ (DS=6,67)	$\bar{X}=19$ (DS=6,16)	$\bar{X}=20,40$ (DS=3,91)	$\bar{X}=15$ (DS=7,03)
VAS- TRISTEZA	$\bar{X}=4,40$ (DS=2,70)	$\bar{X}=2$ (DS=2,34)	$\bar{X}=1,60$ (DS=0,89)	$\bar{X}=1,20$ (DS=2,16)
VAS-ALEGRÍA	$\bar{X}=6,60$ (DS=1,14)	$\bar{X}=7,20$ (DS=1,64)	$\bar{X}=6,80$ (DS=1,30)	$\bar{X}=7,20$ (DS=1,78)
VAS-ANSIEDAD	$\bar{X}=3,20$ (DS=2,58)	$\bar{X}=3$ (DS=2,82)	$\bar{X}=2,40$ (DS=2,79)	$\bar{X}=0,40$ (DS=0,89)
VAS-RELAJACIÓN	$\bar{X}=5,80$ (DS=3,03)	$\bar{X}=6,60$ (DS=2,51)	$\bar{X}=6,20$ (DS=1,92)	$\bar{X}=8,80$ (DS=1,30)
CIBMAREOS-NAUSEAS	$\bar{X}=1,60$ (DS=1,14)	$\bar{X}=2,40$ (DS=3,20)	$\bar{X}=0,80$ (DS=1,30)	$\bar{X}=1$ (DS=1,41)
CIBMAREOS-OCULAR	$\bar{X}=1,80$ (DS=1,30)	$\bar{X}=1,80$ (DS=2,38)	$\bar{X}=2,20$ (DS=2,28)	$\bar{X}=0,60$ (DS=0,89)
QLI-FÍSICO	$\bar{X}=7,40$ (DS=1,51)	$\bar{X}=7,80$ (DS=1,48)	$\bar{X}=6,80$ (DS=1,92)	$\bar{X}=8,40$ (DS=1,51)
QLI-PSICOLÓGICO	$\bar{X}=7,60$ (DS=1,51)	$\bar{X}=8,20$ (DS=1,09)	$\bar{X}=6,80$ (DS=1,30)	$\bar{X}=8,40$ (DS=0,89)
QLI-AUTOCUIDADO	$\bar{X}=7,80$ (DS=1,64)	$\bar{X}=7,80$ (DS=1,64)	$\bar{X}=7,80$ (DS=1,92)	$\bar{X}=8,40$ (DS=1,81)
QLI-OCUPACIONAL	$\bar{X}=7,40$ (DS=2,70)	$\bar{X}=7,60$ (DS=2,30)	$\bar{X}=6,80$ (DS=1,64)	$\bar{X}=8,40$ (DS=1,14)
QLI-INTERPERSONAL	$\bar{X}=8,40$ (DS=1,14)	$\bar{X}=8,60$ (DS=0,89)	$\bar{X}=8,20$ (DS=1,64)	$\bar{X}=8,80$ (DS=1,30)
QLI-SOCIAL	$\bar{X}=8,60$ (DS=1,14)	$\bar{X}=8,80$ (DS=0,83)	$\bar{X}=7,20$ (DS=2,16)	$\bar{X}=8,40$ (DS=2,07)
QLI-COMUNITARIO	$\bar{X}=8,40$ (DS=1,14)	$\bar{X}=8,20$ (DS=1,30)	$\bar{X}=6,40$ (DS=2,30)	$\bar{X}=6,40$ (DS=2,51)
QLI-PERSONAL	$\bar{X}=7,2$ (DS=2,68)	$\bar{X}=7,60$ (DS=2,30)	$\bar{X}=7$ (DS=1,87)	$\bar{X}=8$ (DS=1,41)
QLI-ESPIRITUAL	$\bar{X}=7,2$ (DS=2,04)	$\bar{X}=7,20$ (DS=2,04)	$\bar{X}=7$ (DS=1,87)	$\bar{X}=8,20$ (DS=1,78)
QLI-GLOBAL	$\bar{X}=8$ (DS=1,22)	$\bar{X}=7,80$ (DS=1,09)	$\bar{X}=7$ (DS=1,87)	$\bar{X}=8,20$ (DS=1,09)

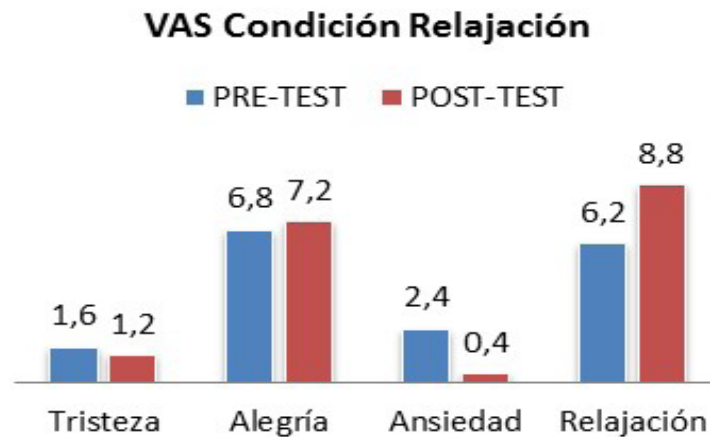


Figura 2. Variables emocionales en el grupo con vulnerabilidad a la ansiedad

En lo que respecta a las *variables de calidad de vida*, se observan diferencias significativas en algunas de las variables en la condición *relajación* (figura 3): la percepción subjetiva de calidad de vida se vio significativamente incrementada tras la inducción emocional en las variables *física* ($t = -4(4)$, $p = 0,016$), *psicológica* ($t = -4(4)$, $p = 0,016$), *personal* ($t = -3,16(4)$, $p = 0,034$) y *global* ($t = -3,20(4)$, $p = 0,033$). Sin embargo, no se aprecian diferencias significativas en la condición *alegría*.

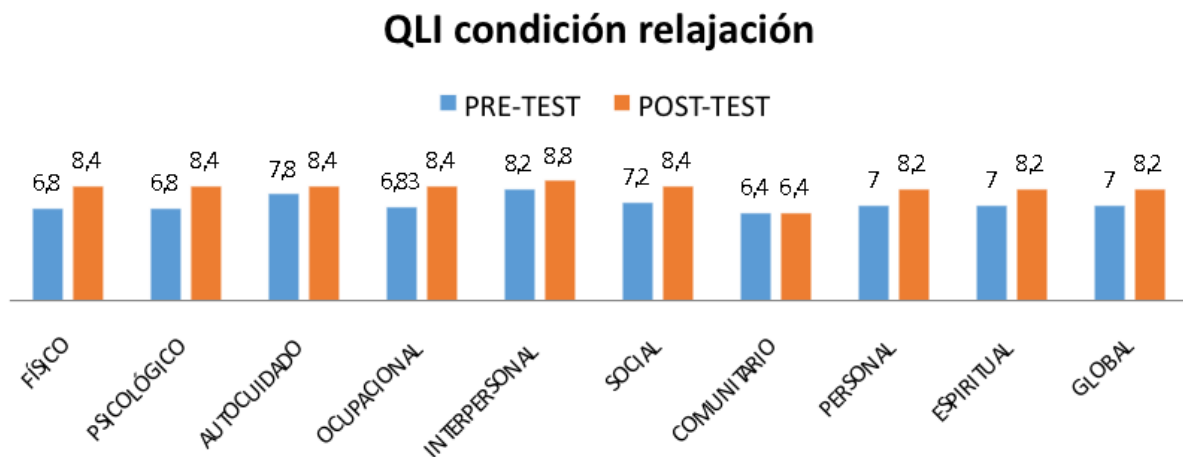


Figura 3. Variables de calidad de vida en la condición de relajación

En relación al *sentido de presencia* en cada uno de los factores evaluados, se identificaron altos niveles en la condición *relajación*, pero niveles moderados en la condición *alegría*, tal como puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2
Niveles de presencia durante la inducción emocional con RV

	Condición alegría Media (DT)	Condición relajación (Media (DT))
Implicación emocional	5,08 (1,50)	7,80 (1,66)
Juicio de realidad y presencia	5,60 (1,63)	7,62 (2,22)
Interacción y correspondencia externa	6,70 (2,38)	8 (1,21)
Influencia de las variables formales	6,51 (1,21)	8,14 (1,95)
Satisfacción con la experiencia	7,60 (1,40)	8,90 (1,20)

Respecto a los *efectos secundarios del uso de la RV*, no se identificaron cambios significativos después de la inducción emocional en ninguna de las dos condiciones experimentales.

También se evaluó la opinión de los participantes acerca de la experiencia de inducción emocional en RV. En la tabla 3 se muestran las puntuaciones medias en cada una de las condiciones. Se puede observar que hubo una buena aceptación del PIE apoyado por RV. Así mismo, en la condición de alegría, el 40 % de los participantes refirieron que sí utilizaría un sistema de RV en casa para mejorar sus emociones con una frecuencia de dos a tres veces por semana; el 20 % lo utilizaría de cuatro a cinco veces a la semana, otro 20 % una vez a la semana y solo un 20 % refirió que no lo utilizaría. En la condición de relajación, todos los participantes refirieron que lo utilizarían; un 40 % lo utilizaría de cuatro a cinco veces a la semana, otro 40 % lo usaría de dos a tres veces por semana y un 20 % una vez a la semana.

Respecto a en qué tipo de dispositivo les gustaría poder utilizarlo, en la condición de alegría al 50 % les gustaría disponer de él en un TV, el 25 % en un ordenador y el 25 % en el móvil. En la condición de relajación, el 60 % prefiere disponer de él en el móvil, el 20 % en la TV y un 20 % en su ordenador.

Tabla 3
Puntuaciones medias de las variables de opinión

	Condición alegría Media (DT)	Condición relajación (Media (DT))
En qué medida le pareció lógico.	$\bar{X} = 7,40 (2,51)$	$\bar{X} = 8,40 (0,89)$
En qué medida experimentó satisfacción.	$\bar{X} = 7,40 (3,20)$	$\bar{X} = 9 (1,73)$
En qué medida lo recomendaría.	$\bar{X} = 7,60 (2,79)$	$\bar{X} = 8,80 (1,30)$
En qué medida sería útil para otros.	$\bar{X} = 7,80 (2,38)$	$\bar{X} = 9 (1)$
En qué medida es útil en su caso.	$\bar{X} = 6,60 (2,51)$	$\bar{X} = 8 (1,87)$
En qué medida le ha resultado aversivo.	$\bar{X} = 2,80 (2,58)$	$\bar{X} = 0,80 (1,09)$
Utilidad de las imágenes en la inducción emocional (IE).	$\bar{X} = 7,80 (1,64)$	$\bar{X} = 8,20 (0,83)$
Utilidad de las frases en la IE.	$\bar{X} = 6,80 (1,48)$	$\bar{X} = 6,20 (3,11)$

	Condición alegría Media (DT)	Condición relajación (Media (DT))
Utilidad de la música en la IE.	$\bar{X} = 8,40 (1,67)$	$\bar{X} = 9,40 (0,89)$
Utilidad del recuerdo autobiográfico en la IE.	$\bar{X} = 7,40 (2,30)$	$\bar{X} = 8,20 (1,09)$
Utilidad del ambiente de RV en la IE.	$\bar{X} = 6,40 (1,51)$	$\bar{X} = 8,20 (1,64)$
Utilidad de la narrativa en la IE.	$\bar{X} = 6,80 (2,28)$	$\bar{X} = 8,40 (1,34)$

Discusión y conclusiones

En relación con nuestro objetivo de estudio que trata de someter a prueba si la inducción de emociones positivas mediante RV puede modificar la percepción subjetiva de bienestar en personas vulnerables a padecer ansiedad y depresión, podemos decir que los resultados obtenidos no son concluyentes. Estos apoyan parcialmente las hipótesis 1 y 2, ya que las únicas diferencias significativas encontradas fueron en el nivel de relajación en la condición de relajación y en algunas de las variables de calidad de vida en esta misma condición. Sin embargo, es importante mencionar que sí que se observa una tendencia a incrementar las emociones positivas y disminuir las negativas, tal como refieren estudios previos (Baños y cols., 2004, 2006, 2013). Así mismo se observa una tendencia de cambio positivo después de la inducción emocional en la percepción subjetiva de bienestar en cada una de las variables evaluadas.

En cuanto a los resultados referentes al sentido de presencia y a los efectos secundarios del uso de la RV, podemos decir que ambos confirman parcialmente la hipótesis 3. Por un lado, en el caso del sentido de presencia, en la condición de relajación sí que se observan niveles elevados; no obstante, para la condición de alegría, este es moderado.

Por otro lado, no se identificaron efectos secundarios al uso de la RV en ninguna de las dos condiciones; por lo tanto, se comprueba la hipótesis 4.

La principal limitación de este estudio es su reducida muestra; por lo cual, sería importante replicarlo con una muestra mayor para brindar al estudio de una mayor validez y de resultados más concluyentes. Por otro lado, solo se indujo la emoción en una sola sesión, por lo que sería interesante realizar más sesiones de inducción emocional para observar los posibles cambios que se pueden producir en el tiempo e identificar si estos son significativos.

Finalmente concluir que, debido a la relevancia de la prevención de trastornos como ansiedad y depresión, sería importante seguir investigando los posibles efectos de la inducción de emociones positivas sobre la percepción de calidad de vida y bienestar y su vínculo con la salud mental, así como su potencial utilidad en la prevención de la psicopatología.

Referencias bibliográficas

- Baños, R. M., Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Perpiñá, C. y Alcañiz, M. (2000). Presence and reality judgment in virtual environments: a unitary construct? *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 327-335.
- Baños, R. M., Espinoza, M., García-Palacios, A., Cervera, J. M., Esquerdo, G., Barrajón, E. y Botella, C. (2013). A positive psychological intervention using virtual reality for patients with advanced cancer in a hospital setting: a pilot study to assess feasibility. *Supportive Care in Cancer*, 21, 263-70.

- Baños, R., Botella, C., Liaño, V., Guerrero, B., Rey, B. y Alcañiz, M. (2004). Sense of presence in emotional virtual environments. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 1, 156-159.
- Baños, R., Liaño, V., Botella, C., Alcañiz, M., Guerrero, B. y Rey, B. (2006). Changing induced moods via virtual reality. *Persuasive*, 7-15.
- Barry, M. M., Clarke, A. M. y Petersen, I. (2015). Promotion of mental health and prevention of mental disorders: priorities for implementation. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21, 503-512.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Botella, C., Baños, R., García-Soriano, G., Oliver, E., Etchemendy, E., Bretón, J. y Alcañiz, M. (2009). Positive mood induction and well-being. Ponencia presentada en *2nd Conference on Human System Interactions*, 517-519.
- Bouchard, S., Robillard, G., Renaud, P. y Bernier, F. (2011). Exploring new dimensions in the assessment of virtual reality induced side effects. *Journal of Computer and Information Technology*, 1, 20-32.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Benjamin L. S. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1995). Emotion elicitation using films. *Cognition and Emotion*, 9, 87-108.
- Kennedy, R. S., Lane, N. E., Berbaum, K. S. y Lilienthal, M. G. (1993). Simulator Sickness Questionnaire: an enhanced method for quantifying simulator sickness. *International Journal of Aviation Psychology*, 3, 203-220.
- Livingstone, K. M. y Srivastava, S. (2012). Up-regulating positive emotions in everyday life: Strategies, individual differences, and associations with positive emotion and well-being. *Journal of Research in Personality*, 46, 504-516.
- Mezzich, J. E., Ruiperez, M. A., Perez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: presentation and validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país (Informe de la Secretaría). Consejo Ejecutivo, 1-6.
- Peterson, R. A. y Reiss, R. J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2.^a ed.). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Sandín, B., Chorot, P., Lastao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Santed, M. A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 91-104.
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Cardoso, A., Carta, M. G., Nardi, A. E. y Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 221-237.

- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998) Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wood, A. M. y Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829.

La regulación emocional en los trastornos emocionales, una piedra nodal para los abordajes transdiagnósticos: una revisión de la literatura

JAVIER FERNÁNDEZ-ALVAREZ
fernanja@uji.es

AMANDA DÍAZ-GARCÍA
amdiaz@uji.es

ALBERTO GONZÁLEZ-ROBLES
vrobles@uji.es

CRISTINA BOTELLA
botella@uji.es

AZUCENA GARCÍA-PALACIOS
azucena@uji.es

Resumen

Introducción: La regulación emocional se ha convertido en un tema de creciente interés, tanto a nivel de investigación básica (Tamir, 2011) como en diversos ámbitos aplicados, fundamentalmente el clínico (Aldao, Nolan-Hoeksema y Schweizer, 2010). Si bien la regulación emocional ha sido estudiada en un amplio conjunto de entidades psicopatológicas, una importante proporción de los desarrollos están vinculados con los trastornos emocionales. En ese sentido, la producción exponencial en relación a la regulación emocional en depresión y ansiedad requiere de notables esfuerzos teóricos para integrar los resultados empíricos. Este trabajo se propone presentar una integración de los principales aportes de la regulación emocional en el campo de los trastornos emocionales, enfatizando su importancia para los abordajes transdiagnósticos. Con dicho objetivo se ha realizado una revisión de la literatura a través de una búsqueda ascendente (*ancestry approach*). **Método:** Se utiliza el modelo de regulación emocional propuesto por Gross (1998) para organizar la siguiente revisión, con las innovaciones que aporta la revisión extendida de dicho modelo (Sheppes, Suri y Gross, 2015). **Resultados:** A través del análisis de la bibliografía se destaca la predominancia del estudio de estrategias de regulación emocional individuales y encubiertas tales como la supresión, la reevaluación, la aceptación o la rumiación. Se plantean los desafíos futuros en el campo de estudio de la regulación emocional en la psicopatología.

Palabras clave: regulación emocional, transdiagnóstico, trastornos emocionales

Abstract

Introduction: Emotion regulation has become a topic of increasing interest, both at the level of basic research (Tamir, 2011) and applied fields, mainly clinical (Aldao, Nolan-Hoeksema y Schweizer, 2010). While emotional regulation has been studied in a wide range of psychopathological entities, a significant proportion of the developments are linked to emotional disorders. In that sense, the exponential production in relation efforts to integrate the existing empirical findings. This work aims to present an integration of the main contributions of emotion regulation in the field of emotional disorders, emphasizing its importance for transdiagnostic approaches. With this objective a review of the literature through an ancestry approach was carried out. **Method:** The emotion regulation model proposed by Gross (1998) is taken to organize the next revision, linking the content to some of the innovations provided by the extended model (Sheppes, Suri y Gross, 2015). **Results:** In the light of the findings a prevalence of individual and covert strategies of emotion regulation such as suppression, reappraisal, acceptance or rumination stands out. Future prospects of the field of emotion regulation are considered.

Keywords: emotion regulation, transdiagnostic approach, emotional disorders

Introducción

La regulación emocional se ha convertido en un tema de creciente interés, tanto a nivel de investigación básica (Tamir, 2011) como en diversos ámbitos aplicados, fundamentalmente el clínico (Aldao, Nolan-Hoeksema y Schweizer, 2010). Si bien la regulación emocional ha sido estudiada en un amplio conjunto de entidades psicopatológicas, una importante proporción de los desarrollos están vinculados con los trastornos emocionales. En ese sentido, la producción exponencial en relación a la regulación emocional en depresión y ansiedad requiere de notables esfuerzos teóricos para integrar los resultados empíricos. Este trabajo se propone presentar una integración de los principales aportes de la regulación emocional en el campo de los trastornos emocionales, enfatizando su importancia para los abordajes transdiagnósticos. Con dicho objetivo se ha realizado una revisión de la literatura a través una búsqueda ascendente (*ancestry approach*). Se utiliza el modelo de regulación emocional propuesto por Gross (1998) para organizar la siguiente revisión, con las innovaciones que aporta la revisión extendida de dicho modelo (Sheppes y cols., 2015). A través del análisis de la bibliografía se destaca la predominancia del estudio de estrategias de regulación emocional individuales y encubiertas tales como la supresión, la reevaluación, la aceptación o la rumiación. Se plantean los desafíos futuros en el campo de estudio de la regulación emocional en la psicopatología.

Método

Se ha realizado una revisión de la literatura a partir de una búsqueda computarizada a través de las siguientes bases de datos: Scopus, PubMed y Web of Science, para artículos publicados entre el 2005 y el 2016 utilizando la siguientes combinación de palabras clave: «emotion regulation AND emotional disorders». De los resultados se evaluaron las publicacio-

nes más relevantes utilizando los siguientes criterios: factor de impacto de la revista o cantidad de citas del artículo y listado de referencias en los artículos evaluados, así como los libros de referencia sobre la temática. Es decir, se llevó a cabo el procedimiento de búsqueda ascendente (*ancestry approach*). Para organizar la presente revisión, se utilizó el modelo de regulación emocional propuesto por Gross (2014), con las innovaciones que aporta la revisión del modelo en su versión extendida (Sheppes y cols., 2015).

Resultados

La regulación emocional se define como las estrategias que los individuos realizan para influenciar qué emociones se experimentan, así como cuándo y cómo se las expresa (Gross, 1998). En los últimos años, se ha identificado la relación estrecha existente entre determinados modos de desplegar el proceso regulatorio de las emociones y diversas entidades psicopatológicas (Kring y Sloan, 2010). Particularmente, se ha comprobado que las estrategias de regulación emocional inadecuadas son importantes factores que contribuyen de forma significativa al desarrollo y mantenimiento de los síntomas de ansiedad y depresión (Aldao, Nolan-Hoeksema y Schweizer, 2010).

El hallazgo de procesos transdiagnósticos constituye una indudable posibilidad de avanzar en el desarrollo de una alternativa conceptual en el campo psicopatológico, que atraviesa una franca disputa epistémica, conceptual y pragmática en la clasificación de las entidades nosológicas (Lilienfeld y Treadway, 2016). Los abordajes transdiagnósticos permiten incorporar la noción de que la naturaleza de los desórdenes mentales subyace en procesos comunes que exceden a la mera manifestación sintomática. De hecho, los manuales diagnósticos que continúan basando los principios taxonómicos en aspectos sintomatológicos han mostrado ser poco útiles, pues no logran resolver la enorme dificultad de clasificar desórdenes específicos que terminan engrosando los listados de trastornos no especificados. De este modo, una perspectiva transdiagnóstica permite generar un marco de referencia con una conceptualización flexible que facilita un modelo comprensivo de acuerdo a los complejos patrones de comorbilidad presentes en la psicopatología (Aldao, 2012).

Dada la tradición nosológica que heredó la psicopatología por su nacimiento naturalista y psiquiátrico, la comorbilidad es el aspecto que más ha resaltado la naturaleza común de los trastornos emocionales, lo cual, a su vez, ha estimulado el estudio de procesos transdiagnósticos subyacentes. Los estudios epidemiológicos muestran que un 60 % de las personas que sufren un trastorno de ansiedad presentan un cuadro comórbido de ansiedad o de depresión. Cuando se analiza la comorbilidad en la trayectoria vital de las personas, la comorbilidad se eleva hasta el 76 % (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001). En este sentido, la regulación emocional se ha constituido como una aportación fundamental para el estudio de factores transdiagnósticos en los trastornos emocionales, en la línea de los planteamientos defendidos por Brown y Barlow (2009) acerca del papel común del afecto y de dimensiones de personalidad como el neuroticismo y la extraversión.

La regulación emocional se lleva a cabo siempre a través de distintas estrategias que se han ido clasificando a lo largo de los años en diversas categorías. Por ejemplo, según los momentos, se dividen en focalizadas en el momento antecedente (incluye la selección de la situación, la modificación de la situación, la focalización de la atención y el reencuadre cognitivo de una situación) o focalizadas en la respuesta (la modulación según el modelo clásico de Gross de 1998). Así como las estrategias adaptativas se las considera como tales por su naturaleza efectiva en el despliegue regulatorio, asociándose negativamente con medidas generales psicopatológicas, las estrategias antecedentes a la respuesta emocional parecen resul-

tar métodos efectivos para la regulación en el corto plazo, mientras que las estrategias posteriores a la respuesta emocional tenderían a ser contraproducentes (Hofmann, 2014). Además del momento de inicio, una estrategia emocional puede variar en función del lugar en donde se sitúa (interno o externo), la motivación del resultado que se quiere conseguir (instrumental o hedónica), el nivel de conciencia (implícita o explícita), la direccionalidad de la regulación que puede ser a nivel de duración, intensidad y frecuencia, tanto para emociones positivas como negativas, y, por último, el apoyo que se busca para la resolución de una situación problemática (en uno mismo o en los otros).

De este modo, las estrategias a través de las que se despliega el proceso regulatorio de las emociones pueden derivar en consecuencias adaptativas o desadaptativas. Si bien se tiende a considerar que determinadas estrategias son habitualmente adaptativas (como la reestructuración cognitiva o la aceptación) o desadaptativas (como la supresión o la rumiación), lo que realmente resulta explicativo de la aparición de estrategias desadaptativas es la flexibilidad que supone la capacidad de poner en contexto y evaluar consecuentemente qué tipo de categoría regulatoria, qué estrategia, en qué momento y con qué intensidad se debe llevar a cabo el proceso regulatorio (Bonanno, Papa, Lalande y cols., 2004; Aldao, Sheppes y Gross, 2015). Aldao y cols. (2015) identifican dos tipos de flexibilidad: aquella que interfiere con el objetivo y conlleva una consecuencia desadaptativa y otra que facilita el objetivo y, por lo tanto, deriva en una consecuencia adaptativa. Así mismo, el aspecto adicional consiste en poseer una cantidad óptima de estrategias regulatorias para la identificación, la selección y la implementación del proceso regulatorio emocional (Sheppes y cols., 2015). En definitiva, lo que queda claro es que la posibilidad de establecer patrones adaptativos de regulación emocional no puede establecerse *a priori*, sino que es necesaria una evaluación contextual en la que se produce dicha regulación. Las personas flexibles tenderán a adaptarse mejor a los diversos contextos, pudiendo desplegar las herramientas regulatorias en los momentos precisos (Aldao y Tull, 2015).

En cuanto a las estrategias más estudiadas en la literatura, cabe señalar las siguientes: la supresión, la reevaluación cognitiva, la aceptación, la rumiación y la evitación atencional (Aldao y Nolan-Hoeksema, 2010). La focalización en estas estrategias constituye una evidencia contundente de cómo se ha relegado el estudio de los posibles factores regulatorios externos y contextuales (Hofmann, 2014). De hecho, en la reconceptualización presentada recientemente por Sheppes y cols. (2015) se enfatizan tres aspectos fundamentales: a) el rol que juega la interacción respecto a la generación de la emoción en un proceso isomórfico, b) el despliegue temporal que implica toda regulación de la emoción y c) la complejización, a través de establecer tres momentos en los que se puede desplegar la regulación (identificación, selección e implementación). En cada una de las etapas pueden ocurrir déficits según cada uno de los tres elementos regulatorios que identifican Sheppes y cols., (2015): percepción, evaluación y acción, elementos que forman parte de cada una de las etapas (identificación, selección e implementación).

La aportación fundamental para la psicopatología de la identificación y la selección consiste en permitir distinguir más sutilmente el foco donde la regulación emocional no se despliega de un modo adecuado. Mientras que la implementación apunta meramente a la ejecución, la identificación describe la percepción acerca de la situación y las estrategias disponibles. Por último, la selección hace referencia al proceso de escoger, precisamente, alguna de las estrategias identificadas en el menú. A su vez, en el nuevo modelo se mantienen las cinco tácticas identificadas en el modelo original, que dan lugar a las estrategias específicas que se han estudiado en relación a la psicopatología en general y a los trastornos emocionales en particular: la selección de la situación, la modificación de la situación, el despliegue atencional, el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta (Sheppes y cols., 2015).

Selección de la situación desadaptativa. Evitación: la evitación situacional es una de las pocas estrategias estudiadas en profundidad que son manifiestas (*overt strategies*). Investigaciones como la de Aldao, Jazaieri, Goldin y Gross (2014) han estudiado el papel desadaptativo que tiene este tipo de regulación emocional en los trastornos emocionales. La evitación situacional se vincula con la evitación experiencial, que ha sido el constructo más estudiado, sobre todo por su inclusión en las terapias de tercera generación (Hayes, 2004). Aunque puede ser discutible si la evitación experiencial incluye a la situacional, como afirman Boulanger, Hayes y Pistorello (2010), el hecho de no seleccionar una situación (es decir, evitarla) puede ser un proceso de *down-regulation* en situaciones que se perciben como altamente amenazantes (un grupo de gente, un lugar abierto, un lugar cerrado, una actividad, etc.). La evitación experiencial, en ese sentido, puede implicar cualquiera de las cinco etapas identificadas por Gross, Boulanger y cols. (2010): en las etapas de selección y modificación se podría producir una evitación experiencial aprendida a través de condicionamiento. El problema se presenta cuando este proceso se aprende de modo rígido y se generaliza a patrones de comportamiento alexitímicos, anhedónicos y disociativos. Del mismo modo, se puede presentar una evitación de la concentración, que respondería al tercer momento de la regulación emocional de Gross. La distracción excesiva está asociada con la rumiación y la preocupación excesiva (se abordan más abajo), que se relacionan íntimamente con los trastornos emocionales (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Respecto a la evitación experiencial en el cuarto momento del proceso regulatorio, la reevaluación cognitiva puede estar mediada por la evitación experiencial. Por último, la evitación focalizada en la respuesta del proceso emocional incluye la supresión o alteración de respuestas conductuales a una emoción elicitada. Entre ellos se incluyen los intentos por controlar los informes verbales, las conductas afectivas y las respuestas fisiológicas.

Focalización desadaptativa de la atención. La rumiación es una estrategia de regulación emocional muy estudiada en cuanto a su relación con los trastornos emocionales (McLaughlin y Nolan-Hoeksema, 2011). Se la conceptualiza como un proceso de pensamiento que supone pensar de manera repetitiva y pasiva sobre los propios síntomas de malestar y sus posibles causas (Nolan-Hoeksema y cols., 2008). La rumiación suele estar presente en la depresión y la ansiedad generalizada y da lugar a un incremento del pensamiento negativo, perturba la resolución eficaz de los problemas, interfiere con la conducta instrumental y puede dar lugar a una erosión de los vínculos sociales (Aldao, 2012). Las mujeres utilizan más la estrategia de rumiación que los hombres, aspecto que pudiera estar vinculado con las tasas más elevadas de depresión y ansiedad en mujeres en comparación con los hombres (Johnson y Whisman, 2012). Por otro lado, la rumiación parece estar más ligada a la depresión que a la ansiedad, si bien tiene relación con ambos trastornos (Aldao y cols., 2010).

La rumiación no es intrínsecamente desadaptativa; ahora bien, se ha comprobado que en las personas con depresión la presencia de rumiación da lugar a un incremento de la interpretación negativa de los eventos pasados, lo cual incrementa los niveles de malestar general (Nolan-Hoeksema y cols., 2008). Las personas que utilizan dicha estrategia indican que lo hacen porque piensan que de este modo logran una mayor autoconciencia de su situación vital, de sus problemas y de supuestas posibles soluciones (Papageorgiou y Wells, 2001). Nolan-Hoeksema (2000) ha estudiado la relación entre la rumiación y los trastornos emocionales y ha comprobado que participantes sanos que puntuaban alto en rumiación tendían a desarrollar al año siguiente más sintomatología depresiva que los que no utilizaban la rumiación como mecanismo regulatorio. En esta misma línea, también se ha identificado la rumiación como un factor predisponente al inicio y mantenimiento de la depresión, siendo, por tanto, un objetivo específico en los tratamientos para esta condición clínica (Watkins, 2015).

Cambio cognitivo desadaptativo. La reevaluación cognitiva consiste en la posibilidad de pensar acerca de una situación de modo diferente con el objetivo de modificar su impacto emocional. Habitualmente, está considerada como la estrategia más adaptativa cuando se aplica eficazmente y constituye la piedra nodal de la teoría cognitiva para explicar la aparición de muchos trastornos psicológicos, particularmente la depresión y la ansiedad (Beck y Haigh, 2014). En la mayoría de estudios, se identifica la reevaluación cognitiva como una estrategia adaptativa (véase, por ejemplo, Aldao, Nolan-Hoeksema y Schweizer, 2010). La posibilidad de reencuadrar la experiencia que elicitaba una emoción determinada o un estímulo (usualmente negativo) es una estrategia que resulta habitualmente adaptativa para alterar el impacto negativo que provoca. Según McRae, Ciesielsky y Gross (2012) existen ocho modos distintos en los que se puede reevaluar cognitivamente una situación. Al utilizar esta estrategia, la intensidad emocional puede ser mitigada (*down-regulated*) a través del pensamiento. La falta de flexibilidad cognitiva que caracteriza a los individuos con trastornos emocionales hace que la reevaluación sea poco utilizada como estrategia regulatoria y, por ello, se observa una correlación negativa con los trastornos emocionales. Nezlek y Kuppens (2008) han mostrado que la relación entre la reevaluación y una alta autoestima está mediada por el afecto positivo.

En cuanto a las emociones positivas, en la depresión las personas que sufren depresión tienen dificultades para imaginarse escenarios positivos futuros y, cuando logran visualizarlos, los valoran de manera menos positiva que los sujetos sanos. En un estudio realizado se encontró que, en comparación a los sujetos control, el grupo de personas con depresión mostraba dificultades para reevaluar estímulos positivos cuando era entrenado para generarlas de modo explícito en respuesta a imágenes placenteras (Carl y cols., 2013).

Modulación desadaptativa de la respuesta. La aceptación se ha conceptualizado como la habilidad para permanecer en contacto con los sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas sin el objetivo de intentar modificarlas (Hayes y cols., 1999). Esta estrategia se debe asociar al proceso de modulación de la respuesta o monitoreo en el marco conceptual de Gross, lógicamente después de la etapa de implementación. Eifert y Heffner (2003) identifican la aceptación como una estrategia que permite reducir la ansiedad y la evitación conductual. Así mismo, en un estudio realizado por Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann (2006) se comparó la respuesta diferencial que generaba una estrategia de regulación de aceptación frente a la supresión de la situación displacentera y se observó que la aceptación daba lugar a un menor afecto negativo y una disminución de la respuesta cardíaca (arousal ansioso).

Se ha encontrado que la no aceptación está asociada a la ansiedad pero no a la depresión. Se considera la aceptación como un mecanismo opuesto a la supresión, que ha demostrado ser una estrategia desadaptativa. Por ejemplo, se ha comprobado que, en ocasiones, se genera un efecto paradójico cuando se intenta suprimir la emoción por su naturaleza displacentera, ya que lo que se logra es incrementar los niveles de malestar y arousal en comparación con los individuos que no utilizan tal estrategia (Abramowitz, Tolin y Street, 2001). También se ha comprobado que los pacientes con ansiedad que logran incorporar la aceptación como estrategia de regulación emocional reducen los niveles de malestar subjetivo y de evitación conductual. Esto resulta importante ya que sería un factor de vulnerabilidad atendiendo al esquema de la triple vulnerabilidad de Brown y Barlow (2009) en el que precisamente la evitación conductual, el afecto negativo y el neuroticismo son factores predisponentes para el desarrollo y mantenimiento de todos los trastornos emocionales.¹ Existen otras respuestas desadaptativas que tienen que ver con estrategias manifiestas (*overt strategies*), como pueden ser el consumo de alcohol, los conflictos interpersonales, el comer o incluso ver la televisión de forma excesiva. Por ejemplo, en un estudio reciente en relación a estrategias mani-

1. Estos trabajos experimentales se pueden encontrar en Eifert y Heffner (2003) y Wolfgast (2012).

fiestas y encubiertas se pone de manifiesto que las estrategias manifiestas (como el uso de sustancias, la búsqueda de ayuda, pelear con otros y evitar situaciones) están más relacionadas con la presencia de psicopatología que las estrategias encubiertas. En el caso de los trastornos de ansiedad, se ha observado una relación significativa con la presencia de estrategias como tomar alcohol y pelear con otros (Aldao y Dixon-Gordon, 2015). La supresión es una estrategia focalizada en la respuesta que tiene como objetivo desprenderse de pensamientos, conductas y sentimientos de los que la persona es muy consciente. Si bien en ciertas ocasiones puede resultar efectiva su implementación (por ejemplo, la supresión expresiva en la *down-regulation* de expresiones faciales cuando se busca mantener o incrementar la intensidad de las experiencias subjetivas y el arousal fisiológico), en general es una estrategia que resulta desadaptativa. Por ejemplo, Campbell-Sills y cols. (2006) muestran cómo la supresión lleva a incrementar las tasas de ritmo cardíaco y el afecto negativo en comparación con un grupo que reevaluaba. La supresión puede estar dirigida a la inhibición conductual de la expresión emocional (*expressive suppression*) o a atenuar los sentimientos subjetivos que provoca una emoción (*emotion suppression*). Mientras que la expresión emocional puede ser efectiva para la supresión conductual, puede incrementar el arousal fisiológico y reducir la intensidad de la experiencia subjetiva de la emoción (Campbell-Sills, Ellard y Barlow, 2013). En determinadas circunstancias, la supresión ha mostrado ser efectiva, como por ejemplo después de situaciones traumáticas, ya que en ese momento la supresión permite reducir el malestar y las intrusiones posteriores. Si bien existen diferentes tipos de supresión, la supresión del pensamiento es la más relacionada con la presencia de psicopatología, particularmente los trastornos emocionales (Purdon, 1999). Se ha observado que la supresión emocional predice mejor resultado en psicoterapia que la reevaluación; sin embargo, la evidencia que aporta el estudio es contradictoria (Scherer, Boecker, Pawelzik, Gauggel y Forkmann, 2015). Esto apoya el énfasis dado por Aldao y Tull (2015) en relación al papel contextual y la flexibilidad como los dos aspectos más relevantes para determinar la adaptabilidad o no del despliegue de regulación emocional. Las personas que sufren un trastorno emocional, por lo general, experimentan emociones aversivas y agobiantes. Cabe pues hipotetizar que les resulta difícil la regulación una vez ya ha sido elicitada la emoción. Así mismo, se produce una disminución de la intensidad (*down-regulation*) de la emoción positiva en tanto hay una focalización en los pensamientos con contenido negativo o en las posibles consecuencias negativas. En este sentido, se identifica un incremento excesivo *down-regulation* de las emociones positivas (Carl y cols., 2013).

Particularmente, en la depresión se ha observado que los individuos tienen una notable dificultad para mantener respuestas emocionales positivas. Este aplanamiento de la capacidad de expresión emocional positiva parece ser un rasgo de muchos pacientes con depresión, por lo que se lo considera más un factor de vulnerabilidad que una consecuencia del trastorno. Por otro lado, el saboreo, una estrategia que implica la capacidad de disfrute de una situación (Bryant y Veroff, 2007), se ha visto disminuida en la depresión. Lo mismo se ha identificado con la rumiación positiva (Feldman y cols., 2008). En el caso de la ansiedad, se ha encontrado poca evidencia empírica, destacándose el arousal (como la activación del simpático) y la aprehensión (como el *worry*) como aspectos asociados con una menor capacidad de respuesta emocional positiva ante estímulos placenteros. Al igual que en la depresión, se observa incremento del *down-regulation* y una disminución de la *up-regulation* en las emociones positivas.

Ahora bien, ¿cuáles son las limitaciones que presenta el campo de la regulación emocional? En primer lugar, cabe destacar que se ha prestado escasa atención a los aspectos interpersonales y contextuales que se vinculan con la regulación emocional² (Hofmann y cols., 2014). En una reciente revisión, Gross (2015) enfatiza la necesidad de profundizar en el estudio de los aspectos contextuales. En consonancia con la concepción intraindividual de la regulación emocional, se ha hecho énfasis en las estrategias individuales y, sobre todo, las encubiertas. Si bien es necesario seguir ahondando en su estudio, Aldao y Dixon-Gordon (2013) insisten en que debe proliferar el estudio de las estrategias manifiestas como tomar alcohol, discutir con otros, evitar situaciones o buscar ayuda. Por ejemplo, estos autores comprobaron que discutir con otros era un factor asociado negativamente con la depresión, pero positivamente con el arousal ansioso; o que el consumo de alcohol como estrategia regulatoria manifiesta (*overt*) se asociaba positivamente con la ansiedad social.

La pregunta central que plantea Aldao (2012) es estudiar qué aspectos son transdiagnósticos de modo invariante y cuáles de modo variable. En otras palabras, ¿las estrategias de regulación emocional se dan de modo equivalente en todos los trastornos emocionales? Por ejemplo, el afecto positivo anteriormente descrito como un factor transdiagnóstico en los trastornos emocionales parecería no serlo de todos sino de algunos específicos, como la depresión mayor y la ansiedad social. Además, en los casos en los que la estrategia es la misma, también sería necesario identificar la variabilidad de su identificación y selección (creencias que tiene la persona respecto a su autoeficacia utilizando la estrategia), así como la implementación (la eficacia real llevándola a cabo). Por ejemplo, los individuos que padecen depresión y ansiedad social, en comparación con sujetos control sanos, utilizan la supresión expresiva y la rumiación de un modo excesivo y subutilizan la reevaluación. Ahora bien, si se compara el grupo de personas con diagnóstico de depresión y el grupo de pacientes con ansiedad social, se detecta que el primer grupo utiliza más frecuentemente la rumiación y menos la reevaluación que la ansiedad social. Por el contrario, este segundo grupo informa en mayor medida la utilización de supresión expresiva.

En este sentido, cobra particular interés el nuevo modelo presentado por Gross y cols., (2014), pues supone poner en marcha la ardua tarea de vincular las funciones básicas cognitivas alteradas en cada una de las etapas del proceso regulatorio, lo cual puede llevar a una mayor distinción entre trastornos específicos. Por ejemplo, en la identificación, los ataques de pánico se producen en el primero de los tres momentos, la percepción, precisamente por la sobrerrepresentación de los signos pequeños y sutiles de los estados emocionales que experimenta la persona. En cambio, en la implementación se identifica en la valuación: la preocupación excesiva (*worry*) que se observa en el trastorno de ansiedad generalizada y en el que se desarrolla una evaluación positiva de tácticas regulatorias desadaptativas.

Por último, cabe destacar el papel que juegan las modas. La psicología como ciencia no está exenta de generar focos de atención que se convierten en modas y dejan de lado o desdibujan otros ámbitos de investigación. En este sentido, cabe señalar que, en estos momentos, se observa un intento de englobar bajo el foco de la regulación emocional la totalidad de la conducta psicopatológica. Sin duda, las emociones y el estudio acerca de cómo regularlas son aspectos centrales que la ciencia cognitiva ha puesto felizmente en primer término. Ahora bien, esto no debería dejar de lado o minusvalorar la cognición de la que tanto hemos aprendido. Sensatamente habría que adoptar una perspectiva integral que permita analizar en profundidad la inexorable interacción que existe entre emoción, cognición y conducta, tanto desde una perspectiva intraindividual como interaccional.

2. Esto responde a una problemática que excede al terreno específico de la regulación emocional, ya que supone una manifestación de la visión psicopatológica que siempre ha prevalecido y que el nuevo RDOC parece mantener.

Conclusiones

En las últimas dos décadas se ha producido un incremento exponencial de estudios en torno a la regulación emocional en los trastornos emocionales. Uno de los desafíos que impone el futuro inmediato consiste en priorizar aquellas líneas que puedan tener una significación clínica más notoria, de modo que el conocimiento pueda ser trasladado a la práctica en pos de reducir el sufrimiento de las personas que sufren trastornos emocionales. A este respecto, cabe recordar que esos trastornos son, precisamente, los más prevalentes en salud mental y, a la vez, aquellos que están menos atendidos. Además, no solo habría que prestar atención a los muchos pacientes que sufren y no reciben la atención necesaria, ya que existe también una importante cantidad de personas con trastornos emocionales subclínicos que también experimentan notable sufrimiento y tienen altas probabilidades de desarrollar cuadros más graves ante situaciones estresantes. Los abordajes transdiagnósticos que sustentan parte importante de su conceptualización en los procesos básicos de regulación emocional forman parte de estrategias que permitirán eliminar la brecha existente entre la ciencia y la práctica. En ese sentido, resulta sumamente relevante que se siga indagando en el terreno de la regulación emocional.

Referencias

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F. y Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21, 683-703.
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 261-277.
- Aldao, A., Jazaieri, H., Goldin, P. R. y Gross, J. J. (2014). Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 382-389.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldao, A. y Tull, M. T. (2015). Putting Emotion Regulation in Context. *Current Opinion in Psychology*, 3, 100-107.
- Beck, A. T. y Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Bryant, F. B. y Veroff, J. (2007) *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. y Coifman, K. (2004). The Importance of Being Flexible. *Psychological Science*, 15, 482-487.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C. y Pistorello, J. (2010). Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. En A. M. Kring y D. M. Sloan (eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 107-136). New York: Guilford.
- Brown, T. y Barlow, D. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.

- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585-599.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion, 6*, 587-595.
- Campbell-Sills, L., Ellard, K. K. y Barlow, D. H. (2013). Emotion regulation in anxiety disorders. En J. J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (2.^a ed.). New York: Guilford Press.
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C. y Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review, 33*, 343-360.
- Eifert, G. H. y Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 293-321.
- Feldman, G. C., Joormann, J. y Johnson, S. L. (2008). Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 507-525
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*, 1-26.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. (2014). Interpersonal Emotion Regulation Model of Mood and Anxiety Disorders. *Cognitive Therapy and Research, 38*, 483-492.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. y Asnaani, A. (2009). The effects of Reappraisal, Acceptance and Suppression Strategies on Anxious Arousal. *Behavior Research & Therapy, 47*, 389-394.
- Johnson, D. P. y Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis, *55*, 367-374.
- Kring, A. M. y Sloan, D. S. (2010). *Emotion regulation and psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Lilienfeld, S. y Treadway, M. T. (2016). Clashing Diagnostic Approaches: DSM-ICD versus RDOC. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 435-465.
- Nezlek, J. B. y Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality, 76*, 561-579.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 161-187.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 160-164.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 1029-1054.
- Scherer, A., Boecker, M., Pawelzik, M., Gauggel, S. y Forkmann, T. (2015). Emotion suppression, not reappraisal, predicts psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2015.1080875

- Sheppes, G., Suri, G. y Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 379-405.
- Tamir, M. (2011). The maturing field of emotion regulation. *Emotion Review, 3*, 3-7.
- Watkins, E. (2015). Psychological treatment of depressive rumination. *Current Opinion in Psychology, 4*, 32-36.
- Wolfgast, M. (2012). *Acceptance and Cognitive Restructuring. Analyses and comparisons from an emotion regulation perspective*. Tesis doctoral. Universidad Lund, Malmö, Suecia.

Regulación emocional y práctica deportiva competitiva en la adolescencia

NIEVES FUENTES-SÁNCHEZ
al262229@uji.es

IRENE JAÉN
ijaen@uji.es

MARÍA GONZÁLEZ ROMERO
al189476@uji.es

DIEGO MOLINER URDIALES
dmoliner@uji.es

M.^a CARMEN PASTOR VERCHILI
mpastor@uji.es

Resumen

Introducción: La regulación emocional es la capacidad para manejar las emociones de manera apropiada, modificando su intensidad y duración, por lo que se ha vinculado con el bienestar psicológico. Así mismo, la actividad física se considera beneficiosa para la salud, aunque los resultados que la vinculan con el bienestar psicológico y emocional no han sido concluyentes. **Objetivo:** Este estudio pretende explorar la relación entre el bienestar psicológico y la actividad física durante la adolescencia, un período del desarrollo caracterizado por una elevada inestabilidad emocional. **Método:** Se seleccionó una muestra de adolescentes de 13-14 años (70 de práctica deportiva competitiva, pertenecientes a clubs federados por más de 2 años y que entrenaban al menos 3 veces por semana, y 50 no deportistas) que completaron una batería de instrumentos psicológicos en diferentes sesiones. **Resultados:** Los datos preliminares indican que el grupo de adolescentes que realizaban práctica deportiva competitiva (PDC), en comparación con el grupo que no practicaba deporte, mostraron menores puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión del BASC-S3, así como en la escala de afecto negativo del PANAS-N, mientras que mostraron mayores puntuaciones en las escalas de claridad de sentimientos y reparación emocional del TMMS-24. **Conclusiones:** Estos resultados sugieren que el grupo de PDC mostró mayores competencias emocionales y un mayor bienestar psicológico. Igualmente, ponen de manifiesto la conveniencia de aplicar políticas de educación y salud pública más eficaces para fomentar la práctica deportiva con el fin de mejorar la regulación emocional en la población adolescente e incrementar su salud física y psicológica.

Palabras clave: regulación emocional, bienestar psicológico, práctica deportiva competitiva, actividad física, adolescencia.

Abstract

Background: Emotion regulation is the capability to manage emotions in an adequate way, modifying their intensity and durability, being therefore associated to psychological wellbeing. Likewise, physical activity is considered beneficial for health, even when results that relate exercise to psychological and emotional wellbeing have not been conclusive. **Aim:** This study aims to explore the relation between psychological wellbeing and physical activity during adolescence, a developing stage characterized by a high emotional instability. **Method:** The sample was made by adolescents between 13 and 14 years old (70 practicing competitive sports, members of federated sportive clubs for more than 2 years and training at least 3 times a week, and 50 non-athletes). Participants completed several psychological tests in different sessions. **Results:** Preliminary data indicate that the group of adolescents who practised competitive sports (PCS) showed lower scores than non-athletes in anxiety and depression scales of BASC-S3, as well as in the negative affect scale of PANAS-N. Nevertheless, non-athletes showed higher scores in clarity of emotions and emotional repair scales of TMMS-24. **Conclusions:** These results suggest that the PCS group showed higher emotional skills and better psychological wellbeing. Furthermore, our data show the need to apply educational policies and public health programmes promoting sports practice to improve emotion regulation in adolescent population, increasing its physical and psychological health.

Keywords: emotion regulation, psychological wellbeing, competitive sports, physical activity, adolescence.

Introducción

Las altas tasas de comorbilidad entre los trastornos emocionales y de ansiedad y la generalización de la respuesta terapéutica a ciertos tratamientos ha provocado un aumento de trabajos interesados por estudiar factores comunes que faciliten la posibilidad de realizar tratamientos de los trastornos mentales desde un enfoque transdiagnóstico. Uno de estos factores es la regulación emocional (RE), la cual se refiere a aquellos procesos por los cuales las personas podemos ejercer una influencia sobre qué emociones tenemos, cuándo las tenemos y cómo las experimentamos y expresamos (Gross, 1999). La investigación ha puesto de manifiesto la importancia de la RE en un amplio abanico de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, llegando a sugerir que un déficit de la misma está presente en más de la mitad de trastornos del eje I y todos los trastornos del eje II (Gross y Levenson, 1997). La extensa variedad de trastornos que parecen estar relacionados con la RE pone de manifiesto la importancia de definir la parte disfuncional de la (des)regulación emocional. Este concepto hace referencia a la existencia de déficits en la activación o efectividad de ciertas estrategias de RE ante estados afectivos negativos (Hervás y Vázquez, 2003). La desregulación emocional, por tanto, puede dar lugar a una excesiva labilidad emocional o a una inercia afectiva desmesurada, síntomas característicos de trastornos como el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993).

Por otro lado, cuando se habla de RE adaptativa, se pueden mencionar tres factores comunes: la *atención emocional*, que parece influir en las estrategias disponibles de la persona; las *metas*, qué es lo que se quiere conseguir; y las *estrategias*, que son los medios por los que se consigue la meta en cuestión y de los que, como se ha mencionado anteriormente,

depende que se dé o no una buena regulación emocional. Según el modelo de Gross (1998), existen dos tipos de estrategias de regulación emocional: la *reevaluación cognitiva* (centrada en los antecedentes) y la *supresión emocional* (centrada en las respuestas). Los resultados científicos han expuesto una mayor eficacia de la estrategia de reevaluación cognitiva, ya que la supresión no parece reducir la experiencia emocional subjetiva (Gross, 2002; Gross y John, 2003). El empleo de una estrategia u otra puede tener diferentes efectos en la experiencia afectiva de forma que las personas que reevalúan más tienden a sentir más emociones positivas y menos emociones negativas y suelen tener menos sintomatología depresiva, mayor autoestima y mayor satisfacción con la vida. Por el contrario, las personas que suprimen más, tienden a ocultar sus emociones, tanto las positivas como las negativas, experimentando más emociones negativas y rumiando más sobre sus sentimientos (Gross y John, 2003).

Diferentes instituciones ponen de manifiesto la importancia de la actividad física en la salud mental. Desde la Organización Mundial de la Salud, se incluye la actividad física como un ámbito de actuación para la promoción de la salud. Los estudios científicos van más allá del estudio de la relación entre la actividad física y la salud mental y profundizan en el efecto de un ejercicio físico determinado sobre la salud. Esto es, una actividad física planeada, estructurada, repetitiva y que se dirige hacia un objetivo (Caspersen, Powell, y Christerson, 1985), como es el caso de la práctica deportiva competitiva, donde se trataría de competir en forma de campeonatos o ligas con otros rivales.

En este sentido, son muchos los estudios que manifiestan una relación positiva entre el ejercicio físico y el bienestar emocional de los/as adolescentes (por ejemplo, Benhauser y cols., 2005; Steptoe y Butler, 1996), puesto que, a pesar de encontrarse en una etapa del desarrollo caracterizada por una gran inestabilidad emocional, están en un período relevante en el que pueden adquirirse las destrezas necesarias para el mantenimiento de hábitos saludables, como la práctica deportiva (Gutiérrez, 2000).

Jewett y cols. (2014) realizaron un estudio en el que mostraron que la práctica de ejercicio físico en la adolescencia puede actuar de factor protector contra una mala salud en la etapa adulta, siendo predictora de niveles menores en sintomatología depresiva y estrés percibido y mayores niveles en salud mental percibida. Así mismo, estudios recientes con adolescentes deportistas revelan una relación entre el autoconcepto y la participación en actividades deportivas, sugiriendo que la actividad física puede influir positivamente en el autoconcepto de los/as deportistas, reduciendo de este modo el riesgo de depresión (Dishman y cols., 2006). Algunos/as autores/as como Slutzky y Simpinks (2009) sugieren la importancia de la autoestima como mediadora entre el deporte y el autoconcepto. Por lo que respecta a la RE, se ha encontrado que los/as deportistas muestran niveles más altos de iniciativa, regulación emocional y experiencias de trabajo en equipo, en comparación con el estudiantado que realiza otro tipo de actividades organizadas (Larson, Hansen y Moneta, 2006).

Del mismo modo, parece ser que las interacciones entre los pares mientras se realiza un deporte pueden ayudar a que las adolescentes desarrollen su yo psicológico, social y físico (MacPherson, Kerr y Stirling, 2016). La influencia del proceso de socialización y relación con los pares en las actividades deportivas hace que cobre una especial importancia al estudio del efecto de los deportes de equipo frente a deportes individuales, encontrándose mayores beneficios cuando se practica deporte de equipo, por ejemplo, en el decremento de la ansiedad social (Schumacher y Seiler, 2011).

La relación entre el ejercicio físico y el bienestar emocional que sugiere la revisión de la literatura científica lleva a plantearnos si las mejoras encontradas en el bienestar emocional en la adolescencia pueden estar relacionadas con una mayor regulación emocional y una experiencia afectiva más positiva en deportistas frente a no deportistas. Por tanto, el presente estudio pretende aportar datos preliminares acerca de la posible existencia de tales diferencias

entre un grupo de adolescentes que realizan práctica deportiva competitiva (PDC) y otro grupo de adolescentes no deportistas. Finalmente, se pretende explorar si existen diferencias en los niveles de ansiedad y depresión entre estos dos grupos de adolescentes, dado que esta sintomatología está muy relacionada con posibles déficits en los procesos de regulación emocional.

Método

Muestra

La muestra experimental estaba compuesta por 130 adolescentes voluntarios/as (73 chicos y 57 chicas), seleccionados a partir de clubs deportivos y centros de educación secundaria de la provincia de Castellón, de los cuales 84 realizaban ejercicio físico de forma regular y competitiva (grupo de PDC) y 46 no realizaban ningún tipo de deporte. Los criterios de inclusión comunes a todos/as los/as participantes fueron los siguientes: no estar bajo ningún tratamiento farmacológico, no tener limitaciones físicas o cognitivas y haber superado primaria con éxito (sin repetir curso ni tener adaptación curricular). Además, los/as participantes que realizaban PDC estaban inscritos/as a clubs deportivos federados y practicaban deporte al menos tres días a la semana. El grupo de no deportistas, en cambio, no habían estado federados a clubs deportivos y no practicaban ninguna modalidad deportiva.

Instrumentos

Escala meta-estados de ánimo (TMMS-24; Salovey, Mayer, Goleman, Turvey y Palfai, 1995; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004): esta escala proporciona información sobre el nivel de inteligencia emocional a partir de tres subescalas: atención a los sentimientos, claridad de los sentimientos y reparación del estado de ánimo. La subescala de atención a los sentimientos implica el reconocimiento consciente de las propias emociones, identificándolas y pudiendo poner nombre a lo que se siente. La subescala de claridad o comprensión de los sentimientos se refiere a la integración de lo que se piensa y lo que se siente. Por último, la subescala de reparación emocional se refiere a la capacidad de regular las emociones, tanto positivas como negativas. La escala contiene 24 ítems, con una respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = nada de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo).

Escala PANAS-N (Watson, Clark y Tellegen, 1988; Joiner, Sandín, Chorot, Lostao y Marquina, 1997; Sandín, 2003): versión española de la *Positive and Negative Affect Schedule* para niños y adolescentes que evalúa el afecto positivo y negativo mediante una lista de frases cortas con una respuesta tipo Likert de 3 puntos (1 = nunca y 3 = muchas veces). El afecto positivo se refiere a una dimensión de participación gratificante vinculada con estados emocionales placenteros como entusiasmo, activación o alerta, mientras que el afecto negativo corresponde a una dimensión de distrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo o nerviosismo.

BASC S-3 (Reynolds y Kamphaus, 1992; González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004): adaptación española del *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes S-3*, un cuestionario de autoinforme para niños de 12 a 18 años que se compone de 186 ítems dicotómicos (sí/no). Evalúa de forma multidimensional el comportamiento y la autopercepción del adolescente mediante diversas escalas referentes a diferentes dimensiones patológicas y adaptativas del adolescente. Concretamente, se compone de 10 escalas clínicas (actitud ne-

gativa hacia el colegio, actitud negativa hacia el profesorado, búsqueda de sensaciones, atipicidad, locus de control, somatización, estrés social, ansiedad, depresión y sentido de incapacidad) y 4 escalas adaptativas (relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo), aunque para este trabajo nos centraremos en las escalas de ansiedad y depresión.

Procedimiento

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación DADOS (Deporte, Adolescencia y Salud), un estudio longitudinal de 3 años que pretende analizar la influencia de la práctica regular de actividad física sobre la salud, el rendimiento académico y el bienestar psicológico durante la adolescencia.

La muestra experimental del presente trabajo se obtuvo durante la primera fase del citado proyecto, a través de diferentes clubs deportivos y centros de educación secundaria de la provincia de Castellón, seleccionando adolescentes que durante el curso 2015/2016 estaban cursando 2.º de educación secundaria obligatoria (ESO) y que mostraban diferentes niveles de actividad física en su vida diaria. Las valoraciones se realizaron en una sola tarde en las instalaciones de la Universitat Jaume I (UJI), en grupos de 25-30 estudiantes. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las normas de la Declaración de Helsinki 1961 (revisión de Edimburgo 2000), siguiendo un protocolo estándar aprobado por la Comisión Deontológica de la UJI. En primer lugar, se les trasladaba a una sala de ordenadores donde completaban el PANAS-N y el TMMS-24 (ambos en formato electrónico), junto con otros instrumentos de evaluación de la capacidad cognitiva y del nivel de bienestar psicológico que no se presentan en este trabajo. Al finalizar, se les acompañaba a una sala del pabellón deportivo para descansar mientras merendaban y, a continuación, pasaban a un aula del pabellón en la que se les administraba el BASC-S3 en formato de lápiz y papel, junto a otras pruebas de autoinforme.

Análisis de los datos

Se calcularon los estadísticos descriptivos para todas las variables estudiadas, teniendo en cuenta el grupo experimental (adolescentes deportistas que realizaban PDC frente a no deportistas). Así mismo, con el fin de hallar posibles diferencias entre ambos grupos, se realizó una ANOVA de medidas repetidas para cada instrumento de evaluación y para cada subescala por separado. Todos los análisis realizados para este trabajo se realizaron mediante el programa SPSS 23.

Resultados

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos para los dos grupos: deportistas de PDC y no deportistas (véase la tabla 1). Para ambos grupos, se observaron puntuaciones medias comparables a las obtenidas en estudios anteriores y también a los baremos publicados en los trabajos de adaptación de los instrumentos utilizados en el estudio a la población española (Fernández-Berrocal y cols., 2004; González y cols., 2004; Sandín, 2003). Estos resultados son totalmente esperables dado que la muestra utilizada se corresponde con población no clínica.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos para deportistas (pdc) y no deportistas

	Deportistas (PDC)		No deportistas	
	Hombres (N = 61)	Mujeres (N = 27)	Hombres (N = 13)	Mujeres (N = 33)
Ansiedad	41,77 (8,18)	47,89 (10,09)	38,62 (8,62)	52,18 (9,30)
Depresión	43,77 (3,24)	45,04 (5,24)	44,77 (4,62)	48,52 (10,75)
PANAS-PA	25,18 (2,43)	24,19 (3,52)	24,31 (2,84)	23,55 (3,32)
PANAS-NA	16,13 (2,74)	17,81 (2,74)	16,00 (3,83)	18,70 (3,77)
Atención	23,43 (6,80)	23,26 (7,19)	22,62 (7,34)	22,97 (5,72)
Claridad	28,30 (6,21)	24,93 (6,57)	27,85 (7,51)	23,33 (6,73)
Reparación	25,41 (4,82)	23,56 (5,85)	22,69 (5,96)	22,58 (5,44)

En cuanto a los ANOVA realizados para cada instrumento por separado (véase la tabla 2), los resultados obtenidos para el TMMS-24 indicaron que existían diferencias significativas entre ambos grupos (PDC frente a no deportistas) en las subescalas de claridad hacia los sentimientos ($F(1,129) = 4,7$; $p < 0,05$) y reparación emocional ($F(1,129) = 5,32$; $p < 0,05$), siendo mayores las puntuaciones de los deportistas en ambas variables. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en atención a los sentimientos.

En relación al PANAS-N, se obtuvieron diferencias significativas en afecto negativo ($F(1,129) = 4,72$; $p < 0,05$), con mayores puntuaciones para aquellos/as adolescentes que no realizaban deporte. Así mismo, parece haber una tendencia a que el afecto positivo aumente con la PCD ya que se hallaron diferencias marginalmente significativas en afecto positivo ($F(1,129) = 3,85$; $p = 0,05$), siendo mayores las puntuaciones en los/las deportistas.

Por último, en el caso del BASC-S3, los análisis mostraron diferencias significativas entre adolescentes deportistas (PDC) y no deportistas en las subescalas de ansiedad ($F(1,129) = 6,90$; $p < 0,05$) y depresión ($F(1,129) = 7,93$; $p < 0,01$), siendo los/las adolescentes que realizaban PDC los que presentaban niveles más bajos en las dos subescalas anteriores.

Tabla 2
Diferencias entre los grupos de deportistas (PDC) y no deportistas

Variable	Grupo	Media (DT)	F	Sig.
Ansiedad	No deportistas	48,35 (10,93)	7,10	0,00
	Deportistas	43,65 (9,20)		
Depresión	No deportistas	47,46 (9,53)	7,67	0,00
	Deportistas	44,16 (3,98)		
Afecto positivo	No deportistas	23,76 (3,18)	3,85	0,05
	Deportistas	24,87 (2,83)		
Afecto negativo	No deportistas	17,93 (3,94)	4,67	0,03
	Deportistas	16,65 (2,83)		

Variable	Grupo	Media (DT)	F	Sig.
Atención emocional	No deportistas	22,62 (6,14)	0,18	0,66
	Deportistas	23,37 (6,88)		
Claridad emocional	No deportistas	27,85 (7,51)	5,47	0,02
	Deportistas	27,26 (6,47)		
Reparación emocional	No deportistas	22,69 (5,52)	5,40	0,02
	Deportistas	24,84 (5,20)		

Discusión y conclusiones

El presente estudio pretendía explorar la posible existencia de diferencias entre un grupo de adolescentes deportistas y no deportistas en las dimensiones de regulación emocional, afectividad, ansiedad y depresión. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo apoyan los datos aportados por la evidencia empírica previa, la cual sugiere una relación positiva entre el ejercicio físico y la salud psicológica (por ejemplo, Larson y cols., 2006). Concretamente, se ha encontrado que los/as adolescentes que realizan práctica deportiva competitiva (PDC) manifiestan menores niveles de ansiedad y depresión, en comparación con el grupo de no deportistas. Igualmente, se observó que los/as deportistas mostraban menor afecto negativo comparado con el grupo de no deportistas. En cuanto a la capacidad para reflexionar y manejar las propias emociones, los datos sugieren que la PDC no influye en la capacidad de percibir los sentimientos, a pesar de que contribuye a la comprensión y la regulación de las emociones.

Estos resultados aluden a la necesidad de incluir políticas de educación y salud pública que fomenten la práctica deportiva en la adolescencia, con el fin de mejorar la salud física y psicológica de los/as estudiantes. Bajo nuestro punto de vista, debería considerarse el ejercicio físico como un elemento central en los programas de promoción de la salud en la adolescencia. Este hecho causaría dos beneficios principales: por un lado, favorecería la introducción de medidas que refuerzan la creación de hábitos deportivos, como la realización de PDC, en edades tempranas. Y, por otro lado, favorecería la inclusión de la regulación emocional en los programas de promoción de la salud, al tiempo que expandiría el enfoque transdiagnóstico para los tratamientos de los trastornos mentales a la prevención de los mismos, pudiendo abarcar de este modo distintos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad que se han relacionado con déficits en la regulación del afecto. Además, el ejercicio físico puede ser utilizado como un medio de prevención terciaria, dados los beneficios que la activación conductual –particularmente el ejercicio físico– puede tener sobre el tratamiento de muchos de los trastornos mentales (por ejemplo, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Como puntos fuertes de este trabajo, queremos señalar que existen pocos trabajos que estudien los beneficios que puede aportar el deporte al proceso de regulación emocional, por lo que este trabajo aporta datos preliminares que pueden proporcionar un ápice de luz al estudio de la regulación emocional y la PDC desde la psicología de la salud. Además, se incluye la práctica competitiva, un componente poco estudiado hasta el momento en relación al bienestar emocional.

Sin embargo, existen ciertas limitaciones que dificultan la generalización de estos resultados, como el tamaño de la muestra utilizada, lo cual ha imposibilitado el análisis de diferencias por tipo de deporte específico o por deporte individual frente a deporte de equipo. Del mismo modo, tampoco se han podido analizar si existen diferencias de género. Por lo tanto, sería in-

interesante ampliar la muestra en futuros estudios con el fin de poder analizar tales diferencias y conocer qué variables pueden mediar entre el ejercicio físico y la regulación emocional.

Por último, creemos que es importante incluir medidas fisiológicas en este tipo de estudios que permitan medir objetivamente la actividad física de los/as participantes (como los acelerómetros que se instalaron en el estudio). Igualmente, sería conveniente incluir tareas de laboratorio para medir diferentes correlatos psicofisiológicos centrales o periféricos de regulación emocional (como los potenciales evocados, el reflejo de sobresalto o la variabilidad cardíaca) que nos ofrezcan información complementaria a la obtenida mediante autoinformes, menos susceptible al control voluntario y a los sesgos característicos de estas pruebas psicológicas.

Reconocimiento de la financiación

El proyecto DADOS ha sido financiado por el MINECO (Dep2013-45515-R). Este estudio se ha financiado parcialmente mediante una beca de investigación Sunny Deporte de la empresa Schwebbes Suntory España. El contenido del trabajo es responsabilidad exclusiva de los/las autores/as y no representa necesariamente la opinión oficial de las instituciones de financiación.

Referencias bibliográficas

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Benhauser, M., Fernandez, G., Püschel, K., Yañez, F., Montero, J., Thompson, B. y Coronado, G. (2005). Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: results of a school-based controlled trial. *Health Promotion International*, 20, 113-122.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. y Christerson, J. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.
- Dishman, R. K., Hales, D. P., Pfeiffe K. A., Felton, G. A., Saunders, R., Ward, D. S., Dowda, M. y Pate, R. R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25, 396-407.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present and Future. *Cognition & Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.

- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 348-362.
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1997). Hiding Feelings: The acute effects of inhibiting Negative and Positive Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 95-103.
- Gutiérrez, M. (2000). Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. *Revista de Educación Física*, *77*, 5-16.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2003). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada*, *59*, 9-36.
- Jewett, R., Sabiston, C. M., Brunet, J., O'Loughlin, E. K., Scarapicchia, T. y O'Loughlin, J. (2014). School Sport Participation During Adolescence and Mental Health in Early Adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *55*, 640-644.
- Joiner, T. E., Sandín, B., Chorot, R., Lostao, L. y Marquina, G. (1997). Development and factor-analytic validation of the SPANAS among women in Spain: (More) cross-cultural convergence in the structure of mood. *Journal of Personality Assessment*, *68*, 600-615.
- Larson, R.W., Hansen, D. M., y Moneta, G. (2006). Differing profiles of Developmental Experiences Across types of Organized Youth Activities. *Developmental Psychology*, *42*, 849-863.
- Linehan, M. M., (1993). *Cognitive-behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- MacPherson, E., Kerr, G. y Stirling, A. (2016). The influence of peer groups in organized sport on female adolescents' identity development. *Psychology of Sport and Exercise*, *23*, 73-81.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *Sistema de Evaluación de la Conducta de niños y adolescentes (BASC)*. Madrid: TEA.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait MetaMood Scale. En J. W. Pennebaker (ed.) *Emotion, Disclosure, & Health* (pp. 125-151): Washington: American Psychological Association.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *8*, 173-182.
- Schumacher, A. y Seiler, R. (2011). Extra-curricular sport participation: A potential buffer against social anxiety symptoms in primary school children. *Psychology of Sport and Exercise*, *12*, 347-354.
- Slutzky, C. B. y Simpinks, S. D. (2009). The link between children's sport participation and self-esteem: Exploring the mediating role of sport self-concept. *Psychology of Sport and Exercise*, *10*, 381-389.
- Stephoe, A. y Butler, N. (1996). Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *The Lancet*, *347*, 1789-1792.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.

Correlatos psicofisiológicos periféricos de regulación emocional

NIEVES FUENTES-SÁNCHEZ
al262229@uji.es

IRENE JAÉN
ijaen@uji.es

IGNACIO LUCAS
Ignacio.lucas.adell@gmail.com

RAÚL LÓPEZ-PENADÉS
raul.lopez@uib.es

M.^a CARMEN PASTOR
mpastor@uji.es

Resumen

Introducción: La regulación emocional puede definirse como la capacidad para influir sobre qué emociones tenemos, cuándo las tenemos y cómo las experimentamos y expresamos. La mayoría de estudios se han centrado en la reevaluación cognitiva, básicamente utilizando medidas centrales (fMRI o ERP). Sin embargo, pocos trabajos se han interesado por los correlatos psicofisiológicos periféricos de estos procesos (por ejemplo, reflejo de sobresalto, actividad electrodérmica o variabilidad cardíaca).

Método: Tomando como grupo de referencia a la población adulta, en este trabajo se realiza una revisión sistemática de estudios recientes que, utilizando metodologías diversas, aportan evidencia empírica acerca de distintos correlatos psicofisiológicos de regulación emocional. **Resultados:** El análisis de la literatura experimental permite observar una clara modulación del reflejo de sobresalto, en función de las instrucciones de la tarea (i.e., aumento o disminución de emociones negativas o positivas). De manera similar, la conductancia de la piel y la variabilidad cardíaca varían dependiendo del contenido específico y de las instrucciones de la tarea. **Conclusión:** Estos resultados sugieren que los correlatos psicofisiológicos periféricos son un índice fiable de regulación voluntaria del afecto, mostrando cómo ciertas estrategias (como la reevaluación cognitiva) pueden modular las respuestas fisiológicas.

Palabras clave: regulación emocional, reflejo de sobresalto, conductancia de la piel, variabilidad cardíaca.

Abstract

Introduction: Emotional regulation is defined as the ability to influence what emotions we have, when we have them, and how we experience and express them. One of the

most investigated strategies of emotional regulation is cognitive reappraisal, basically using brain measures (fMRI or ERP). However, only a few studies have focused on peripheral psychophysiological correlates of these processes (e.g., startle reflex, electrodermal activity or cardiac variability). **Method:** Here, we systematically review recent research focused on healthy adult population that using diverse methodologies provide empirical evidence regarding different psychophysiological correlates of emotional regulation. **Results:** Results show that startle blink responses are modulated depending on the picture category and task instructions (i.e., increase or decrease of negative and positive emotions). Similarly, skin conductance and heart rate variability differ depending on the specific content and task instructions. **Conclusion:** These results suggest that peripheral psychophysiological correlates are a reliable index of voluntary regulation of affect, showing how certain strategies (such as cognitive reappraisal) can modulate physiological responses.

Keywords: emotion regulation, startle reflex, skin conductance, heart rate variability

Introducción

El estudio científico de las emociones se ha caracterizado, desde su inicio, por una dificultad a la hora de definir el propio concepto de emoción (Lang, 1994). El núcleo de la emoción es la experiencia subjetiva (Barrett, Mesquita, Ochsner y Gross, 2007). Pero las emociones, además de involucrar cambios en la experiencia subjetiva, también implican tendencias a actuar en ciertas formas (y no actuar en otras). Los cambios faciales, los cambios en la postura y las conductas instrumentales (como la lucha o huida) son conductas relacionadas con las emociones. Igualmente, las emociones abarcan cambios autonómicos y neuroendocrinos, consecuencia de la actividad somática (Lang y Bradley, 2010). Podemos decir, por tanto, que tenemos distintos niveles de análisis de las emociones: neurofisiológico, conductual-expresivo y cognitivo-experiencial.



Figura 1. Número de publicaciones que contienen el término *regulación emocional* en PubPsych desde el año 1990 hasta el año 2014

Si bien es cierto que las emociones juegan un papel esencial dentro de nuestro funcionamiento, siendo plenamente adaptativas en la relación con nuestro entorno, en muchas ocasiones suele ser necesario un proceso complementario de regulación de las mismas. De hecho, la adaptación al entorno nos exige en muchos casos una modulación de una respuesta emocional, sobre todo cuando esta es muy intensa (Hervás Torres, 2006). En este sentido, podemos ejercer cierto control sobre la intensidad de nuestras emociones e influir en la valencia hedónica de nuestras respuestas. Este control voluntario (denominado *regulación emocional*) implica la participación de ciertos mecanismos complejos a nivel cerebral (corteza prefrontal) y cobra una enorme importancia en todos los procesos relacionados con el aprendizaje y la compleja socialización del ser humano.

Gross (1999) define la regulación emocional como «aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos» (Gross, 1999: 275). Sin embargo, otros autores han puesto el foco de atención en un rango más amplio de procesos al definir la regulación emocional como «los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas» (Thompson 1994: 27-28). Existen diferentes estrategias de regulación emocional. Sin embargo, las más estudiadas son la reevaluación cognitiva (una estrategia particular de cambio cognitivo) y la supresión emocional. La reevaluación cognitiva es una estrategia utilizada para aumentar o disminuir tanto emociones positivas como negativas. Es lógico pensar que utilicemos distintas estrategias para aumentar emociones positivas y disminuir emociones negativas. Sin embargo, parece extraño imaginar que hay gente que quiere hacer más malas las cosas negativas o menos buenas las cosas positivas, pero hay muchas razones por las cuales la gente podría querer aumentar emociones negativas o disminuir emociones positivas. Por ejemplo, solemos disminuir emociones positivas en un funeral. Por otro lado, la supresión emocional es aquella estrategia en la que la persona intenta inhibir la expresión negativa o positiva de las emociones (Gross, 2014).

En el siglo pasado, las investigaciones sobre regulación emocional se centraron en las respuestas fisiológicas, el estrés o afrontamiento y la autorregulación (Gross, 2015). Sin embargo, hasta los años noventa son relativamente pocos los trabajos que contienen dicho término. En la actualidad, no obstante, podemos encontrar cientos de nuevas publicaciones cada año (véase la figura 1), por lo que podemos afirmar que la investigación acerca de la regulación emocional es un campo de estudio en continuo crecimiento (Kooze, 2009).

Método y resultados

La mayoría de investigaciones previas interesadas en los mecanismos de regulación emocional se han centrado fundamentalmente en el estudio de medidas centrales (fMRI o ERP). Sin embargo, son pocos los estudios que se han interesado por los correlatos psicofisiológicos periféricos, como el reflejo de sobresalto, la actividad electrodérmica o la variabilidad cardíaca. Por ello, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión teórica acerca de las posibles aportaciones de dichos correlatos al estudio de la regulación emocional.

El paradigma clásico más utilizado para investigar los procesos de regulación emocional (RE) se lleva a cabo utilizando el siguiente esquema (véase la figura 2).

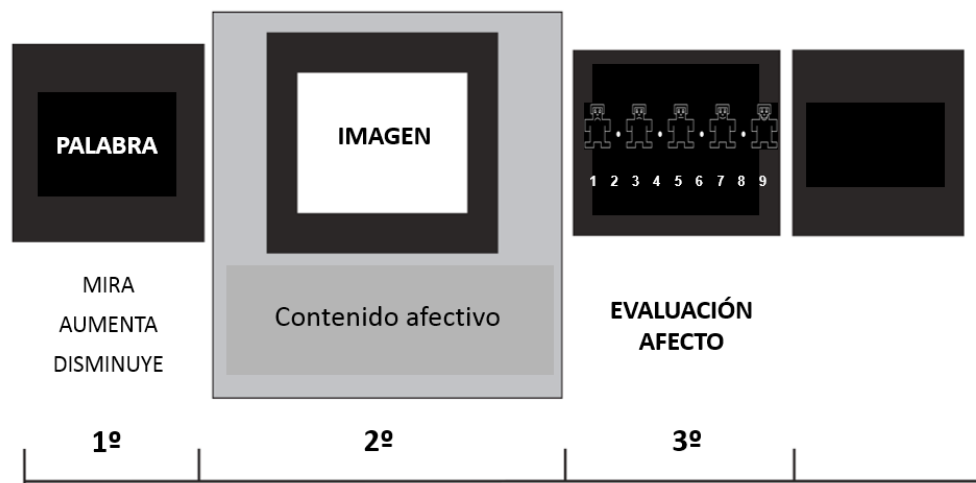


Figura 2. Esquema general de un ensayo en una tarea clásica de regulación emocional

Cada ensayo comienza con una instrucción cuya duración es de 2 segundos y que puede ser *mira*, *disminuye* o *aumenta*. Cuando aparece la instrucción de *mira*, el sujeto simplemente debe observar la imagen durante todo el tiempo que permanece en la pantalla, sin desviar la atención ni pensar en otra cosa, solo responder naturalmente de acuerdo con lo que le provoque la escena. Si aparece la instrucción de *disminuye*, el sujeto deberá intentar reducir sus sentimientos ante la imagen utilizando diferentes estrategias (pensar que no es real, pensar que la situación empeorará con el tiempo, pensar que la situación no es tan buena como parece...). Finalmente, si la instrucción es *aumenta*, el sujeto deberá intentar incrementar sus sentimientos ante la imagen utilizando diferentes estrategias (pensar que es real, pensar que la situación mejorará con el tiempo, pensar que la situación es mucho mejor de lo que parece...). Después de la pantalla con la instrucción, aparecerá una pantalla con la imagen (el contenido afectivo de la imagen puede variar dependiendo del estudio) y la tarea del sujeto consistirá en observar dicha imagen, de acuerdo con las instrucciones recibidas anteriormente. Cada imagen se presenta durante 8 segundos con un intervalo entre estímulos de 8, 10 o 12 segundos. Inmediatamente después aparecerán dos pantallas para evaluar la valencia afectiva (agrado/desagrado que le produce la imagen, según las instrucciones que la precedían) y activación (cuán activado le ha hecho sentir la imagen al sujeto, según las instrucciones que la precedían). Ambas pantallas contienen una escala de 9 puntos en la que los sujetos deberán responder pulsando un teclado numérico.

Para el estudio de los correlatos psicofisiológicos periféricos como índices de regulación emocional se utiliza dicho paradigma, el cual se adaptará para el estudio del reflejo de sobresalto, como veremos más adelante, con la introducción de *probes*.

El reflejo de sobresalto es un reflejo que consiste en una serie de contracciones musculares. En humanos, este reflejo esquelético-muscular difuso puede medirse mediante electromiografía facial (EMG) registrando la actividad del músculo orbicular ante un estímulo auditivo intenso y aversivo (*probe*). Existe numerosa evidencia empírica sobre la modulación del reflejo de sobresalto utilizando el paradigma de visión pasiva de imágenes que demuestra que la magnitud de este reflejo varía según el estado afectivo del sujeto provocado por los estímulos visuales. Así, esta respuesta refleja (parpadeo) se ve potenciada cuando los sujetos contemplan imágenes desagradables, mientras que se ve inhibida durante la visión de estímulos

agradables (Lang, 1995; Lang, Bradley y Cuthbert, 1990, 1997). Sin embargo, pocos estudios se han interesado por estudiar cómo afecta la regulación emocional a la modulación del reflejo de sobresalto.

A este respecto, un número de estudios recientes han demostrado que ciertas estrategias de regulación emocional pueden variar las respuestas del reflejo de sobresalto (Dillon y LaBar, 2005; Jackson, Malmstadt y Larson, 2000). Para el estudio de este reflejo como una medida de regulación emocional se utilizan una serie de instrucciones comunes: *mantener* (los participantes tienen que centrarse en las respuestas emocionales que les produce los estímulos sin cambiarlas), *suprimir o disminuir* (los participantes tienen que disminuir su respuesta emocional) y *aumentar* (los participantes tienen que incrementar su respuesta emocional).

Jackson y cols. (2000) examinaron el impacto de la reevaluación cognitiva (aumento o disminución) de las emociones negativas sobre el reflejo de sobresalto en población adulta (véase la figura 3). Este autor encontró que las instrucciones para disminuir la respuesta emocional para imágenes negativas disminuye la magnitud del reflejo de sobresalto, mientras que las instrucciones para aumentar la respuesta emocional incrementan la amplitud de esta respuesta refleja.

En concordancia con estudios previos, Eippert, Veit, Weiskopf, Erb, Birbaumer y Anders (2007) y Ray, McRae, Ochsner y Gross (2010) encontraron una potenciación del reflejo de sobresalto para las imágenes negativas en la condición de aumentar, en comparación con las condiciones de mantener y disminuir. Sin embargo, ambos estudios no encontraron diferencias significativas del reflejo de sobresalto en la condición de disminuir en comparación con la condición de mantener (véase la figura 4).

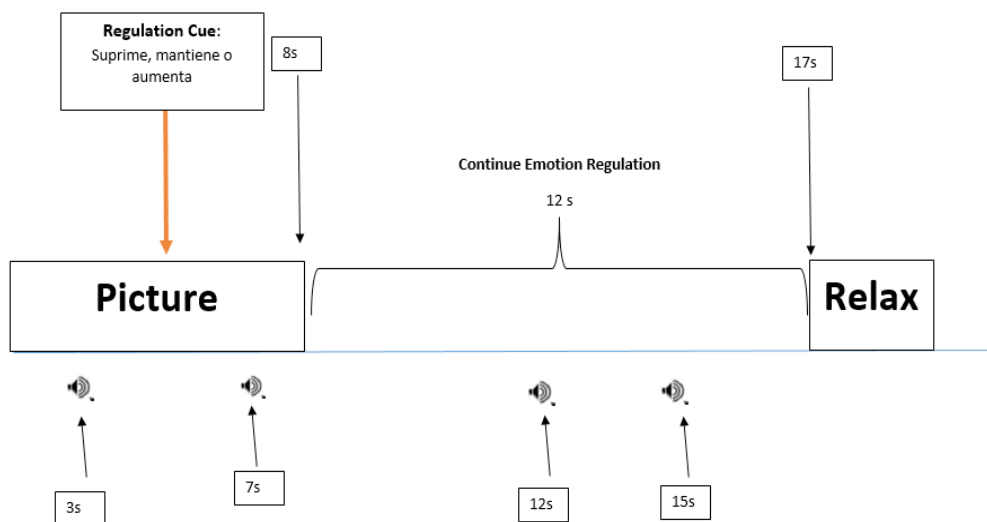


Figura 3. Diseño del estudio de Jackson y cols., 2000. La imagen representa el diseño llevado a cabo en dicho estudio. En primer lugar, el ensayo comienza con la presentación de una imagen (negativa o neutra) durante 8 segundos. A los 4 segundos de la presentación de la imagen se presenta la instrucción (a través de audio) que debe seguir el sujeto. A continuación de la imagen se presenta una pantalla en negro durante 12 segundos.

El ensayo termina con una pantalla que indica *Relax*. Se presentan *probes* a los 3, 7, 12 o 15 segundos para producir el reflejo de sobresalto (adaptado de Jackson y cols., 2000)

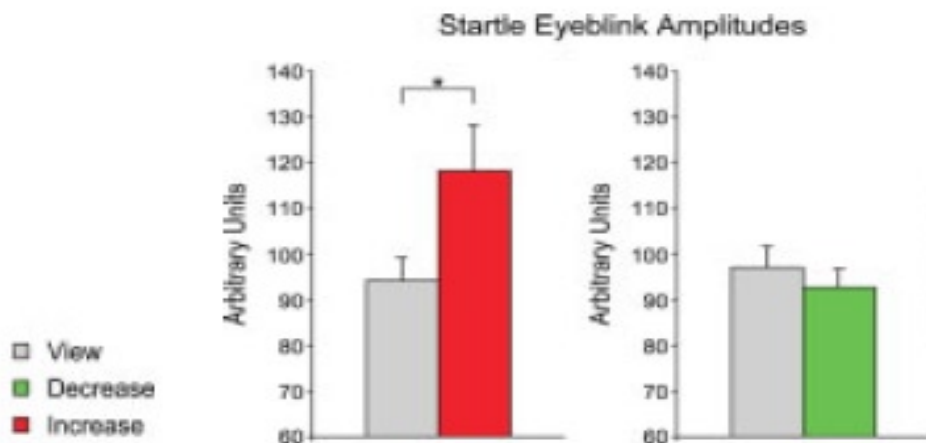


Figura 4. Amplitud del reflejo de sobresalto en la fase de regulación. Aumentar las emociones negativas incrementa significativamente la magnitud del reflejo de sobresalto en comparación con la condición de ver. En cambio, disminuir las emociones negativas mostró una atenuación no significativa de la respuesta de sobresalto en comparación con la condición de ver. La amplitud del reflejo de sobresalto está representada de manera separada para incrementar-ver y disminuir-ver porque cada gráfico representa solamente los sujetos mejores reguladores en esa condición según lo determinado por las evaluaciones afectivas (tomado de Eippert y cols., 2007)

Estos resultados podrían explicarse por la presentación del *probe* a los 2 segundos y no a partir de los 3 segundos como se realiza comúnmente en el paradigma de la visualización de imágenes (véase la figura 5). Este segundo de diferencia en la presentación del sonido aversivo que provoca la respuesta de sobresalto podría ser importante para detectar con precisión la supresión en la condición de disminuir (Eippert y cols., 2007).

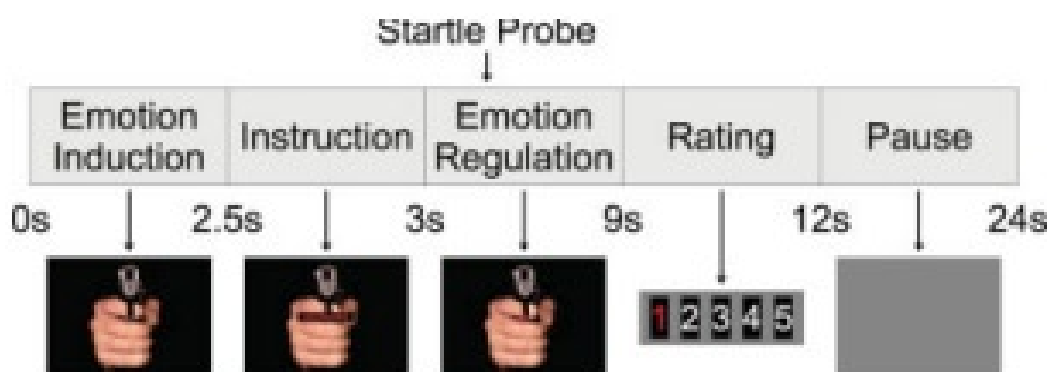


Figura 5. Paradigma experimental. Las imágenes son presentadas durante 2,5 segundos, después de los cuales la instrucción de regulación (aumenta, disminuye o mira) aparece en el centro de la pantalla durante 0,5 segundos. A partir de este momento los sujetos regulaban sus emociones durante 6 segundos; a los 2 segundos de esta fase de regulación se presenta un *probe*. Después de la fase de regulación los sujetos tuvieron que evaluar su éxito en la regulación en una escala de 1 a 5. Antes del siguiente ensayo aparece una pantalla gris, indicando a los sujetos que pueden relajarse (tomado de Eippert y cols., 2007)

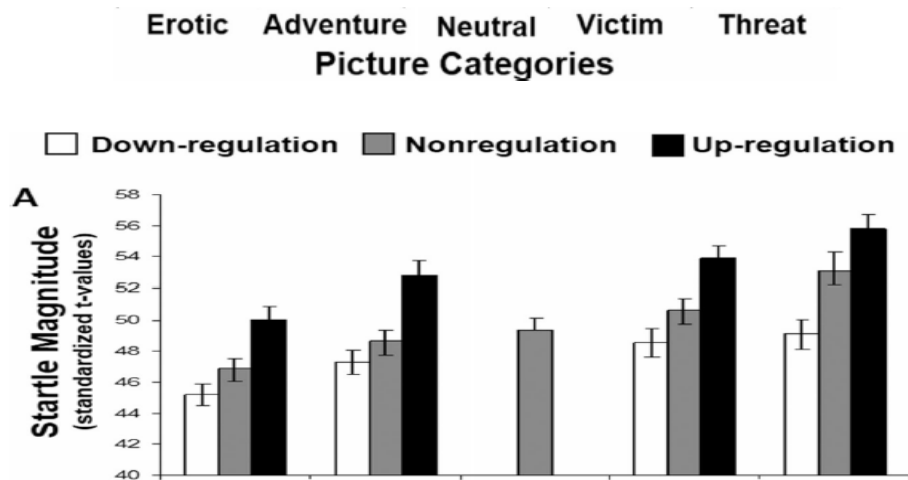


Figura 6. Medias de la magnitud del reflejo de sobresalto para la categoría de la imagen x instrucción. Se produce una potenciación del reflejo de sobresalto en la condición de aumentar y una inhibición del reflejo de sobresalto en la condición de disminuir en comparación con la condición de ver, independientemente de la categoría de la imagen (adaptado de Conzelman y cols, 2015)

Todos estos estudios utilizan imágenes agradables y desagradables, sin tener en cuenta distintas categorías específicas. Un estudio muy interesante que tuvo en cuenta los contenidos específicos de los estímulos visuales es el llevado a cabo por Conzelmann, McGregor y Pauli (2015), en el cual se exploró la modulación del reflejo de sobresalto con imágenes eróticas, aventura, víctima y amenaza (véase la figura 6). Este estudio tenía como objetivo principal verificar si los efectos de regulación emocional afectan por igual a la modulación del reflejo de sobresalto, independientemente de la categoría de la imagen. Los resultados del estudio mostraron una potenciación del reflejo de sobresalto en la condición de aumentar las emociones y una inhibición de dicho reflejo en la condición de disminuir las emociones, independientemente del contenido específico de la imagen.

En relación al estudio de la actividad electrodérmica como correlato psicofisiológico de regulación emocional, las investigaciones se han interesado preferentemente por la respuesta de conductancia de la piel (SCR), ya que se considera un indicador fiable de activación autonómica del sujeto (concretamente, de la rama simpática), así como del nivel de intensidad emocional. La evidencia experimental con el paradigma de la visión pasiva de imágenes ha demostrado repetidamente que se observa un aumento en la magnitud de la SCR durante la visión de imágenes con contenido afectivo (tanto positivo como negativo), comparada con las imágenes neutras. Sin embargo, son pocos los estudios sobre regulación emocional que han implementado esta medida clásica del SNA.

Igualmente, como ocurre en el estudio del reflejo de sobresalto, se utilizan tres tipos de instrucciones para estudiar el efecto de la reevaluación cognitiva sobre la SCR: aumenta, disminuye y mantiene. Un ejemplo de ello es el estudio que llevaron a cabo Eippert y cols. (2007) en el que se puede apreciar la modificación de la amplitud de estas respuestas en función de la reevaluación que llevaba a cabo el sujeto (véase la figura 7). En este estudio se observó un incremento de la magnitud de la SCR en la condición de aumentar en comparación con la condición de mantener, así como un incremento de la magnitud de la condición de aumentar comparada con la condición de disminuir. Estos datos sugieren que el aumento intencionado de diferentes emociones puede asociarse con un aumento en la conductancia de la piel, indicando un incremento en el nivel del arousal emocional del sujeto.

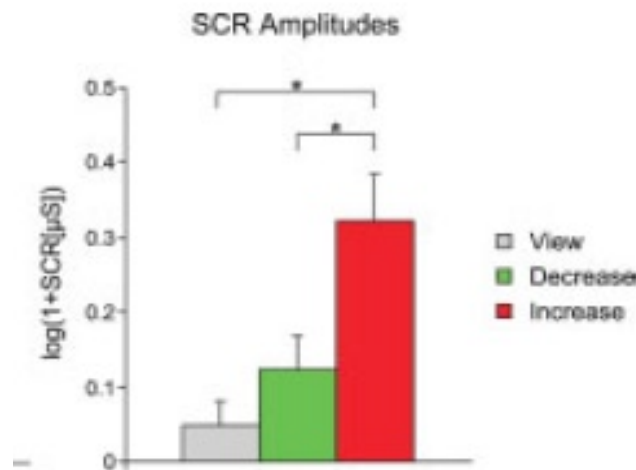


Figura 7. Magnitud de la conductancia de la piel en la fase de regulación. Aumento de la magnitud de la conductancia de la piel en la condición de aumentar emociones negativas en comparación con la condición de ver. Por otro lado, se produce una disminución de la magnitud de la conductancia en la condición de disminuir (adaptado de Eippert y cols., 2007)

Estudios como el de Ohira, Nomura, Ichikawa, Isowa, Lidaka, Sato y cols. (2006) y el de Driscoll, Tranel y Anderson (2009) han explorado la relación entre la supresión emocional y la conductancia de la piel. Ohira y cols. (2006) encontraron una mayor magnitud de la conductancia de la piel en tareas de supresión emocional (tanto de emociones positivas como negativas). Por otro lado, Driscoll y cols. (2009) no pudieron replicar estos hallazgos, sino que encontraron una disminución de la conductancia de la piel en la condición de suprimir. Estos resultados parecen, por tanto, contradictorios. Un problema que puede explicar esta discrepancia es que las investigaciones previas han intentado estudiar el efecto del control emocional en relación a la emoción de asco (Gross, 1998), dejando de lado otras emociones, o bien han utilizado estímulos agradables y desagradables sin hacer hincapié en emociones concretas (Driscoll y cols., 2009; Ohira y cols., 2006). Esto genera problemas de interpretación puesto que muchas investigaciones han mostrado que las emociones desagradables tienen diferentes niveles de arousal e incluso producen diferentes activaciones fisiológicas (Kreibig, Wilhelm, Roth y Gross, 2007). Con el fin de aportar nuevas evidencias empíricas que permitan dilucidar esta controversia, Reynaud, El-Khoury-Malhame, Blin y Khalifa (2012) llevan a cabo un estudio en el que tienen en cuenta distintas emociones (miedo, felicidad, tristeza, asco y tranquilidad) en la condición de supresión. En este estudio se encuentra que la amplitud de la conductancia de la piel fue mayor durante la tarea de supresión que durante la tarea de atender para emociones de miedo, pero no para las emociones de felicidad, asco, tristeza y tranquilidad. Estos resultados sugieren que el control del miedo incrementa la activación del sistema nervioso autónomo.

Por lo que respecta a la tasa cardíaca, la investigación reciente ha demostrado la presencia de patrones de respuesta complejos, con componentes acelerativos y decelerativos. El patrón de respuesta que se observa durante la visión pasiva de imágenes agradables, neutras y desagradables con un bajo nivel de arousal es clásicamente trifásico (Lang, Bradley y Cuthbert, 1997), caracterizado por una deceleración inicial muy breve, seguida por un pequeño

incremento en la tasa y, finalmente, por una segunda deceleración cardíaca moderada (Lang, Bradley, Drobles y Cuthbert, 1995). Los resultados de las investigaciones en el paradigma de visión pasiva de imágenes muestran una mayor deceleración ante estímulos desagradables comparados con las agradables. La tasa cardíaca es una medida que recibe influencia del sistema simpático y parasimpático, por lo que se considera un importante índice de la habilidad para regular las emociones. Esta característica se ha traducido en un incesante número de investigaciones que estudian la variabilidad cardíaca dentro del paradigma de regulación emocional.

Los individuos con una mejor regulación emocional muestran mayores niveles de variabilidad cardíaca en reposo, en comparación con los individuos que regulan peor sus emociones (Thayer, Fredrikson, Sollers y Wager, 2012). En el trabajo de Butler, Wilhelm y Gross (2006) se muestra cómo durante una tarea de regulación emocional exitosa se produce un aumento en los niveles de variabilidad cardíaca.

Discusión y conclusiones

La presente revisión bibliográfica sobre correlatos psicofisiológicos periféricos sugiere la existencia de la relación entre la regulación emocional voluntaria y las respuestas fisiológicas asociadas a los procesos afectivos. Observando los datos podemos ver cómo distintas estrategias de regulación emocional (por ejemplo, la reevaluación cognitiva) pueden ser usadas para modular nuestra propia fisiología. Como muestran los resultados, tanto la amplitud de la conductancia de la piel como el reflejo de sobresalto se ven modificados en función de las instrucciones de la tarea. Lo mismo ocurre con la variabilidad cardíaca, la cual varía incluso cuando se realiza una tarea de regulación emocional exitosa.

Tras realizar esta revisión de la literatura, no cabe duda de la importancia que tiene la regulación emocional sobre nuestra propia fisiología. Como consecuencia de esta relación, se acepta que la regulación emocional tiene implicaciones directas en nuestra salud física y psicológica. De hecho, ciertos trastornos psicopatológicos se han relacionado con déficits en los mecanismos de regulación emocional. Así, las personas adultas que tienen problemas para regular sus emociones en numerosos contextos pueden acabar presentando un amplio abanico de problemas psicopatológicos y de ajuste psicológico cuyo origen radica en la desregulación emocional. A este respecto, entre el 40 y 75 % de los trastornos mentales están relacionados con la (des)regulación emocional (Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon y Gómez, 2003), entre los que podemos destacar el trastorno límite de personalidad, el trastorno de pánico o el trastorno bipolar. Los déficits en RE no solo se relacionan con el desarrollo de trastornos psicopatológicos sino que se relacionan también con el comienzo y la progresión de ciertas enfermedades físicas, tales como el cáncer. Los avances en el estudio de la regulación y desregulación emocional se traducen en mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes que presentan trastornos cuya etiología parece explicarse por déficits en dichos procesos. En consecuencia, es evidente la necesidad de validar programas que incluyan la regulación emocional a través de nuevos elementos transdiagnósticos, ofreciendo un enfoque más amplio en las nuevas intervenciones a realizar en el campo de la salud física y mental.

Referencias bibliográficas

- Barret, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N. y Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L. y Gómez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 206-226.
- Butler, E. A., Wilhelm, F. H. y Gross, J. J. (2006). Respiratory sinus arrhythmia, emotion, and emotion regulation during social interaction. *Psychophysiology*, 43, 612-622.
- Conzelmann, A., Mcgregor, V. y Pauli, P. (2015). Emotion regulation of the affect-modulated startle reflex during different picture categories. *Psychophysiology*, 52, 1257-1262.
- Dillon, D. F. y LaBar K. S. (2005). Startle Modulation during Conscious Emotion Regulation is Arousal-Dependent. *Behavioral Neuroscience*, 119, 1118-1124.
- Driscoll, D., Tranel, D. y Anderson, S. W. (2009). The effects of voluntary regulation is arousal-dependent. *Behavioral Neuroscience*, 119, 1118-1124.
- Eippert, F., Veit, R., Weiskopf, N., Erb, M., Birbaumer, N. y Anders, S. (2007). Regulation of emotional responses elicited by threat-related stimuli. *Human Brain Mapping*, 28, 409-423.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J. J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26.
- Hervás Torres, G. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.
- Jackson, D. C., Malmstadt, J. R., Larson, C. L. y Davidson, R. J. (2000). Suppression and enhancement of emotional responses to unpleasant pictures. *Psychophysiology*, 37, 515-522.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23, 4-41.
- Kreibig, S. D., Wilhelm, F. H., Roth, W. T. y Gross, J. J. (2007). Cardiovascular, electrodermal and respiratory response patterns to fear- and sadness- inducing films. *Psychophysiology*, 44, 787-806.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (1990). Emotion, attention, and the startle reflex. *Psychological Review*, 97, 377-395.
- Lang, P. J. (1994). The motivational organization of emotion: Affect-reflex connections. En S. H. M. Van Goozen, N. Van the Poll y J. A. Sergeant (eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp. 61-93). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.
- Lang, P. J. y Bradley M. M. (2010). Emotion and the motivational brain. *Biological Psychology*, 84, 437-450.
- Lang, P., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (1997). Motivated attention: Affect, activation, and action. En P. Langm R.F. Simons, y M. Balaban (eds.), *Attention and orienting: Sensory and motivational processes* (pp. 97-136). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Lang, P. J., Bradley, M. M., Drobles, D. y Cuthbert, B. N. (1995). Emotional perception: Fearful beasts, scary people, sex, sports, disgust, and disasters. *Psychophysiology*, 32, S48 (abstract).
- Ohira, H., Nomura, M., Ichikawa, N., Isowa, T., Lidaka, T., Sato, A., Fukuyama, S., Nakajima, T. y Yamada, J. (2006). Association of neural and physiological responses during voluntary emotion suppression. *Neuroimage*, 29, 45-57.
- Palomba, D., Sarlo, M., Angrilli, A., Mini, A. y Stegagno, L. (2000). Cardiac responses associated with affective processing of unpleasant film stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, 36, 45-57.
- Ray, R. D., McRae, K., Ochsner, K. N. y Gross, J. J. (2010). Cognitive reappraisal of negative affect: converging evidence from EMG and self-report. *Emotion*, 10, 587-592.
- Reynaud, E., El-Khoury-Malhame, M., Blin, O. y Khalifa, S. (2012). Voluntary emotion suppression modifies psychophysiological responses to films. *Journal of Psychophysiology*, 26, 116-123.
- Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers, J. J. y Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 747-756.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.

Adaptación española de la escala dsm-oriented del Youth Self-Report (YSR) en población general

SÍGRID GALLEGO MOYA
moyam@uji.es

M. IGNACIO IBÁÑEZ RIBES
iribes@uji.es

Resumen

Introducción: En torno al 20 % de la población española ha desarrollado algún trastorno mental en su vida. Para ayudar a los profesionales de la salud mental a identificar un posible cuadro clínico o subclínico, el Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) ha realizado una adaptación de sus instrumentos dirigidos a población infantojuvenil. El resultado de esta adaptación son las escalas DSM-oriented. Específicamente, las escalas DSM-oriented del Youth Self-Report (YSR) recogen las principales categorías diagnósticas del DSM-IV: problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos, problemas de inatención e hiperactividad, problemas oposicionista-desafiante y problemas conductuales (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2001, 2003). El objetivo principal del presente estudio es la adaptación y validación de la escala orientada al DSM en nuestro contexto sociocultural a partir de la versión española para adolescentes de Achenbach (YSR). **Método:** Para ello, administramos el autoinforme YSR (Achenbach y Rescorla, 2001; Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002) a 396 estudiantes de 4.º de la ESO (58,93 % chicas), cuya media de edad fue de 15,28 años. **Resultados:** El análisis factorial exploratorio mostró una estructura de 6 factores, cuya fiabilidad en las diferentes escalas resultaron adecuadas, con un rango entre $\alpha = ,54$ y $\alpha = ,80$. **Conclusión:** El presente estudio ha confirmado cómo en nuestro contexto sociocultural, y a partir de una selección adecuada de ítems de la versión española del YSR, es posible evaluar de forma relativamente rápida, fiable y válida diferentes síntomas de los trastornos del DSM.

Palabras clave: psicopatología, adolescentes, evaluación, ASEBA, DSM.

Abstract

Introduction: Around 20% of the Spanish population has developed a mental disorder in their lifetime. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) has adapted its instruments to children and youths to help mental health professionals identify clinical or subclinical symptoms. The results of this adaptation are the DSM-Oriented Scales. Specifically, the DSM-Oriented Youth Self-Report (YSR) scales include the main diagnostic categories of DSM-IV: emotional problems, anxiety disorders, somatic problems, inattention-hyperactivity disorder, oppositional-defiant prob-

lems and disruptive behaviour (Achenbach, Dumenci & Rescorla, 2001, 2003, 2001, 2003). This research work aimed to adapt and validate the YSR DSM-Oriented scale in our social context. **Method:** We administered the YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Lemos, Vallejo, & Sandoval, 2002) to a sample of 396 high school students (58.93% females), whose average age was 15.28 years. **Results:** The factor analysis showed a 6-factor structure whose reliability on different scales proved suitable, ranging from $\alpha = 0.54$ to $\alpha = 0.80$. **Conclusion:** In our social context and from properly selecting items in the Spanish version of the DSM-Oriented YSR, this study confirmed that it is possible to evaluate different relatively fast reliable and valid symptoms of DSM disorders.

Keywords: Psychopathology, adolescents, evaluation, ASEBA, DSM.

Introducción

Según el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), en torno al 20 % de la población española ha desarrollado algún trastorno mental en su vida (Lopez-Ibor, Alonso y Haro, 2007). Por ello, el papel de la detección temprana de posibles desajustes psicológicos en población infantojuvenil puede ser determinante en el desarrollo de alguno de estos trastornos en la edad adulta.

Con el objetivo de ayudar a los profesionales de la salud mental, se encuentran diversos instrumentos de *screening* aplicados de forma colectiva o individual, que informan rápidamente de la presencia de alguna posible sintomatología psicopatológica, haciendo posible una temprana evaluación clínica. El principal objetivo de la evaluación clínica en niños y adolescentes es el de asegurarse si estos presentan alguna sintomatología psicopatológica, para establecer un diagnóstico diferencial y determinar un tratamiento indicado (Lacalle, Domènech, Granero y Ezpeleta, 2014).

De entre los instrumentos de *screening* más utilizados, el Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) es uno de los sistemas de cuestionarios más ampliamente utilizados en la evaluación de las dimensiones de rasgos psicopatológicos en jóvenes de edad escolar a través de la autovaloración y heteroevaluación de los padres/tutores y profesores de una lista de conductas que abarcan un amplio espectro de sintomatología psicopatológica (CBCL, TRF e YSR; Achenbach, 1991).

Estos instrumentos ASEBA han sido traducidos a más de 80 idiomas. Originalmente, la estructura taxonómica de estos instrumentos es jerárquica, dividiendo la sintomatología psicopatológica en dos dimensiones de segundo orden (externalizante e internalizante) que engloban 8 conductas distintas (agresividad, conducta antisocial, problemas atencionales, ansiedad, depresión, quejas somáticas, búsqueda de atención y problemas de pensamiento). Esta estructura fue obtenida mediante el análisis factorial de los ítems (Achenbach y Rescorla, 2001; Lemos y cols., 2002). Además, esta estructura se ha validado con muestras de 23 países distintos (Fonseca-Pedrero, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, Paino y Muñiz, 2012; Ivanova y cols., 2007).

Sin embargo, los criterios específicos para el diagnóstico según el DSM difieren de los elementos de estas escalas de base empírica (Achenbach y cols., 2001). Por ello, con el objetivo de integrar la *evaluación dimensional* derivada del análisis factorial presente en los instrumentos psicométricos de ASEBA y la *evaluación categórica* del DSM-IV, se crean las esca-

las DSM-oriented de estos instrumentos ASEBA (Achenbach y cols., 2003). Con ello se busca facilitar la evaluación individual y los análisis estadísticos para la investigación, así como incrementar la validez para el diagnóstico de los trastornos del DSM-IV (Achenbach y cols., 2003; Lacalle y cols., 2014).

El resultado de esta adaptación son las escalas DSM-oriented, desarrolladas a partir de los ítems contenidos en sus tres versiones (CBCL, TRF e YSR).

El procedimiento para llevar a cabo la creación de estos instrumentos fue un procesamiento de arriba-abajo, en el que 22 profesionales en salud mental (principalmente, psicólogos y psiquiatras) de 16 países distintos puntuaron todos los ítems de la *checklist* de ASEBA (de 141 ítems en total). La puntuación a la adecuación de cada ítem (0 = no consistente, 1 = algo consistente y 2 = muy consistente) con cada categoría diagnóstica del DSM (Achenbach y cols., 2001).

Finalmente, la estructura común obtenida constaba de 6 factores que recogen las siguientes categorías diagnósticas del DSM-IV: (1) problemas afectivos, (2) problemas de ansiedad, (3) problemas somáticos, (4) problemas de inatención e hiperactividad, (5) problemas oposicionista-desafiantes y (6) problemas conductuales (Achenbach y cols., 2001).

Por tanto, el objetivo principal del presente estudio es la adaptación y validación de la escala orientada al DSM en nuestro contexto sociocultural a partir de la versión española para adolescentes del Youth Self-Report de Achenbach (YSR; Achenbach, 1991; Lemos y cols., 2002; Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006).

Método

Muestra y procedimiento

La muestra estaba compuesta de 396 estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria de centros de la Comunidad Valenciana (España), tanto de zonas urbanas como rurales. El 58,93 % eran chicas y la media de edad eran 15,28 años (DT = 0,69). Los cuestionarios se administraron de forma colectiva, motivando a los participantes y asegurándoles la confidencialidad de los resultados. Estos resultados forman parte de una recogida de datos más amplia enmarcada dentro de un estudio longitudinal-prospectivo en adolescentes.

Instrumentos

El Youth Self-Report (Achenbach, 1991) en su versión española (Lemos y cols., 2002) para adolescentes de 11 a 18 años. Son 112 ítems de escala tipo Likert (0 = nunca me ha pasado / no es cierto; 1 = alguna vez me ha pasado / un poco cierto; 2 = me pasa frecuentemente / es muy cierto) que presentan una estructura taxonómica consistente en nueve factores o síndromes de primer orden, derivados empíricamente mediante el análisis factorial, y dos dimensiones de segundo orden o patrones generales de psicopatología internalizante y externalizante. Estos resultados han resultado ser diferentes a través de diferentes estudios a los encontrados por Achenbach (Lemos y cols., 2002; Sandoval y cols., 2006).

Procedimiento

A partir de diferentes análisis factoriales del YSR (Lemos y cols., 2002; Sandoval y cols., 2006) y las escalas orientadas (Achenbach y cols., 2001) seleccionamos los ítems que, en función de sus saturaciones factoriales, contenido y fiabilidad, mejor representaban las 6 escalas DSM-oriented.

Análisis

En primer lugar, se realizó un análisis factorial con el método de extracción de ejes principales y rotación Oblimin directo de los ítems del YSR y se seleccionaron aquellos que más saturaron para los factores propuestos en la adaptación DSM-oriented (Achenbach y cols., 2001, 2003).

A continuación, con los factores resultantes se llevaron a cabo correlaciones bivariadas de Pearson y los análisis de fiabilidad de los factores resultantes del EFA, con el paquete estadístico IBM SPSS statistics versión 21 (IBM Corporation, 2012).

Resultados

Análisis factorial

Se reprodujo la reducción de dimensiones de los ítems seleccionados del YSR mediante la factorización de ejes principales y la rotación Oblimin directo (resultados en la tabla 1) y se calcularon las correlaciones bivariadas de Pearson (resultados en la tabla 2). Pedimos la extracción de 6 factores para replicar el modelo DSM-oriented. La significación del estadístico χ^2 ($\chi^2 = 2257,30$; g.l.: 325; $p = ,00$) y el índice KMO (0,81) indicaron que el método de extracción que utilizamos era adecuado y que esta solución explicaba un 50,56 % de la varianza total acumulada.

Tabla 1
Resultados de las saturaciones factoriales y porcentaje de varianza explicada

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Creo que nadie me quiere	0,70	-0,01	-0,03	0,06	0,01	0,11
Me siento solo/a	0,68	-0,04	-0,07	-0,04	0,01	0,07
Creo que no valgo para nada o me siento inferior	0,68	-0,11	0,07	-0,03	-0,01	0,11
Me siento desgraciado/a, triste o deprimido/a	0,67	-0,07	0,05	-0,12	0,08	0,18
Pienso en suicidarme	0,46	0,15	0,08	0,01	-0,03	-0,14
Ataco físicamente a otras personas	0,01	0,73	0,00	0,07	0,02	0,11
Amenazo con hacer daño a la gente	0,05	0,51	0,12	0,02	-0,04	-0,12
Robo cosas fuera de casa	0,04	0,43	0,00	-0,03	-0,15	-0,14
Me meto en muchas peleas	-0,08	0,41	-0,06	-0,22	0,06	0,03
Ando con chicos/as que se meten en problemas	-0,05	0,34	-0,01	-0,12	-0,07	0,03
Dolores o calambres en el estómago	-0,11	0,01	0,81	0,04	0,01	-0,07

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Vómitos	-0,01	0,03	0,73	0,07	0,04	0,08
Nauseas o mareos	0,12	0,02	0,55	-0,08	-0,02	0,01
Dolores de cabeza	0,14	-0,02	0,33	-0,16	-0,05	0,13
Discuto mucho	0,03	0,03	-0,08	-0,60	-0,03	0,00
Tengo un carácter fuerte	-0,05	0,16	0,04	-0,45	0,09	0,11
Grito mucho	0,08	0,05	0,09	-0,45	-0,07	0,04
Desobedezco a mis padres	0,14	-0,09	0,08	-0,39	-0,24	-0,16
Tengo dificultad para mantenerme sentado/a	-0,12	0,04	0,10	0,02	-0,58	0,02
Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención	0,11	0,09	-0,01	-0,14	-0,43	-0,02
Me comporto como si tuviera menos edad de la que tengo	0,16	0,17	-0,11	0,06	-0,39	0,00
Soy nervioso/a	-0,07	-0,05	0,03	-0,15	-0,35	0,20
Me siento inseguro/a o cohibido/a con facilidad	0,11	0,01	0,19	0,11	-0,27	0,48
Tengo miedo de pensar o hacer algo malo	0,10	0,03	-0,03	0,00	0,05	0,45
Me preocupo mucho	0,04	-0,05	0,09	-0,08	-0,01	0,45
Soy demasiado miedoso/a o ansioso/a	0,11	-0,08	0,05	-0,07	-0,18	0,42
Porcentaje de varianza explicada (%)	18,06	10,10	7,28	5,76	4,89	4,46

Correlaciones bivariadas de Pearson

Tabla 2
Resultados de las correlaciones entre los factores resultantes

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Factor 1	1	0,03	0,28***	-0,26***	-0,37***	0,47***
Factor 2		1	0,43	-0,39***	-0,36***	-0,20***
Factor 3			1	-0,23***	-0,35***	0,35***
Factor 4				1	0,48***	-0,32***
Factor 5					1	-0,25***
Factor 6						1

Nota: ***p< ,001

Análisis de fiabilidad

La fiabilidad de la escala es adecuada, presentando un índice de consistencia interna total para los 26 ítems de 0,80 (0,82 para chicas; 0,73 para chicos). Para cada factor los resultados de la consistencia interna fueron los siguientes (véase la tabla 3):

Tabla 3
Resultados de la consistencia interna para cada factor

	Alpha de Cronbach (α) para la muestra total (n = 396)	Alpha de Cronbach (α) para chicas (n = 233)	Alpha de Cronbach (α) para chicos (n = 163)
Factor 1	0,80	0,83	0,56
Factor 2	0,61	0,42	0,68
Factor 3	0,66	0,71	0,48
Factor 4	0,60	0,60	0,56
Factor 5	0,54	0,52	0,58
Factor 6	0,62	0,63	0,53

Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo era la adaptación y validación de la escala DSM-oriented (Achenbach y cols., 2001) en nuestro contexto sociocultural a partir de la versión española para adolescentes del Youth Self-Report de Achenbach (Lemos y cols., 2002).

Los resultados del análisis factorial de los 26 ítems seleccionados para este trabajo mostraron su adecuación al modelo de 6 factores propuesto para la versión DSM-oriented (Achenbach y cols., 2001, 2003): problemas afectivos / depresión (factor 1), problemas conductuales (factor 2), problemas somáticos (factor 3), problemas opositorista-desafiante (factor 4), problemas de inatención e hiperactividad (factor 5) y problemas de ansiedad (factor 6).

Aunque la aparición de las grandes dimensiones (externalizante e internalizante) es consistente (Lemos y cols., 2002), la estructura factorial del YSR presenta algunas dificultades de replicación en algunas de sus escalas. Así, por ejemplo, la estructura del mismo instrumento varía en otros estudios anteriores, entre los que se encuentra una estructura de primer nivel de 9 factores y 3 dimensiones en el segundo nivel (Sandoval y cols., 2006).

Con el fin de integrar algunos de los comportamientos y síntomas evaluados en las escalas de Achenbach con las categorías diagnósticas del DSM, se han desarrollado los instrumentos DSM-oriented (Achenbach y cols., 2003; Rescorla, 2005) a través de la valoración experta de la adecuación del ítem a la categoría diagnóstica (Achenbach y cols., 2001). Por tanto, una adecuada selección de aquellos ítems de las diferentes escalas de Achenbach más representativos de los cuadros clínicos descritos en el DSM han permitido desarrollar un instrumento breve de *screening* fiable y válido en la detección temprana (Lacalle y cols., 2014).

Siguiendo esta lógica, el presente trabajo ha seleccionado 26 ítems de la versión española del YSR (Lemos y cols., 2002) que se ajustarían a los criterios DSM. Estos ítems muestran

una estructura que se adecúa a la versión original del DSM-oriented para el YSR (Achenbach y cols., 2001) de 6 factores, con índices de fiabilidad adecuados.

En definitiva, el presente estudio ha confirmado cómo en nuestro contexto sociocultural, y a partir de una selección adecuada de ítems de la versión española del YSR, es posible evaluar de forma relativamente rápida, fiable y válida diferentes síntomas de los trastornos del DSM.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L. y Rescorla, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. *Vermont Research*, 1-9.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L. y Rescorla, L. A. (2003). DSM-Oriented and Empirically Based Approaches to Constructing Scales From the Same Item Pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 328-340.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment* (Research C). Burlington, VT: University of Vermont: Research Center for Children, Youth & Families.
- Fonseca-Pedrero, E., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., Paino, M. y Muñiz, J. (2012). Dimensional structure and measurement invariance of the youth self-report across gender and age. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 50, 148-153.
- IBM Corporation. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp..
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., [...] Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 729-738.
- Lacalle, M., Domènech, J. M., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2014). Validity of the DSM-oriented scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report. *Psicothema*, 26, 364-371.
- Lemos, S., Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-report (YSR). *Psicothema*, 14, 816-822.
- Lopez-Ibor, J. J., Alonso, J. y Haro, J. M. (2007). European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED): contributions for the mental health in Spain. *Actas españolas de psiquiatría*, 35, 1-3.
- Rescorla, L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 1, 226-237.
- Sandoval, M., Lemos, S. y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: a normative study of the YSR. *Psicothema*, 18, 804-809.

Bifobia en jóvenes universitarios: diferencias entre géneros

MARTA GARCÍA BARBA
al225792@uji.es

DAVID GARCÍA DÍAZ
al188412@uji.es

JESÚS CASTRO CALVO
castroj@uji.es

CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA
gimenezc@uji.es

RAFAEL BALLESTER ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

Introducción: La bisexualidad es una orientación sexual caracterizada por la atracción sexual, emocional o romántica hacia personas de distintos sexos. La bifobia es el nombre que recibe el rechazo hacia estas personas. Esta está sujeta a diversos prejuicios que, en muchas ocasiones, hacen que sean discriminados incluso por homosexuales además de heterosexuales, lo que se conoce como *dobles discriminación*. Aunque actualmente se ha avanzado mucho en cuanto a la aceptación de la diversidad sexual, existen todavía actitudes negativas hacia las personas con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual. Por ello, el presente estudio pretende analizar las actitudes hacia la bisexualidad en jóvenes universitarios. **Método:** La muestra está compuesta por 325 universitarios (145 hombres y 180 mujeres) con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años ($M = 20,05$; $DT \pm 1,89$). Los instrumentos empleados fueron dos cuestionarios, uno con datos sociodemográficos y otro una escala tipo Likert con 5 ítems sobre bifobia desarrollado *ad hoc* por el equipo de Unisexsida. **Resultados:** Encontramos distintos grados de actitudes negativas hacia la bisexualidad; por ejemplo, el 32 % de los participantes están entre algo y muy de acuerdo con la afirmación «los bisexuales son unos viciosos». Comparando los resultados por género, los hombres muestran medias mayores que las mujeres en la mayoría de los ítems de la escala, aunque estas diferencias no son significativas. **Conclusiones:** En general, todavía encontramos ciertos niveles de actitudes negativas hacia la bisexualidad, aunque este porcentaje puede ser menor que en la población general por tratarse de jóvenes universitarios.

Palabras clave: bifobia, orientación sexual, jóvenes universitarios, homosexualidad, bisexualidad.

Abstract

Introduction: Bisexuality is a sexual orientation characterised by a sexual, emotional and/or romantic attraction to people of different gender. The rejection of these people is called biphobia. This leads to several prejudices and, besides being discriminated by straight people, people can even be discriminated against homosexual people. This behaviour is known as “double discrimination”. Despite much having been achieved regarding the acceptance of sexual diversity, negative attitudes are still shown towards people with sexual orientations that differ from the heterosexual one. Therefore, this study aims to analyse attitudes towards bisexuality in university students. **Method:** The sample was composed of 325 university students, 145 males and 180 females aged 18-25 years ($M=20.05$; $SD\pm 1.89$). Two questionnaires were used, one with socio-demographic data and the other was a 5-item Likert scale about biphobia. The questionnaire was developed *ad hoc* by the Unisexsida team. **Results:** We found different degrees of negative attitudes towards bisexuality; e.g., 32% of the participants somewhat or strongly agreed with the statement “bisexuals are depraved”. When comparing the results by gender, males obtained higher measures than females for most scale items, but differences were not significant. **Conclusions:** We can still generally find certain levels of negative attitudes towards bisexuality, although the percentage we found may be lower than in the general population because participants were young university students.

Keywords: biphobia, sexual orientation, university students, homosexuality, bisexuality.

Introducción

Según la American Psychological Association (APA), entendemos la orientación sexual como una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros, que existe a lo largo de un continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Así, las personas bisexuales experimentan una atracción sexual, emocional o afectiva hacia personas de su mismo sexo y del sexo opuesto.

Hoy en día, los principales problemas relacionados con la orientación sexual no se deben a que la homosexualidad o la bisexualidad sean consideradas patológicas —lo que sí sucedía años antes—, sino al rechazo que algunas personas sufren por no pertenecer a una orientación sexual mayoritaria. Cuando ese rechazo se expresa hacia personas homosexuales es conocido como *homofobia*: se trata de un fenómeno conocido, cuantificado y extensamente estudiado tanto a nivel clínico como empírico. Sin embargo, esta no es la única forma de rechazo hacia personas con una orientación sexual alternativa a la mayoritaria, ya que existen otras, tanto o más negativas para el desarrollo psicológico de la persona, como sería por ejemplo la bifobia. La bifobia se define como el rechazo que sufren las personas bisexuales por el mero hecho de sentirse atraídas sexualmente tanto por hombres como por mujeres. Este rechazo está sujeto a diversos prejuicios que, en muchas ocasiones, hacen que sean discriminadas, incluso por personas homosexuales, además de las heterosexuales —lo que es conocido como *doble discriminación*— (Vázquez y Esteban, 2014).

El estudio del fenómeno de la bifobia es muy reciente y existen muy pocos trabajos que la cuantifiquen o la exploren en profundidad. Más conocido es, sin embargo, el rechazo hacia personas homosexuales, siendo posible encontrar referencias hacia este en casi cualquier época de la historia: tablillas mesopotámicas que hablan de castigos impuestos a personas que realizaban prácticas homosexuales, las Sagradas Escrituras que clasifican como pecado cualquier relación que trascienda el objetivo de la reproducción —castigando por tanto cualquier relación homosexual— o, más recientemente, el acoso e incluso el asesinato de personas homosexuales en países árabes (*El País*, 2016). Sin ir más lejos, el manual DSM consideró la homosexualidad como una patología hasta su retirada en el año 1973 (Bilbao, Blascot y Molina, 2016).

Por suerte, la sociedad evoluciona positivamente, aceptando cada vez más a las personas con esta y otras orientaciones sexuales. Sin embargo, todavía existe una importante discriminación, incluso en personas jóvenes y en países miembros de la Unión Europea, de los que se esperaría una actitud más abierta y progresista (Andersen y Fetner, 2008). Por desgracia, la discriminación por motivo de la orientación sexual (tanto hetero como homocélica) conlleva graves repercusiones, que en el peor de los casos conducen a conductas suicidas. Según datos del Centro para la Prevención del Suicidio (conocido como SPRC por sus siglas en inglés), la comunidad LGTB (lesbianas, gays, transexuales y bisexuales) tiene tres veces más probabilidad de reportar ideación suicida que los jóvenes heterosexuales (SPRC, 2008). Por su parte, Safren y Heimberg (1999) encuentran que un 30 % de los jóvenes homosexuales han intentado suicidarse en algún momento de su vida, porcentaje ampliamente superior al documentado en población general. El suicidio sería una de las manifestaciones más severas del rechazo homofóbico y bifóbico; sin embargo, es más frecuente que este se manifieste de formas más sutiles, pero no por ello menos negativas para el desarrollo psicosocial de jóvenes y adolescentes. En el ámbito nacional, encontramos estudios como el realizado por Espada, Morales, Orgilés y Ballester (2012) cuyos resultados muestran que los adolescentes no heterosexuales presentan mayor sintomatología depresiva, menor autoconcepto en cuanto a habilidad física y menor percepción de honestidad, aunque no se encontraron diferencias respecto a la ansiedad social entre heterosexuales y no heterosexuales. En adultos, las personas homosexuales suelen tener un gran malestar emocional (Almeida, Johnson, Corliss, Molnar y Azrael, 2009) debido en parte a esta discriminación que ellos mismos han internalizado desde pequeños y que, en muchas ocasiones, les lleva a no aceptar su propia orientación sexual o incluso a discriminar ellos a otras personas por su orientación sexual (aunque esto parece darse más en personas homosexuales que en bisexuales, valga la doble discriminación antes nombrada). También se ha encontrado por el contrario como factor protector que las personas con un alto nivel de resiliencia y, por lo tanto, de adaptación, ya sea por su autoestima, su funcionamiento intelectual, su flexibilidad cognitiva o su regulación emocional o por el apoyo de sus padres e iguales entre otras cosas (en las cuales no vamos a centrarnos en este estudio), no sufren este tipo de malestar (Fernández y Vázquez, 2013).

Diversos estudios han tratado de estimar la prevalencia de las distintas orientaciones sexuales. Por ejemplo, un estudio realizado por Smith, Rissel, Richters, Grulich y de Visser (2003) en 10 173 hombres y 9134 mujeres australianos de entre 16 y 59 años encontró que un 1,6 % de los hombres y un 0,8 % de las mujeres se identificaba como homosexuales mientras que el 0,9 % y el 1,4 % respectivamente se autoidentificaba como bisexuales. En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística (INE) publicó en el 2004 la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, un estudio donde 10 838 entrevistados respondieron, entre otras, a preguntas acerca de su orientación sexual. En este estudio se encontró que el 1 % de la población mantenía relaciones exclusivamente homosexuales (tanto hombres como mujeres) y que en torno a un 3 % de la gente reconocía haber mantenido relaciones homosexuales en algún momento

de su vida (3,7 % de hombres y 2,7 % en mujeres). Trasladando estos porcentajes a cifras absolutas, esto supone que aproximadamente 335 060 personas tan solo en España son homosexuales, mientras que 601 008 hombres y 466 087 mujeres afirmarían haber mantenido relaciones homosexuales en algún momento de su vida.

Teniendo en cuenta lo apuntado anteriormente, el objetivo de este trabajo es explorar las actitudes hacia la bisexualidad que presentan los jóvenes universitarios y explorar la existencia de diferencias entre hombres y mujeres. Teniendo en cuenta los resultados de las escasas investigaciones previas al respecto, planteamos como hipótesis principal que los jóvenes universitarios presentarán cierto grado de bifobia. Así mismo, esperamos obtener un porcentaje mayor de hombres con actitudes de rechazo hacia la bisexualidad que de mujeres.

Método

Participantes

En este estudio han participado un total de 325 universitarios con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años. El 44,6 % eran hombres (145 hombres) y el 55,6 % restante mujeres (180 mujeres). La media de edad es de 20,05 años, con una desviación típica de $\pm 1,89$. La distribución por edades y género es homogénea ($X^2 = 3,743$; $p = ,809$).

Con respecto a la orientación sexual autoinformada, la mayoría de los participantes (91,1 %) se identifica como heterosexual, seguido de un 5,2 % que lo hace como bisexual y un 3,7 % como homosexual.

Instrumentos

En el presente estudio se han empleado dos cuestionarios:

- Cuestionario de intereses y prácticas sexuales (Salusex-Unisexsida, 2016 a): cuestionario que evalúa la orientación sexual autoadscrita y en función de intereses, deseos, fantasías y prácticas sexuales. Esta escala está compuesta por 10 ítems además de otras preguntas diseñadas para obtener datos sociodemográficos. De los 10 ítems de la escala, el primero pregunta por la orientación sexual autoadscrita en función de tres opciones de respuesta: heterosexual, homosexual y bisexual. Los siguientes seis ítems son de respuesta dicotómica sobre deseos, fantasías y prácticas sexuales con personas del mismo sexo y de diferente sexo, seguidos de dos ítems que preguntan nuevamente por la orientación sexual pero empleando otros tipos de respuestas. El primero de ellos pregunta por la atracción sexual mediante 7 opciones de respuesta que irían desde «me siento atraído solo hacia el otro sexo» hasta «me siento atraído solo hacia el mismo sexo». El otro ítem hace referencia a la orientación sexual en función de un continuo que iría desde la heterosexualidad hasta la homosexualidad exclusiva, pidiendo al sujeto que se posicione según sus preferencias sexuales a lo largo de dicho continuo. El último ítem hace referencia a una mayor o menor disposición a mantener diferentes actividades sexuales con alguien de su mismo sexo.
- Escala de bifobia (Salusex-Unisexsida, 2016 b): escala tipo Likert elaborada *ad hoc* por el equipo de Salusex-Unisexsida compuesta por 5 ítems creados para evaluar las actitudes negativas hacia la bisexualidad. Un ejemplo de estos ítems sería: «las personas que se definen como bisexuales es que no se atreven a decir que son homo-

sexuales». Cada ítem se valora del 1 (nada de acuerdo) al 10 (totalmente de acuerdo) y el sumatorio permite la obtención de un índice con valores entre 5 (nada bifóbico) y 50 (totalmente bifóbico).

Procedimiento

La muestra se reclutó el día mundial de la lucha contra el SIDA aprovechando los puestos informativos que ubicamos en las entradas de cada una de las facultades de la Universitat Jaume I. A todas las personas que pasaban cerca de estos puestos informativos se les informaba del motivo por el cual estábamos allí y se les pedía de forma voluntaria que respondieran a diversos cuestionarios obteniendo una participación de más de 1000 estudiantes, aunque para este estudio únicamente se utilizó una parte de la muestra (325 sujetos). A la hora de completar los cuestionarios se utilizaron diversos espacios que permitían cierta privacidad e individualidad a los sujetos que respondían al mismo. Se realizó mediante lápiz y papel y, cuando finalizaban el cuestionario, se les entregaba un preservativo e información sobre el VIH/SIDA.

Resultados

Con el objetivo de conocer las actitudes hacia la bisexualidad en la muestra general, los ítems de la escala de bifobia fueron dicotomizados de modo que permitieran identificar a las personas sin ningún tipo de actitud de rechazo («nada bifóbicos») y las que sintieran entre algo y mucho rechazo hacia personas bisexuales («de algo bifóbico en adelante»). Para ello, se clasificaron en la primera categoría a todos aquellos participantes que contestaron con un 1 a cada uno de los ítems de dicha escala y en la segunda categoría a los que contestaron con valores entre 2 y 10. En la tabla 1 se presenta el porcentaje general de participantes en cada una de estas categorías y en la tabla 2 el porcentaje en función del género.

Si comenzamos analizando la actitud general de la muestra hacia las personas bisexuales (tabla 1), encontramos que un 24,3 % de la muestra estaría entre algo y totalmente de acuerdo con que la homosexualidad no es una opción de vida tan saludable como la heterosexual (ítem 1), frente al 75,7 % que estaría en total desacuerdo con dicha afirmación. Esta sería además la afirmación en la que el porcentaje de personas con una actitud negativa (puntuación ≥ 2) sería menor. El siguiente ítem («las personas que se definen como bisexuales es que no se atreven a decir que son homosexuales») es, por el contrario, el que presenta un porcentaje mayor de respuestas «entre algo y muy bifóbicas», porcentaje que prácticamente alcanzaría la mitad de la muestra (47,70 %). Por otro lado, el porcentaje de personas con respuestas de algo bifóbicas en adelante a los ítems 3 («la bisexualidad no existe, o te gusta una cosa o la otra») y 4 («las personas bisexuales son unas viciosas a las que les gusta todo») sería en ambos casos del 32 %, mientras que el 68 % de la muestra se mostraría «totalmente en desacuerdo» con dichas afirmaciones frente a un 32 %. Los resultados para el último ítem de la escala («las personas bisexuales son unas inmaduras o indecisas que todavía no saben bien lo que les gusta») indican que un 71,7 % de la muestra estaría totalmente en desacuerdo con esta afirmación mientras que el 28,3 % restante sí presentaría actitudes bifóbicas a este respecto.

Tabla 1
Porcentaje de respuesta a los ítems dicotomizados

	Nada bifóbico	De algo bifóbico en adelante
Ítem 1. La homosexualidad nunca será una opción de vida tan saludable como la heterosexualidad	75,70 %	24,30 %
Ítem 2. Las personas que definen como bisexuales es que no se atreven a decir que son homosexuales	52,30 %	47,70 %
Ítem 3. La bisexualidad no existe: o te gusta una cosa o la otra	68,00 %	32,00 %
Ítem 4. Las personas bisexuales son unas viciosas a las que les gusta todo	68,00 %	32,00 %
Ítem 5. Las personas bisexuales son unas inmaduras o indecisas que todavía no saben bien lo que les gusta	71,70 %	28,30 %

Si exploramos ahora esta misma distribución de porcentajes en función del género (tabla 2), no encontramos apenas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al porcentaje de los que presentan respuestas entre algo y muy bifóbicas. En ningún caso las diferencias en los porcentajes alcanzan la significación estadística ($p > ,05$), si bien en el primer ítem el porcentaje de hombres con respuestas bifóbicas (53,2 %) es ligeramente superior al de mujeres (46,8 %). Al contrario, en el resto de afirmaciones el porcentaje de mujeres con actitudes entre algo y muy bifóbicas sería superior al de hombres, particularmente en los ítems 2, 3 y 4.

Tabla 2
Porcentaje de respuestas entre algo y muy bifóbicas en función del género

	Hombres	Mujeres	X ²	Sig.
Ítem 1. La homosexualidad nunca será una opción de vida tan saludable como la heterosexualidad	53,2 %	46,8 %	3,087	,079
Ítem 2. Las personas que definen como bisexuales es que no se atreven a decir que son homosexuales	41,9 %	58,1 %	,861	,353
Ítem 3. La bisexualidad no existe: o te gusta una cosa o la otra	44,2 %	55,8 %	,009	,924
Ítem 4. Las personas bisexuales son unas viciosas a las que les gusta todo	49,0 %	51,0 %	1,211	,271
Ítem 5. Las personas bisexuales son unas inmaduras o indecisas que todavía no saben bien lo que les gusta	50,0 %	50,0 %	1,506	,220

Por último, se exploró la puntuación media de cada ítem en hombres y mujeres (tabla 3). En este sentido, únicamente encontramos diferencias significativas ($t = 2,782$; $p = ,006$) entre las medias de hombres ($M = 2,60$) y mujeres ($M = 1,89$) en el ítem 4 («las personas bisexuales son unas viciosas a las que les gusta todo»). En todos los ítems exceptuando el segundo («las personas que se definen como bisexuales es que no se atreven a decir que son homosexuales»), las medias son mayores en hombres que en mujeres.

Tabla 3
Puntuación media en los 5 ítems de bifobia en función del género

	<i>M</i> hombres (<i>DT</i>)	<i>M</i> mujeres (<i>DT</i>)	<i>t</i>	Sig.
Ítem 1. La homosexualidad nunca será una opción de vida tan saludable como la heterosexualidad	2,20 (2,408)	1,77 (2,039)	1,756	,080
Ítem 2. Las personas que definen como bisexuales es que no se atreven a decir que son homosexuales	2,40 (2,086)	2,60 (2,216)	-0,830	,407
Ítem 3. La bisexualidad no existe: o te gusta una cosa o la otra	2,03 (1,918)	1,97 (1,787)	0,296	,768
Ítem 4. Las personas bisexuales son unas viciosas a las que les gusta todo	2,60 (2,694)	1,89 (1,905)	2,782	,006
Ítem 5. Las personas bisexuales son unas inmaduras o indecisas que todavía no saben bien lo que les gusta	2,10 (2,086)	1,77 (1,607)	1,610	,108

Si analizamos finalmente en conjunto los datos derivados del análisis del porcentaje de participantes con puntuaciones entre algo y muy bifóbicas (tablas 1 y 2) y las puntuaciones medias en función del género (tabla 3), deducimos que, a pesar de que el porcentaje de personas que clasificaríamos como «algo bifóbico en adelante» es, en general, mayor en mujeres, los hombres presentan puntuaciones medias mayores que las mujeres en los 5 ítems explorados. Así, aunque el porcentaje de «algo bifóbico en adelante» sea menor en hombres, estos presentan actitudes más negativas hacia la bisexualidad que las mujeres.

Discusión y conclusiones

Como hemos comprobado a lo largo de la elaboración de este estudio, existen muy pocas investigaciones realizadas sobre bifobia y más si se intenta comprobar las diferencias de las actitudes hacia la bisexualidad entre hombres y mujeres. De ahí la importancia de trabajos que, como el realizado, permitan conocer de cerca la realidad en torno a las actitudes hacia la bisexualidad en nuestro contexto. En tanto en cuanto estas actitudes determinan la forma en la que la sociedad se comporta más o menos positivamente hacia este colectivo, el estudio de las mismas supone un objetivo de primera línea para la atención sociosanitaria de los hombres

y las mujeres bisexuales (sobre todo teniendo en cuenta algunas de las consecuencias negativas derivadas del rechazo y la estigmatización hacia estos colectivos).

Tal y como proponíamos en nuestra hipótesis inicial, vemos que, en general, existen ciertas actitudes negativas hacia la bisexualidad que, en algunos casos (por ejemplo, «Las personas que se definen como bisexuales es que no se atreven a decir que son homosexuales»), alcanza a prácticamente la mitad de la muestra. Estos hallazgos serían coherentes con algunas investigaciones previas que apuntan a que en nuestro país, a pesar de que la homofobia se reduce cada año, todavía existen ciertas actitudes de rechazo y estigmatización hacia personas con una orientación sexual alternativa a la mayoritaria (Andersen y Fetner, 2008).

En función del género, de este estudio se desprende que las mujeres son quienes presentan actitudes más favorables hacia las personas bisexuales —tal y como se planteaba en las hipótesis de este trabajo—. Respecto a nuestros resultados, a pesar de que los porcentajes de respuestas «algo bifóbicas en adelante» sea mayor en la mayoría de ítems en mujeres que en hombres, cuando nos fijamos en las medias estas son, en su mayoría, superiores en hombres que en mujeres. Todo esto nos indica que los hombres presentan actitudes más negativas hacia la bisexualidad que las mujeres tal y como apuntan algunos estudios como el realizado por Yost y Thomas (2012), cuyos hallazgos indican que las mujeres presentan actitudes más positivas hacia la bisexualidad que los hombres. Además, en este estudio también concluyen que los hombres muestran mayor bifobia hacia hombres bisexuales que hacia mujeres bisexuales, mientras que en mujeres no encontraron diferencias significativas.

En todo caso, el presente estudio posee ciertas limitaciones que se deberían subsanar para asegurar una mejor generalización de sus resultados. Una de las limitaciones estaría relacionada con el cuestionario empleado para evaluar las actitudes bifóbicas: aparte de ser muy breve (apenas 5 ítems), no se ha realizado ningún estudio para su validación, por lo que sería recomendable utilizar o realizar un cuestionario validado para poder extraer resultados más fiables y válidos. Si analizamos el contenido de sus ítems, el ítem 1 («La homosexualidad nunca será una opción de vida tan saludable como la heterosexualidad») hace referencia a las actitudes hacia la homosexualidad y no hacia la bisexualidad, de modo que parece coherente reformularlo para aproximarlos al constructo a evaluar en futuros trabajos.

Otra de las limitaciones encontradas en este estudio estaría relacionada con la muestra: al tratarse de jóvenes universitarios, es muy posible que los resultados estén reflejando actitudes más tolerantes y menos prejuiciosas hacia las diferentes orientaciones sexuales que las que posiblemente se aprecien en otras poblaciones, afectando de este modo a la generalización de los resultados.

Para futuras investigaciones, creemos que puede ser interesante tener en cuenta otras variables como, por ejemplo, la orientación sexual o las actitudes hacia mujeres bisexuales y hombres bisexuales por separado.

Referencias

- Almeida J., Johnson R., Corliss H., Molnar B. y Azrael D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal Youth Adolescence*, 38, 1001-1014.
- Andersen, R. y Fetner, T. (2008). Economic Inequality and Intolerance: Attitudes toward Homosexuality in 35 Democracies. *American Journal of Political Science*, 52, 942-958.
- Bilbao, G., Blascot, M. R. y Molina, H. J. (2016). Homosexualidad y bisexualidad. En R. M. Zapata y M. I. Gutiérrez (coord.), *Salud Sexual y Reproductiva* (pp. 83-86). Almería: Editorial Universidad de Almería.

- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y estrés*, 18, 31-41.
- Fernández, M. C. y Vázquez, F. (2013). En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Revista Griot*, 6, 44-65.
- Instituto Nacional de Estadística (2004). *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Peregil, F. (2016, 15 de abril). Voces contra la homofobia marroquí. *El País*. Recuperado el 17 de abril de 2016 de <http://internacional.elpais.com>.
- Safren, S. A. y Heimberg, R. G. (1999). Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 859-866.
- Salusex–Unisexsida (2016 a). Cuestionario de intereses y prácticas sexuales. Manuscrito no publicado.
- Salusex–Unisexsida (2016 b). Cuestionario de bifobia. Manuscrito no publicado.
- Smith, A., Rissel, C. E., Richters, J., Grulich, A. E. y de Visser, R. O. (2003). Sex in Australia: Sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 138-145.
- Suicide Prevention Resource Center (2008). *Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*. Newton, MA: Education Development Center.
- Vázquez, M. y Esteban, C. (2014). La “B” en Terapia: Experiencias, Modelos y Asuntos de la Población Bisexual en Psicoterapia. *Ciencias de la conducta*, 29, 20-40.
- Yost, M. R. y Thomas, G. D. (2012). Gender and binegativity: Men’s and women’s attitudes toward male and female bisexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 691-702.

Orientación sexual y homofobia en adolescentes españoles

MARTA GARCÍA-BARBA
al225792@uji.es

JESÚS CASTRO-CALVO
castroj@uji.es

PEDRO SALMERÓN-SÁNCHEZ
psalmero@uji.es

RAFAEL BALLESTER-ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

Introducción: Tradicionalmente, las personas se clasificaban en tres categorías según su orientación sexual: heterosexuales, homosexuales y bisexuales. Esta clasificación ha quedado obsoleta y se habla de un continuo en el que se sitúan las diferentes orientaciones sexuales, cuyos extremos serían la heterosexualidad y la homosexualidad exclusivas. Aparentemente, en un gran número de países la diversidad de orientaciones sexuales está bastante aceptada, pero la realidad es diferente. Este estudio pretende analizar la orientación sexual y las actitudes hacia la homosexualidad en jóvenes. **Método:** Estudio observacional descriptivo; 139 mujeres y 165 hombres entre 14 y 18 años de edad ($x = 15,8$; $DT \pm 1,13$) completaron dos cuestionarios: uno sobre intereses y prácticas sexuales y otro sobre homofobia sutil y manifiesta. **Resultados:** Un 3,2 % del total muestra una orientación diferente a la heterosexual, datos que son mayores cuando se pregunta por la orientación en función de un continuo (un 17,2 % no se sitúan en el extremo heterosexualidad exclusiva). En general, tanto hombres como mujeres presentan actitudes negativas hacia la homosexualidad, siendo los hombres quienes puntúan más alto en dicho constructo. Estas actitudes negativas hacia la homosexualidad correlacionan inversamente con la edad y la orientación sexual medida en un continuo (otorgando el valor más alto a la homosexualidad). **Conclusiones:** La homofobia entre los adolescentes sigue siendo una realidad reconocida por ellos mismos. Dada la gravedad de las consecuencias que la homofobia puede tener sobre los adolescentes cuya expresión afectivosexual se aleja de la heteronormatividad, resultan urgentes campañas educativas para reducir esta forma de discriminación.

Palabras clave: orientación sexual, homofobia, adolescencia, homosexualidad, heterosexualidad.

Abstract

Introduction: Traditionally, people are classified into three categories according to their sexual orientation: heterosexual, homosexual and bisexual. This classification has become obsolete and people talk about a continuum in which different sexual orientations are located with exclusive ends: heterosexuality and homosexuality. Apparently in numerous countries the diversity of sexual orientations is quite accepted, but reality is different. This study aims to analyse sexual orientation and attitudes towards homosexuality in young people. **Method:** An observational descriptive study with 139 females and 165 males aged 14-18 years ($X=15.8$; $SD\pm 1.13$) that included two questionnaires: one about sexual interests and practices, and the other on subtle and manifest homophobia. **Results:** Of the whole sample, 3.2% indicated a different orientation from the heterosexual one, and this percentage rises when asking about orientation according to a continuum (17.2% not located on the exclusive heterosexuality extreme). Both males and females had generally negative attitudes towards homosexuality, with males obtained higher scores in this construct. These negative attitudes towards homosexuality correlated inversely to age and sexual orientation, as measured in a continuum (the highest value was for homosexuality). **Conclusions:** Homophobia among adolescents remains a recognised reality. Given the severe consequences that homophobia may have on adolescents whose sexual affective expression is far from heteronormativity, educational campaigns are urgently needed to cushion this form of discrimination.

Keywords: sexual orientation, homophobia, adolescence, homosexuality, heterosexuality.

Introducción

Actualmente entendemos por *orientación sexual* la atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros, que existe a lo largo de un continuo que iría desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluiría diversas formas de bisexualidad (APA, 2015).

La primera persona que propuso el continuo de orientación sexual fue Alfred Kinsey. Kinsey fue un conocido investigador que realizó un importante estudio sobre la sexualidad humana tanto en hombres como en mujeres. Los hallazgos de dichas investigaciones se encuentran plasmados en los libros *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) y *Sexual Behavior in the Human Female* (1953) y componen lo que conocemos como el Informe Kinsey. Los resultados de su investigación hacían referencia principalmente a la orientación sexual y los componentes de su determinación psicológica, demostrando la prevalencia de la homosexualidad y la bisexualidad en la sociedad y los deseos o las experiencias sexuales homosexuales en la población heterosexual (tomando en cuenta varias muestras de distintos estratos socioeconómicos). Los resultados indicaban que el 46 % de los sujetos masculinos encuestados habían reaccionado sexualmente ante personas de ambos sexos, el 37 % habían tenido al menos una experiencia/respuesta homosexual y el 10 % se consideraban completamente homosexuales. Respecto a las mujeres, en torno al 2-6 % se identificaban como exclusivamente homosexuales y un 11 % del total se encontraban distribuidas a lo largo de un continuo hete-

rosexual-homosexual (habían tenido experiencias/respuestas sexuales tanto heterosexuales como homosexuales) (Carroll, 2009).

Basándose en estos hallazgos, Kinsey propuso que la orientación sexual podía entenderse como un continuo más que como algo simplemente categorial. Este continuo se representaba en una escala que iría del 0 al 6, cuyos extremos serían la heterosexualidad y la homosexualidad exclusivas y, a lo largo del mismo, encontraríamos diferentes formas de bisexualidad. Esta propuesta era muy novedosa, pero tenía ciertas limitaciones. Una de estas limitaciones era que incluía dentro de la misma dimensión las prácticas sexuales, las fantasías, la atracción erótica, etc. Por ello, Fritz Klein (psiquiatra, investigador y activista LGBT) elaboró en 1978 una nueva escala a la que denominó *Klein Sexual Orientation Grid* (KSOG). Esta nueva escala incluye siete variables a tener en cuenta al hablar de orientación sexual: atracción sexual, comportamiento sexual, fantasías sexuales, preferencia emocional, preferencia social, estilo de vida (gay/hetero) y la autoidentificación/autoadcripción. Además de estas matizaciones, Klein también subraya que la preferencia sexual no es algo estático ni permanente, por lo que incluye también la variable temporal (presente, pasado y futuro) y el ideal (Klein, 1978).

En las últimas décadas se han realizado un gran número de estudios sobre la prevalencia de orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual en diferentes países. Diversos estudios realizados en diferentes países y con rangos de edades bastante amplios (desde la adolescencia hasta la vejez) estiman la prevalencia de orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual en torno al 5-10 % del total de la población (Ballester y Gil, 1995; Sell, Wells y Wypij, 1995; Smith, Rissel, Richters, Grulich y de Visser, 2003). Algunos de estos estudios indican además que, tomando la orientación sexual en función de un continuo, los hombres se posicionan más en los extremos (heterosexualidad y homosexualidad exclusiva) mientras que las mujeres están más representadas a lo largo de todo el continuo de orientación sexual.

Otro término que viene implícito a la hora de hablar de orientaciones sexuales es la homofobia. Entendemos por homofobia, término acuñado por Weinberg en 1966, como el rechazo o desprecio que las personas, principalmente heterosexuales, sienten hacia los que se definen como gays o lesbianas.

Aparentemente, la homosexualidad parece haberse convertido en una orientación sexual socialmente aceptada en muchos países industriales occidentales, por ejemplo aceptando el matrimonio entre personas del mismo sexo como ocurre en Holanda (2000), Noruega (2009), Suecia (2009), España (2005), Irlanda (2015), etc. (Nafría, 2015). Sin embargo, en otros países como Turquía, China, los Emiratos Árabes e Irán, entre otros, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se encuentran penadas en el ordenamiento jurídico incluso con la pena de muerte.

Aunque algunos de los países mencionados anteriormente acepten a nivel legal la homosexualidad, lo cierto es que todavía se encuentran actitudes negativas hacia la homosexualidad entre la población.

Tal y como proponen Quiles, Rodríguez y Torres (2003), del mismo modo que ocurre con el prejuicio racial, podemos distinguir dos tipos de prejuicio hacia la homosexualidad. Por un lado, nos encontramos con uno más tradicional, al que denominamos *homofobia manifiesta* (o explícita), que se muestra con conductas más hostiles y de rechazo directo hacia este colectivo; mientras que, por otro lado, encontramos otro tipo de rechazo más encubierto y más difícil de detectar al que llamamos *homofobia sutil* o implícita. Este último tipo de homofobia sería el que más abundaría en los países que aceptan aparentemente la homosexualidad.

Por todo ello, los objetivos de esta investigación son conocer la diversidad de orientaciones sexuales presentes en la adolescencia y analizar las actitudes homófobas manifiestas y sutiles que presentan los adolescentes.

Con respecto al primer objetivo, las hipótesis que planteamos son que la prevalencia de orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad se sitúan en torno a un 5 % de la muestra total, aunque este porcentaje será mayor cuando preguntamos por la orientación sexual en un continuo (donde los extremos serían la heterosexualidad y la homosexualidad exclusivas) siendo las mujeres quienes estarían más representadas a lo largo del mismo. En cuanto al segundo objetivo, las hipótesis propuestas son que, en general, encontraremos actitudes negativas hacia la homosexualidad, siendo los hombres quienes muestren medias mayores que las mujeres. Respecto a los diferentes subtipos de homofobia, las medias en homofobia sutil serán mayores que las de homofobia manifiesta. Además, encontraremos más actitudes negativas hacia la homosexualidad en los más jóvenes de la muestra y menos actitudes desfavorables hacia la homosexualidad en las personas no heterosexuales.

Método

Participantes

En el presente estudio observacional descriptivo han participado un total de 304 sujetos de los cuales 165 son hombres y 139 mujeres, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. La media de edad es de 15,8 años con una desviación típica de $\pm 1,13$. La distribución por sexos para cada una de las edades es homogénea ($\chi^2 = 1,093$; $p = ,895$).

Todos los participantes son estudiantes del mismo centro de la provincia de Castellón y, en el momento de la realización del estudio, se encontraban cursando 3.º de ESO, 4.º de ESO, 1.º o 2.º de bachillerato.

Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron dos cuestionarios. El primero se trata de un cuestionario sobre intereses y prácticas sexuales creado desde la Unidad de Investigación sobre Sexualidad y Sida (Salusex-Unisexsida). Este instrumento fue seleccionado para evaluar la orientación sexual (preguntando por deseos, fantasías, prácticas y orientación sexual autoads-crita) de cada individuo y la prevalencia de las distintas orientaciones sexuales.

Dicho cuestionario estaba compuesto inicialmente por 10 ítems, aunque se eliminó el último ítem a petición del centro ya que preguntaba directamente por distintas prácticas sexuales y podría no ser adecuado.

El segundo cuestionario empleado es la escala de prejuicio sutil y manifiesto hacia la homosexualidad elaborada por Quiles y cols. (2003) a partir de los ítems de la escala de prejuicio sutil y manifiesto hacia minorías étnicas de Pettigrew y Meertens (1995).

La escala está compuesta por 17 ítems (11 inversos y 6 directos). Para calcular posteriormente las medias para cada factor se escogieron los ítems correspondientes a cada subtipo de homofobia, siendo para el factor 1, homofobia manifiesta, las medias de los ítems del 1 al 10 y para el factor 2, homofobia sutil, la media de los ítems 11 hasta el 17; mientras que para la homofobia total se calculó la media de los 17 ítems de la escala.

Procedimiento

Para llevar a cabo el presente estudio inicialmente se escogió uno de los institutos de la provincia de Castellón seleccionado por la facilidad de contactar con el mismo y por el amplio número de estudiantes que asisten a dicho centro.

Por otra parte, también se seleccionaron los instrumentos que iban a emplearse para, posteriormente, reunirnos con el jefe de estudios y la directora del centro y obtener el permiso para proceder a completar los cuestionarios.

En esta reunión se decidió, debido a las características de los cuestionarios, que la muestra únicamente estaría compuesta por los alumnos de bachillerato y los del último ciclo de la ESO; además, se modificó el primer cuestionario tal y como se ha comentado en el punto anterior.

Después de estos trámites, se acordó que acudiríamos a las diferentes clases en horario de tutorías para cumplimentar los cuestionarios. Una vez allí y en cada una de las clases se pidió la participación voluntaria de todo aquel que quisiera responder a los mismos obteniendo la participación de todos los que se encontraban en el aula en ese momento.

Una vez obtenidos todos los datos, se realizó el análisis estadístico de los mismos mediante el programa SPSS.

Resultados

Resultados referidos a la orientación sexual

Comenzando por la primera variable, referida a la orientación sexual autoadscrita en función de tres categorías (heterosexual, bisexual y homosexual), los resultados obtenidos (tabla 1) muestran que un 96,7 % de la muestra se considera heterosexual; un 1,6 % bisexual, y otro 1,6 % homosexual. En este aspecto encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres, ($\chi^2 = 6,507$; $p = ,039$). Si nos fijamos detenidamente en los porcentajes en función del género, encontramos que ningún hombre se ha identificado como bisexual, mientras que un 3,6 % de las mujeres se consideran bisexuales. Además, también encontramos diferencias en la opción homosexual; en este caso, también hallamos un porcentaje mayor de mujeres (2,2 %) que de hombres (1,2 %).

Por otro lado, al preguntar por la orientación sexual en función de un continuo en el cual los extremos serían la heterosexualidad y la homosexualidad exclusivas encontramos que un 17,2% del total de la muestra ha escogido una opción diferente a la «exclusiva heterosexualidad». Cuando disgregamos la muestra en función del género, observamos que el porcentaje de personas que no se posiciona en «exclusivamente heterosexual» es mayor en mujeres (24,5 %) que en hombres (11,5 %) y, además, estas diferencias son significativas ($\chi^2 = 8,783$; $p = ,003$).

Tabla 1

Diferencias entre géneros en orientación sexual por categorías y en función de un continuo

		Hombre	Mujer	Total	χ^2	<i>p</i>
Categoría orientación sexual	Heterosexual	98,8 %	94,2 %	96,7 %	6,507	,039
	Bisexual		3,6 %	1,6 %		
	Homosexual	1,2 %	2,2 %	1,6 %		
Continuo orientación sexual	Exclusivamente heterosexual	88,5 %	75,5 %	82,8 %	8,783	,003
	No exclusivamente heterosexual	11,5 %	24,5 %	17,2 %		

Resultados referidos a la homofobia

Para comparar las medias y ver si hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la homofobia, realizamos la prueba *t* de Student. Tal y como vemos en la tabla 2, los resultados indican que las medias en homofobia manifiesta, homofobia sutil y el total de la escala son mayores en hombres (siendo 29,5, 25,2 y 57,8 respectivamente) que en mujeres (23,9, 20,8 y 48,1 respectivamente). Además, estas diferencias son todas significativas con un nivel de significación $< ,001$.

Tabla 2

Diferencias de género en las medias en los diferentes tipos de homofobia

	Sexo	Media	Desviación estándar	<i>t</i>	<i>p</i>
Factor 1: homofobia manifiesta	Hombre	29,497	9,503	5,441	,000
	Mujer	23,942	8,046		
Factor 2: homofobia sutil	Hombre	25,169	7,624	5,156	,000
	Mujer	20,834	6,901		
Puntuación total de homofobia	Hombre	57,769	15,479	5,825	,000
	Mujer	48,100	13,045		

Además de analizar las diferencias en función del género, quisimos saber la relación de la homofobia con la edad. Se calculó mediante la correlación de Pearson, primero con la edad para la muestra total y posteriormente para los dos sexos por separado. Los resultados (tabla 3) muestran una correlación negativa significativa entre la edad y la homofobia manifiesta ($r = -,184$; $p = ,001$), sutil ($r = -,135$; $p = ,018$) y total ($r = -,182$; $p = ,001$), lo que significa que, a mayor edad, encontramos menos homofobia. Cuando miramos estos valores individualmente para cada género, en hombres encontramos los mismos resultados, existiendo una correla-

ción negativa significativa entre la edad de los hombres y la homofobia manifiesta ($r = -,185$; $p = ,017$), sutil ($r = -,172$; $p = ,027$) y total ($r = -,201$; $p = ,010$).

Al fijarnos en la correlación de estas mismas variables en el género femenino, encontramos que existe una correlación negativa significativa entre edad y homofobia manifiesta ($r = -,226$; $p = ,007$) y total ($r = -,203$; $p = ,017$). Sin embargo, respecto a la medida de homofobia sutil encontramos que existe una correlación negativa, pero esta no llega a ser significativa ($r = -,120$; $p = ,158$).

Tabla 3

Correlaciones de los diferentes tipos de homofobia y la edad en muestra general y en función del género

		Edad muestra general	Edad muestra masculina	Edad muestra femenina
Homo manifiesta	Correlación de Pearson	-,184**	-,185*	-,226*
	Sig. (bilateral)	,001	,017	,007
Homo sutil	Correlación de Pearson	-,135*	-,172*	-,120
	Sig. (bilateral)	,018	,027	,158
Homo total	Correlación de Pearson	-,182**	-,201**	-,203*
	Sig. (bilateral)	,001	,010	,017

Por otra parte, y empleando también la correlación de Pearson, hemos querido calcular la correlación entre las mismas variables mencionadas anteriormente (homofobia manifiesta, sutil y total) y la orientación sexual, medida esta vez mediante el continuo de orientación sexual. Este continuo iría en función de dos extremos: exclusivamente heterosexual y exclusivamente homosexual; siendo el extremo «exclusivamente homosexual» al que se le ha otorgado la mayor puntuación y, por el contrario, al extremo «exclusivamente heterosexual» le hemos dado el menor valor.

Los resultados también se han calculado en la muestra general y para cada sexo (masculino/femenino). Como vemos en la tabla 4, todas las correlaciones serían negativas. Fijándonos detalladamente, cuando calculamos las correlaciones en la muestra en general encontramos correlaciones significativas con un nivel de significación $<,01$ para los tres tipos de homofobia (manifiesta, sutil y total) ($r = -,201$; $p < ,001$) ($r = -,164$; $p = ,004$) ($r = -,208$; $p < ,001$).

Cuando dividimos la muestra en función del género, encontramos que, en los varones, las correlaciones siguen siendo negativas aunque con diferentes niveles de significación ($r = -,180$; $p = ,021$) ($r = -,208$; $p = ,007$) ($r = -,196$; $p = ,012$). En la muestra femenina, sin embargo, encontramos correlaciones significativas en homofobia manifiesta y total, pero no en homofobia sutil; aunque en los tres tipos estas serían negativas ($r = -,177$; $p = ,037$) ($r = -,083$; $p = ,329$) ($r = -,175$; $p = ,039$).

Tabla 4

Correlación de la escala del continuo de orientación sexual y los distintos tipos de homofobia en la muestra general, muestra masculina y muestra femenina

		Escala continuo	Escala continuo	Escala continuo
		Muestra general	Muestra masculina	Muestra femenina
Homo manifiesta	Correlación de Pearson	-,201**	-,180*	-,177*
	Sig. (bilateral)	,000	,021	,037
Homo sutil	Correlación de Pearson	-,164**	-,208**	-,083
	Sig. (bilateral)	,004	,007	,329
Homo total	Correlación de Pearson	-,208**	-,196*	-,175*
	Sig. (bilateral)	,000	,012	,039

Discusión y conclusiones

Respecto a los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos observar que, tal y como proponemos en nuestra hipótesis, la prevalencia de orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual es mayor cuando se pregunta en función de un continuo (17,2 %) que en categorías (3,2 %). Tal y como muestran algunos estudios, la prevalencia de orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual se encontraría en torno al 5-10 % (Ballester y Gil, 1995; Sell y cols., 1995), aunque parece lógico pensar que en edades más tempranas, donde tanto la orientación como el comportamiento sexual se encuentran en pleno desarrollo, los porcentajes obtenidos sean algo menores. Además, este porcentaje cambia notablemente cuando se pregunta por la orientación sexual en un continuo, siendo las mujeres, como apuntan algunos datos (Sell y cols., 1995; Smith y cols., 2003), quienes están más representadas a lo largo de dicho continuo.

Otro de nuestros objetivos era conocer las actitudes hacia la homosexualidad que presentaban estos jóvenes. Respecto a este objetivo, los resultados indican que, tal y como esperábamos, las medias tanto en homofobia manifiesta, sutil y el total de la escala son mayores en hombres que en mujeres. Además, teniendo en cuenta que la subescala «homofobia sutil», podemos deducir que tanto hombres como mujeres puntúan más alto en esta escala que en la de homofobia manifiesta. Por lo tanto, presentarían mayor homofobia sutil o implícita.

Todos estos datos concordarían con los obtenidos por Carrera-Fernández, Lameiras-Fernández, Rodríguez-Castro y Vallejo-Medina (2013), quienes indican que existe mayor homofobia en hombres que en mujeres, o con el estudio de Cárdenas y Barrientos (2008) cuyos hallazgos indican que los valores en homofobia sutil (o implícita) son mayores que en homofobia manifiesta (o explícita) tanto en hombres como en mujeres.

Así mismo, el estudio ha permitido demostrar una relación negativa entre la edad y la homofobia; los adolescentes más jóvenes (en este caso, 14-15 años) mostrarían un mayor grado de homofobia que los de mayor edad (17-18 años). Estos hallazgos apoyan los encontrados en otro estudio realizado por Borja y Núñez (2014) en el que vieron que los estudiantes de menor edad mostraban actitudes más negativas hacia la homosexualidad. También encontramos los mismos resultados en el estudio de Porteat y Anderson (2012) en el que se vio que la homofobia era mayor en adolescentes más jóvenes y esta se iba reduciendo con la edad.

Finalmente, se quiso comprobar si las personas no heterosexuales mostraban actitudes más favorables hacia la homosexualidad que los heterosexuales. Debido a la escasez de muestra no heterosexual, los resultados únicamente pudimos calcularlos mediante una correlación entre el continuo de orientación sexual (tomando como valor más alto la exclusiva homosexualidad) y los diferentes tipos de homofobia.

Pese a las limitaciones, vemos que, efectivamente, esta correlación es negativa, por lo que a mayor proximidad hacia el extremo «exclusivamente homosexual» encontramos puntuaciones menores en la escala de homofobia.

Todos estos hallazgos nos indican que los jóvenes todavía siguen presentando actitudes negativas hacia la homosexualidad y el hecho de que sean los varones quienes presenten medias mayores puede ser debido al heterocentrismo tan implantado en nuestra sociedad que se encuentra muy marcado sobre todo en hombres. Este heterocentrismo tan arraigado en hombres puede estar influyendo en que estos no se permitan experimentar o sentir deseos hacia personas de su mismo sexo tanto como las mujeres.

Sin duda, en este estudio encontramos ciertas limitaciones que deberían subsanarse en futuras investigaciones. Destacamos la escasez de muestra no heterosexual utilizada en este estudio que nos dificulta la generalizabilidad de los resultados obtenidos con los participantes bisexuales y homosexuales, aunque hemos trabajado con los sujetos que nos han surgido en una muestra extraída de la población general. Además, consideramos que sería recomendable incluir la nacionalidad como posible variable moduladora.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.ª edición). Washington: APA.
- Ballester, R. y Gil, M. D. (1995). Homosexualidad: comportamientos, deseos y fantasías. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 243-284.
- Borja, F. J y Domínguez, T. N. (2014). ¿Actitudes homofóbicas en adolescentes de Andalucía? Estudio de un caso. En *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 1-17.
- Carroll, J. L. (2009). *Sexuality Now: Embracing Diversity*. EE. UU.: Cengage Learning.
- Cárdenas, M. y Barrientos, J. (2008). Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile. *Psykhé (Santiago)*, 17, 17-25.
- Carrera-Fernández, M. V., Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y. y Vallejo-Medina, P. (2013). Bullying among Spanish secondary education students: the role of gender traits, sexism, and homophobia. *Journal of interpersonal violence*, 28, 2915-2940.
- Klein, F. (1978). *The Bisexual Option: A Concept of One Hundred Percent Intimacy*. New York: Arbor house.
- Nafría, I. (27 de junio de 2015). ¿En qué países es legal el matrimonio homosexual? *La vanguardia*. Recuperado el 17 de abril de 2016 de <http://www.lavanguardia.com/>
- Pettigrew, T. F. y Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Poteat, V. P. y Anderson, C. J. (2012). Developmental changes in sexual prejudice from early to late adolescence: The effects of gender, race, and ideology on different patterns of change. *Developmental psychology*, 48, 1403-1415.
- Quiles, M. N., Rodríguez, V. B. y Torres, R. R. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15, 197-204.

- Sell, R. L., Wells, J. A. y Wypij, D. (1995). The Prevalence of Homosexual Behavior and Attraction in the United States, the United Kingdom and France: Results of National Population-Based Samples. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 234-248.
- Smith, A., Rissel, C. E., Richters, J., Grulich, A. E. y de Visser, R. O. (2003). Sex in Australia: Sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 138-145.

Disposición en la adolescencia a llevar a cabo distintas prácticas sexuales homosexuales

JESSICA GREGORI CORONADO
al202166@uji.es

CAROLA CERDÁ SALOM
al189477@uji.es

MARCOS LORENZO MOYA DIAGO
al189538@uji.es

GARIBALDI PERINI NETO
al192694@uji.es

RAFAEL BALLESTER ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

Introducción: La orientación sexual es el deseo/atracción hacia personas del mismo o diferente sexo. Actualmente, se aconseja su evaluación a través de un continuo. Según nuestra experiencia en este campo, existe, ocasionalmente, una mayor o menor disposición a tener relaciones con personas del mismo sexo en función de una determinada práctica sexual. El objetivo de este estudio ha sido llevar a cabo un análisis de esta predisposición en población adolescente. **Método:** La muestra incluía 400 alumnos (50,5 % chicas y 49,5 % chicos), entre 14 y 18 años ($M = 16,39$; $DT \pm 1,12$), procedentes de distintos institutos de la Comunidad Valenciana. Los participantes cumplimentaron el cuestionario de intereses y prácticas sexuales (Unisexsida, 2014) de 5 ítems. Para este estudio se utilizaron dos ítems: orientación sexual autodefinida y disposición hacia prácticas sexuales con personas del mismo sexo. **Resultados:** Se observaron diferencias significativas entre chicos y chicas respecto a su disposición a dar besos en los labios, abrazos y caricias desnudos a personas del mismo sexo, siendo mayor en el caso de las adolescentes. Entre la población de adolescentes que se consideran heterosexuales, un 4,5 % y un 59,9 % se encuentra dispuesto a realizar ciertas prácticas con personas del mismo sexo. En esta población existen diferencias significativas entre chicas y chicos respecto a su disposición a dar besos en los labios, abrazos y caricias desnudos y dejarse masturbar por personas de su mismo sexo. **Conclusiones:** Estos resultados enfatizan la necesidad de dejar de considerar la orientación sexual como una categoría estanca, de manera que refleje la diversidad afectivo-sexual.

Palabras clave: orientación sexual, adolescencia, prácticas sexuales, predisposición sexual, diversidad afectivo-sexual.

Abstract

Introduction: Sexual orientation is defined as the desire/sexual attraction to people of the same or opposite sex. Currently, its evaluation is advised through a continuum. According to our experience in this field, there is occasionally more or less willingness to have sex with the same sex depending on a particular sexual practice. The aim of this study was to analyse this predisposition in an adolescent population. **Method:** The sample included 400 students (50.5% female, 49.5% male), aged 14-18 years ($M=16.39$; $SD\pm 1.12$), from different high schools in the Valencian Community (Spain). Participants completed the questionnaire Sexual Interests and Practices (Unisexsida, 2014) with five items, although only the first (self-reported sexual orientation) and the last (disposition towards different sexual practices with the same sex) items were used. **Results:** Significant gender differences were found in their willingness to kiss on the lips or to hug and caress naked people of the same sex, which were higher for females. In the adolescent population who considered themselves heterosexuals, from 4.5% to 59.9% were willing to undertake certain practices with persons of their same sex. Significant gender differences were also found in this same population as to their willingness to kiss on the lips, hug and caress, and be masturbated by, persons of the same sex. **Conclusions:** These results stress the need to stop considering sexual orientation as a tight category to reflect sexual diversity.

Keywords: *sexual orientation, adolescence, sexual practices, sexual predisposition, sexual diversity.*

Introducción

Actualmente, el término *orientación sexual* se define como una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Esta se da a lo largo de un continuo, que abarca desde la homosexualidad exclusiva hasta la heterosexualidad absoluta, e incluye diversas formas de bisexualidad (APA, 2013).

Respecto a la evolución de este concepto, Kinsey (1948) propuso un modelo, tras llevar a cabo un estudio de prevalencia de la homosexualidad/bisexualidad en la sociedad y de los deseos/experiencias sexuales homosexuales en población heterosexual, según el cual no existen dos categorías excluyentes de orientación sexual, sino que se trata de un continuo donde un individuo se puede situar en cualquier punto desde «exclusivamente heterosexual» hasta «exclusivamente homosexual», encontrándose la bisexualidad en el centro del continuo.

En 1985, Klein aborda las deficiencias de Kinsey y propone un modelo en el que la vivencia de la orientación sexual se explica por siete factores que pueden cambiar a lo largo del tiempo (pasado, presente y futuro idealizado): atracción sexual, comportamiento sexual, fantasías sexuales, preferencia emocional, preferencia social, estilo de vida heterosexual/homosexual y autoidentificación.

En las últimas décadas, la investigación acerca de la prevalencia de las identidades lesbianas, bisexuales y gays (LGB) y de las actitudes hacia estas distintas orientaciones sexuales en la población adolescente está obteniendo mayor relevancia y consciencia social, ya que permite comprender la influencia de los diferentes agentes de socialización en la tolerancia

hacia la diversidad sexual y, consecuentemente, utilizar estrategias que permitan el desarrollo de actitudes más positivas.

En la actualidad, España se encuentra entre los países más avanzados respecto a la regulación legal de la igualdad en las distintas orientaciones sexuales. Sin embargo, existen otros países como Irán, Mauritania, Arabia Saudí, Sudán, los Emiratos Árabes Unidos, Yemen y Nigeria, donde las identidades que transgreden el rígido modelo dimórfico de heterosexualidad son duramente castigadas y patologizadas (Grant, Mottet, Tanis, Herman y Keisling, 2011).

En muchos de estos países el código penal no se aplica sistemáticamente, pero su mera existencia refuerza una cultura donde una parte significativa de la población necesita esconderse por miedo a las represalias y este hecho permite la no aceptación de la propia orientación sexual como homosexuales y la no realización de prácticas sexuales con personas del mismo sexo aunque se desee (Jäckle y Wenzelburger, 2015). Del mismo modo, aunque la situación legal en los países occidentales ha cambiado a favor de las personas homosexuales, la situación social parece que realmente no lo ha hecho, ya que no existe una total aceptación de la homosexualidad y esto hace que personas homosexuales aún no acepten su orientación sexual y vivan sus relaciones sexuales desde la ocultación.

Smith (1971) definió el término *homofobia* como una actitud de miedo y rechazo que las personas, especialmente heterosexuales, muestran hacia los homosexuales. A día de hoy, con independencia de que la legalidad vigente sea más o menos igualitaria, podemos considerar igual de válida esta definición que propuso este autor en los años setenta.

Su evolución ha seguido el mismo camino que los estudios sobre el racismo y el sexismo, englobando desde aquellas actitudes discriminatorias más hostiles y explícitas, tales como la agresión verbal, física o psicológica (homofobia manifiesta), hasta aquellas otras más latentes y sutiles, tales como los discursos culturales sobre el carácter patológico de la homosexualidad o la incapacitación de las parejas homosexuales para la adopción (homofobia sutil) (Quiles, Rodríguez y Torres, 2003). Debido a la mayor visibilidad del colectivo homosexual y a su larga trayectoria de lucha por la consecución de sus derechos, la homofobia ha evolucionado hacia expresiones más sutiles (Lameiras, Carrera y Rodríguez, 2013).

Además de estos dos tipos de homofobia que ejercen los demás hacia la persona homosexual, podemos hablar de aquella que la propia persona se ejerce a sí misma (homofobia internalizada). Este término engloba aquellas actitudes negativas que los individuos pueden tener hacia la propia homosexualidad (Mayfield, 2001). Por tanto, aunque parece que la sociedad ha avanzado respecto a la aceptación de la homosexualidad, siguen estando presentes ciertas actitudes homófobas, en los demás o en uno mismo, que parecen ejercer de mediadores en cuanto a la aceptación tanto de la propia orientación homosexual como de la realización de prácticas sexuales homosexuales.

Todas estas actitudes homófobas conllevan repercusiones tanto físicas como psicológicas sobre las personas que se definen como no heterosexuales. De hecho, diversos estudios demuestran que las personas lesbianas, bisexuales y gays presentan mayores niveles de depresión y ansiedad y bajos niveles de autoestima (Espada, Morales, Orgilés y Ballester, 2012), además de experimentar niveles significativamente más altos de ideación suicida que los heterosexuales (Baiocco, Ioverno, Lonigro, Baumgartner y Laghi, 2015).

Estos niveles elevados de depresión, ansiedad e ideación suicida entre el colectivo LGB se deben, en parte, al estigma social asociado a las actitudes de prejuicio y discriminación hacia estas orientaciones sexuales minoritarias que ejerce de mediador en su calidad de vida sexual (Baiocco y cols., 2015).

Atendiendo a la importancia que supone experimentar una vivencia favorable de la propia sexualidad para la calidad de vida de los individuos, el presente estudio se plantea como objetivo analizar el grado de aceptación en la definición de la propia orientación sexual y la

flexibilidad en la realización de distintos comportamientos sexuales que se pueden alejar o no de lo que se establece como propio de esa orientación sexual definida, especialmente en una etapa de la vida tan complicada como es la adolescencia.

Método

Participantes

En esta investigación participaron un total de 400 alumnos/as (50,5 % chicas), con edades comprendidas entre 14 y 18 años ($M = 16,39$; $DT \pm 1,12$), que se encontraban escolarizados en diferentes centros de enseñanza de secundaria de las ciudades de Valencia y Castellón de la Plana (Comunidad Valenciana).

Instrumentos

Para llevar a cabo este estudio, los participantes cumplieron el cuestionario de intereses y prácticas sexuales (Unisexsida, 2014).

Este cuestionario consta de cinco ítems que evalúan la orientación sexual tanto de forma categorial como continua y permite obtener información acerca de deseos, fantasías y relaciones sexuales que presentan los adolescentes con personas de su mismo o diferente sexo, además de su disposición a realizar determinadas prácticas sexuales homosexuales.

En esta investigación se presentan únicamente los resultados de dos ítems: autodefinición de la orientación sexual, recogida de manera categórica (homosexual, bisexual, heterosexual), y disposición hacia la realización de distintas prácticas sexuales con personas del mismo sexo (besos en los labios, abrazos y caricias desnudos, masturbar a la otra persona, dejar que la otra persona te masturbe, sexo oral a la otra persona y dejar que la otra persona te haga sexo oral), recogida mediante un formato con tres opciones de respuesta (de ninguna manera, solo si la otra persona es atractiva o fácilmente).

Procedimiento

El procedimiento para poder llevar a cabo esta investigación constó de varios pasos. En primer lugar, se seleccionaron los centros de educación secundaria donde se pretendía obtener la muestra. En segundo lugar, se contactó con el director o la directora de cada centro y con la AMPA (Asociación de Madres y Padres de Alumnos), enfatizando la necesidad de su colaboración, con el fin de que autorizaran la administración del cuestionario ya que el estudio se iba a llevar a cabo con menores de edad. En tercer lugar, una vez obtenido el consentimiento informado por parte del director o la directora y de la AMPA, se pidió autorización al tutor/a de los grupos y se acordó con el profesorado un horario de administración. Por último, se acudió al centro en el horario acordado y se administró el cuestionario al alumnado, explicándoles en qué consistía nuestra investigación y enfatizando la participación voluntaria y anónima.

Análisis estadístico

Para llevar a cabo los análisis estadísticos se utilizó el paquete SPSS para Windows (versión 22.0). En primer lugar, se realizaron los análisis descriptivos para explicar las características de la población objeto de estudio, obteniendo la media y desviación típica de la edad y el porcentaje de participantes de cada sexo. Al tratarse de variables categoriales, se utilizó la prueba Chi-cuadrado para observar las diferencias significativas en función del sexo, la orientación sexual y la disposición a realizar determinadas prácticas sexuales homosexuales.

Resultados

Los resultados muestran que un 89,2 % de la población adolescente se define como heterosexual, un 6,2 % como bisexual y un 4,5 % como homosexual. En cuanto a la definición de la propia orientación sexual (véase la tabla 1), no se encuentran diferencias significativas ($\chi^2 = 2,812$; $p = 0,245$). En el caso de los chicos, un 89,9 % se identifican como heterosexuales, un 4,5 % como bisexuales y un 5,6 % como homosexuales. En el caso de las chicas, se observa cómo un 88,6 % se identifican como heterosexuales, un 7,9 % como bisexuales y un 3,5 % como homosexuales. Por tanto, el porcentaje de participantes que se define en alguna orientación distinta a la heterosexual asciende hasta un 10,7%.

Tabla 1
Autodefinición de la orientación sexual

		Sexo		Total
		Chicos %(n)	Chicas %(n)	
Orientación sexual	Heterosexual	89,9 (178)	88,6 (179)	89,2 (357)
	Bisexual	4,5 (9)	7,9 (16)	6,2 (25)
	Homosexual	5,6 (11)	3,5 (7)	4,5 (18)

En cuanto a la disposición a realizar distintas prácticas sexuales con personas del mismo sexo (véase la tabla 2), se encuentran diferencias significativas entre chicos y chicas a la hora de dar besos en los labios ($\chi^2 = 64,632$; $p < 0,001$) y abrazos y caricias desnudos ($\chi^2 = 15,181$; $p < 0,001$), siendo las chicas las más dispuestas.

Respecto a la primera conducta, un 81,8 % de los chicos afirma que no lo haría nunca, un 3 % solo si la otra persona les resultara atractiva y un 15,2 % lo haría fácilmente. Así mismo, un 43,6 % de las chicas no lo haría nunca, frente a un 17,8 % que lo haría en caso de sentirse atraída por la otra persona y un 38,6 % que lo haría fácilmente.

Por otra parte, cuando se trata de dar abrazos y caricias desnudos a otra persona del mismo sexo, del total de chicos, un 87,4 % no lo haría nunca, un 2,5 % lo haría únicamente si sintieran atracción por la otra persona y un 10,1 % lo haría fácilmente. Por lo que respecta a las chicas, un 72,3 % dice que no lo haría nunca, mientras que un 8,9 % lo haría en el caso de que la otra persona les resultara atractiva y un 18,8 % lo haría fácilmente.

Tabla 2
Diferencias entre chicos y chicas en la disposición a realizar distintas prácticas sexuales con personas del mismo sexo

	Sexo		χ^2	<i>p</i>
	Chicos %(n)	Chicas %(n)		
Besos en los labios				
De ninguna manera	81,8 (162)	43,6 (88)		
Solo si la otra persona es atractiva	3 (6)	17,8 (36)	64,63	< 0,001
Fácilmente	15,2 (30)	38,6 (78)		
Abrazos y caricias desnudos				
De ninguna manera	87,4 (173)	72,3 (146)		
Solo si la otra persona es atractiva	2,5 (5)	8,9 (18)	15,18	< 0,001
Fácilmente	10,1 (20)	18,8 (38)		
Masturbar a otra persona del mismo sexo				
De ninguna manera	88,9 (176)	83,2 (168)		
Solo si la otra persona es atractiva	2,5 (5)	5,9 (12)	3,67	< 0,160
Fácilmente	8,6 (17)	10,9 (22)		
Dejarme masturbar por una persona del mismo sexo				
De ninguna manera	87,4 (173)	81,7 (165)		
Solo si la otra persona es atractiva	2,5 (5)	6,9 (14)	4,62	< 0,099
Fácilmente	10,1 (20)	11,4 (23)		
Practicar sexo oral a una persona del mismo sexo				
De ninguna manera	88,9 (176)	87,1 (176)		
Solo si la otra persona es atractiva	3,5 (7)	3 (6)	0,75	< 0,687
Fácilmente	7,6 (15)	9,9 (20)		
Recibir sexo oral de una persona del mismo sexo				
De ninguna manera	87,9 (174)	83,6 (168)		
Solo si la otra persona es atractiva	2,5 (5)	4 (8)	1,593	< 0,451
Fácilmente	9,6 (19)	12,4 (25)		

En relación a la disposición a realizar distintas prácticas sexuales con personas del mismo sexo entre las distintas orientaciones sexuales (véase la tabla 3), se encuentran diferencias significativas en la disposición a realizar todas la prácticas sexuales descritas con otra persona del mismo sexo. Como parece lógico, los adolescentes que se definen como heterosexuales presentan menor disposición a realizar cualquiera de las prácticas sexuales homosexuales en comparación con los bisexuales u homosexuales.

Tabla 3
 Diferencias entre orientaciones sexuales en la disposición a realizar distintas prácticas sexuales con personas del mismo sexo

	Orientación sexual			χ^2	p
	Heterosexual %(n)	Bisexual %(n)	Homo- sexual		
Besos en los labios					
De ninguna manera	70 (250)	0 (0)	0 (0)	115,93	< 0,001
Solo si la otra persona es atractiva	11,2 (40)	8 (2)	0 (0)		
Fácilmente	18,8 (67)	92 (23)	100 (18)		
Abrazos y caricias desnudos					
De ninguna manera	89,4 (319)	0 (0)	0 (0)	222,66	< 0,001
Solo si la otra persona es atractiva	5 (18)	12 (3)	11,1 (2)		
Fácilmente	5,6 (20)	88 (22)	88,9 (16)		
Masturbar a otra persona del mismo sexo					
De ninguna manera	95,8 (342)	8 (2)	0 (0)	314,57	< 0,001
Solo si la otra persona es atractiva	3,4 (12)	12 (3)	11,1 (2)		
Fácilmente	0,8 (3)	80 (20)	88,9 (16)		
Dejarme masturbar por una persona del mismo sexo					
De ninguna manera	94,4 (337)	4 (1)	0 (0)	297,67	< 0,001
Solo si la otra persona es atractiva	3,9 (14)	12 (3)	11,1 (2)		
Fácilmente	1,7 (6)	84 (21)	88,9 (16)		
Practicar sexo oral a una persona del mismo sexo					
De ninguna manera	97,8 (349)	12 (3)	0 (0)	329,55	< 0,001
Solo si la otra persona es atractiva	2 (7)	16 (4)	11,1 (2)		
Fácilmente	0,3 (1)	72 (18)	88,9 (16)		
Recibir sexo oral de una persona del mismo sexo					
De ninguna manera	96,1 (342)	0 (0)	0 (0)	324,51	< 0,001
Solo si la otra persona es atractiva	2,5 (9)	8 (2)	11,1 (2)		
Fácilmente	1,4 (5)	92 (23)	88,9 (16)		

Por último, respecto a la disposición a realizar distintas prácticas sexuales con personas del mismo sexo en el grupo de adolescentes que se consideran heterosexuales, se observa que entre un 4,5 % y un 59,9 % se encuentran dispuestos a realizar ciertas prácticas con otra persona de su mismo sexo. Así mismo, existen diferencias significativas entre chicos y chicas respecto a dar besos en los labios ($\chi^2 = 74,626$, $p < 0,000$), abrazos y caricias desnudos ($\chi^2 = 22,972$, $p < 0,000$) y dejarse masturbar por otra persona de su mismo sexo ($\chi^2 = 7,380$, $p < 0,05$), siendo las chicas las que muestran una menor reticencia especialmente si la otra persona les resulta atractiva (véase la tabla 4).

Tabla 4

Diferencias entre chicos y chicas heterosexuales en la disposición a realizar distintas prácticas sexuales con personas del mismo sexo

	Sexo		χ^2	p
	Chicos %(n)	Chicas %(n)		
Besos en los labios				
De ninguna manera	91 (162)	49,2 (88)		
Solo si la otra persona es atractiva	2,8 (5)	19,6 (35)	74,63	< 0,001
Fácilmente	6,2 (11)	31,3 (56)		
Abrazos y caricias desnudos				
De ninguna manera	97,2 (173)	81,6 (146)		
Solo si la otra persona es atractiva	1,1 (2)	8,9 (16)	22,97	< 0,001
Fácilmente	1,7 (3)	9,5 (17)		
Masturbar a otra persona del mismo sexo				
De ninguna manera	98,3 (175)	93,3 (167)		
Solo si la otra persona es atractiva	1,1 (2)	5,6 (10)	5,85	< 0,054
Fácilmente	0,6 (1)	1,1 (2)		
Dejarme masturbar por una persona del mismo sexo				
De ninguna manera	97,2 (173)	91,6(164)		
Solo si la otra persona es atractiva	1,1 (2)	6,7 (12)	7,38	< 0,05
Fácilmente	1,7 (3)	1,7 (3)		
Practicar sexo oral a una persona del mismo sexo				
De ninguna manera	98,3 (175)	97,2 (1764)		
Solo si la otra persona es atractiva	1,7 (3)	2,2 (4)	1,14	< 0,565
Fácilmente	0 (0)	0,6 (1)		

	Sexo		χ^2	p
	Chicos %(n)	Chicas %(n)		
Recibir sexo oral de una persona del mismo sexo				
De ninguna manera	97,8 (174)	94,4 (168)		
Solo si la otra persona es atractiva	1,1 (2)	3,9 (7)	3,08	< 0,214
Fácilmente	1,1 (2)	1,7 (3)		

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio ha sido explorar la diversidad en la orientación sexual de los adolescentes españoles y su disposición a realizar distintas prácticas sexuales con personas de su mismo sexo.

Realizar una investigación de tal índole nos aporta obtener una información más amplia sobre la salud sexual de la población adolescente, que se considera de más difícil acceso porque requiere autorización por parte del centro docente y de los tutores legales, con el fin de detectar necesidades y desarrollar programas preventivos que reflejen la no consideración de la orientación sexual como una categoría única y permitan el desarrollo de actitudes más positivas hacia la diversidad afectivo-sexual.

De manera general, los resultados indican que un 89,2 % de la población adolescente se define como heterosexual, un 6,2 % como bisexual y un 4,5 % como homosexual. Por tanto, el porcentaje de adolescentes homosexuales y bisexuales representan un 10,7 % de los participantes. Estos resultados van en la misma línea que los obtenidos en otros estudios realizados en población adolescente y adulta, en los que la prevalencia de orientaciones sexuales distintas a la heterosexualidad se sitúa en torno al 5-10 % (Sell, Wells y Wypij, 1995). Debido a que en la adolescencia es cuando se va desarrollando una orientación sexual definida, cabía esperar que los porcentajes obtenidos fueran algo mayores a los obtenidos únicamente en población adulta, ya que en esta etapa evolutiva no se encuentra totalmente definida y se presentan sentimientos de inseguridad y ambivalencia (Monroy, 2002), aunque resultados contrarios también son explicables por la falta de autoconocimiento sexual que puede darse a estas edades y el temor a etiquetarse de un modo no aceptado socialmente.

Respecto a las diferencias entre sexos, los resultados indican que las chicas adolescentes presentan mayor disposición a realizar prácticas sexuales homosexuales que los chicos. Esto es especialmente evidente en cuanto a dar besos en los labios y abrazos y caricias desnudos. En este sentido, observamos diferencias con los estudios realizados en la década de los 90, que encontraron una mayor prevalencia de experiencias homosexuales en chicos que en chicas (Sell y cols., 1995). Estas diferencias pueden deberse a que, actualmente, vivimos en una sociedad donde aparentemente existe una mayor aceptación de la homosexualidad y, debido a ello, ha aumentado el porcentaje de adolescentes que admiten haber tenido alguna atracción homosexual o la disposición a realizar prácticas homosexuales, que es mayor en el caso de las chicas porque presentan mayor flexibilidad en su orientación sexual autodefinida (De la Rubia, 2011).

Los resultados también indican, como era de esperar, que los adolescentes que se identifican como heterosexuales presentan una disposición más baja a realizar prácticas sexuales homosexuales que los bisexuales u homosexuales. Sin embargo, resulta muy notable que en-

tre un 4,5 % y un 59,9 % de estos adolescentes que se consideran heterosexuales se encuentran dispuestos a realizar ciertas prácticas sexuales con otra persona de su mismo sexo. Así mismo, si observamos las diferencias entre sexos, las chicas muestran una mayor disposición a dar besos en los labios, abrazos y caricias desnudas y dejarse masturbar por otra persona de su mismo sexo. Este hecho puede deberse a que los chicos heterosexuales presentan mayores actitudes homófobas y, por tanto, rechazan de manera más rotunda la realización de cualquier comportamiento homosexual (Carrera-Fernández, Lameiras-Fernández, Rodríguez-Castro y Vallejo-Medina, 2013).

Las principales limitaciones encontradas en este estudio han sido, por una parte, la falta de colaboración por parte de algunos centros educativos, que se encuentra justificada en muchos casos por el rechazo que manifiesta la sociedad en cuanto a la realización de estudios de tal índole con población de menores; por otra parte, la falta de participantes del ámbito rural, que ayuden a identificar las necesidades específicas de su entorno e implementar programas de prevención de la homofobia y de salud psicosexual adaptados a su realidad particular.

En vista a futuras líneas de investigación sería aconsejable ampliar el total de participantes tanto en tamaño como en rango de edades con el objetivo de obtener una información más amplia sobre el desarrollo de la orientación sexual a lo largo de distintas etapas del ciclo evolutivo y acerca de cómo influyen los agentes de socialización en el desarrollo de actitudes hacia la diversidad afectivo-sexual.

En conclusión, en nuestro estudio con población adolescente española encontramos que, cuando se pregunta por la orientación sexual de manera categórica (heterosexual, bisexual, homosexual), un porcentaje bajo de participantes se definen como bisexuales u homosexuales. Sin embargo, existen participantes que, aun reconociéndose como heterosexuales, podrían presentar algunos patrones de comportamiento sexual homosexuales. Por último, indistintamente de la orientación sexual definida, las chicas presentan mayor disposición a realizar prácticas sexuales homosexuales que los chicos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.ª edición). Washington: APA.
- Baiocco, R., Ioverno, S., Lonigro, A., Baumgartner, E. y Laghi, F. (2015). Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. *Archives of suicide research*, 19, 75-88.
- Carrera-Fernández, M. V., Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y. y Vallejo-Medina, P. (2013). Bullying among Spanish secondary education students: the role of gender traits, sexism, and homophobia. *Journal of interpersonal violence*, 28, 2915-2940.
- De la Rubia, J. M. (2011). Orientación sexual en adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años de edad. *Psicología desde el Caribe*, 27, 112-135.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18, 31-41.
- Grant, J. M., Mottet, L., Tanis, J. E., Harrison, J., Herman, J. y Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. National Center for Transgender Equality.
- Jäckle, S. y Wenzelburger, G. (2015). Religion, religiosity, and the attitudes toward homosexuality –a multilevel analysis of 79 countries. *Journal of homosexuality*, 62, 207-241.

- Lameiras, M., Carrera, M. V. y Rodríguez, Y. (2013). *Sexualidad y salud. El estudio de la sexualidad humana desde una perspectiva de género*. Vigo: Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo.
- Mayfield W. (2001). The development of an internalized homonegativity inventory for gay men. *Journal of Homosexuality*, 41, 53-76.
- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. Editorial Pax México.
- Quiles, M. N., Rodríguez, V. B. y Torres, R. R. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15, 197-204.
- Sell, R. L., Wells, J. A. y Wypij, D. (1995). The Prevalence of Homosexual Behavior and Attraction in the United States, the United Kingdom and France: Results of National Population-Based Samples. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 234-248.

Validación de la interacción verbal con un avatar en un ambiente de realidad virtual para generar ansiedad social

MIRIAM IBÁÑEZ GALLÉN
al189515@uji.es

PAMELA QUINTANA
quip02@uqo.ca

STÉPHANE BOUCHARD
stephane.bouchard@uqo.ca

CRISTINA BOTELLA
botella@uji.es

BERENICE SERRANO
bserrano@uji.es

Resumen

Introducción: Actualmente existe una alta prevalencia del trastorno de ansiedad social (TAS), siendo el miedo a hablar en público (MHP) el temor más común entre las personas con ansiedad social. La terapia cognitivo-conductual es considerada el tratamiento de elección y la exposición el componente nuclear del mismo. No obstante, la exposición en vivo o en imaginación, cuenta con limitaciones. Es por ello que en la última década se ha validado la eficacia de los ambientes virtuales (AV) como herramienta para realizar la exposición. El objetivo del presente estudio fue validar la eficacia de la interacción verbal con un avatar en un AV para producir ansiedad en una población clínica Española. **Método:** Participaron 42 voluntarios de los cuales la mitad fueron diagnosticados con TAS ó MHP (grupo clínico). Los participantes se expusieron a la interacción verbal con un avatar en un AV mientras realizaban varias tareas asociadas con diferentes subtipos de interacciones sociales. **Resultados:** Los resultados señalan una respuesta de ansiedad significativamente mayor en el grupo clínico durante la inmersión en AV; así mismo, experimentaron valores significativamente más elevados de ansiedad en todos los subtipos de interacción social en el AV. Ambos grupos reportaron altos niveles de sentido de presencia, y ninguno informó haber experimentado efectos secundarios significativos a la exposición con el AV. **Discusión:** Los hallazgos sugieren que la interacción con el AV es eficaz para producir ansiedad en personas con TAS o MHP con temores a diferentes interacciones sociales, y deja ver su potencial utilidad en el tratamiento de estos trastornos.

Palabras clave: ansiedad social, avatar, realidad virtual, subtipos de interacción social, tratamiento psicológico.

Abstract

Introduction: Prevalence of social anxiety disorder (SAD) is high and public speaking anxiety (PSA) is the most widespread fear among people with social anxiety. Cognitive behavioural therapy is considered the treatment of choice and exposure therapy its main component. However, *in vivo* or in imagination exposure has limitations. In the last decade, research on virtual reality exposure therapy (VRET) has demonstrated its effectiveness as an alternative tool for exposure. As technology has improved in recent years, research on VR environments has focused mainly on using virtual humans (avatars) to show their therapeutic usefulness as they are able to produce anxiety when people interact with them. **Method:** The present study consisted in a Spanish sample (N = 42), half of whom were diagnosed with SAD or PSA, and the other half were healthy subjects. They were all exposed to verbal interaction with an avatar in a VR environment while they performed tasks associated with different types of social interactions. **Results:** The results showed an increased anxiety response in the clinical population after VRET. The participants with SAD and PSA experienced higher levels of anxiety in all the social interaction subtypes. Both groups reported high levels of presence and none reported side effects. **Discussion:** These findings indicate that the VR environment is effective for people with SAD or PSA who have different social interaction fears.

Keywords: social anxiety, avatar, virtual reality, social interaction subtypes, psychological treatment.

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS) se caracteriza por miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen negativo por parte de otras personas. Estas situaciones casi siempre provocan sensaciones muy intensas y desagradables y se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural, lo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas importantes del funcionamiento del individuo (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos más prevalentes (Kessler y cols., 2005). De acuerdo con el estudio europeo de la epidemiología de los trastornos mentales (ESEMED), considerado como el mayor estudio comparativo sobre la epidemiología de los trastornos mentales en Europa, un 14,5% de la población general de los países encuestados (Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España) presentó un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida, y un 8,4% en el último año (citado en López-Ibor y cols., 2007). La ansiedad social en particular, es el tercer trastorno psicológico más frecuente en las sociedades occidentales, tras la depresión y el consumo de alcohol (Ruscio y cols., 2008; Van Ameringen y cols., 2003). Se estima que entre el 7% y el 13% de la población en las sociedades occidentales cumplen los criterios requeridos para el diagnóstico de TAS en algún momento de sus vidas (Kessler y cols.), siendo el miedo a hablar en público (MHP), el temor más común en las personas que sufren este trastorno, afectando al 40% de ellas (Ruscio y cols.).

En relación al rango o prevalencia de situaciones sociales que provocan ansiedad en sujetos con ansiedad social, Holt y cols. (1992) desarrollaron el concepto de dominios situacionales y consideraron cuatro: la interacción formal (p. ej. hablar en público), la interacción informal (p. ej. hablar con otra persona sobre temas personales), asertividad (p. ej. defender los propios intereses y puntos de vista) y ser observado por otros (p. ej., comer mientras la persona es observada por otra persona). Los autores señalaron a su vez, que la mayoría de los participantes con ansiedad social de su estudio experimentaban ansiedad en más de de una situación social.

En la terapia cognitivo-conductual (TCC), la técnica de exposición a situaciones sociales temidas, es considerada como el ingrediente terapéutico fundamental (Emmelkamp y cols., 1985). La terapia de exposición tradicional puede realizarse in vivo (en la realidad) o en imaginación. Sin embargo, varias limitaciones de la exposición in vivo, tales como una menor confidencialidad del cliente, falta de control y de flexibilidad de los estímulos o costos significativos, entre otras (Anderson, y cols., 2005) y la dificultad para usar la imaginación de muchos pacientes, hacen necesario el desarrollo de nuevas herramientas terapéuticas y la RV, por sus características a continuación descritas, se ha propuesto como un efectivo método de exposición capaz de incrementar la eficacia de la terapia de exposición tradicional. De acuerdo con la literatura, varias características de la RV aumentan su utilidad en terapia: es altamente flexible y programable permitiendo al terapeuta ejercer un control preciso sobre el ambiente ajustándolo a las necesidades individuales de cada cliente y/o aplicaciones terapéuticas; es más segura y tiene una mayor aplicabilidad, al permitir exponer al paciente a condiciones que resultarían inseguras ó difíciles en el mundo real; permite una mayor confidencialidad, al sustituir el tratamiento de grupo o exposición in vivo por el ambiente virtual, ya que los primeros pueden involucrar la participación de otras personas en el tratamiento; e implica un menor coste, al no tener que reproducir situaciones reales (Antony, 2011; Glantz, y cols. 1996; Glantz y cols., 2003; Riva, 2003; Robillard y cols., 2010). Diferentes estudios han demostrado la eficacia de la RV como técnica de exposición para el tratamiento del TAS y MHP. La mayoría de trabajos que emplean ambientes virtuales para el tratamiento del TAS se han centrado en el MHP, el temor más común entre las personas que sufren ansiedad social (Ruscio y cols.). En este tipo de estudios, los experimentos recrean un entorno virtual donde los participantes realizan una conferencia delante de una audiencia virtual, que puede presentar diferentes tipos de comportamientos y actitudes (García-García y cols., 2011). En relación a esta línea de investigación, se han encontrado diferencias en la respuesta de ansiedad según el escenario virtual, informando de una mayor ansiedad los sujetos con TAS que hablaron ante una audiencia virtual, aunque con actitud neutral ante el hablante, en comparación con los que hablaron a la sala vacía (Slater y cols., 2004). Un AV con avatares programados para responder de diferente forma (riendo, ignorando o animando al participante) resultó más eficaz reduciendo los niveles de ansiedad reportados que un ambiente virtual con estimulación neutral (North y cols., 1998). Congruente con los resultados del estudio anterior, Pertaub y cols. (2002) encontraron que la respuesta de las personas mientras realizaban una presentación se veía afectada por el comportamiento de la audiencia, aunque ésta fuera virtual, respondiendo a las audiencias virtuales tal como lo harían con las reales y siendo la respuesta de ansiedad al hablar en público especialmente intensa ante el feedback negativo (los avatares exhibían expresiones hostiles y de aburrimiento). Recientemente, los autores Owens y Beidel (2015) encontraron que la tarea de hablar ante una audiencia virtual, era capaz de producir un aumento significativo de la respuesta fisiológica y del malestar subjetivo asociados al MHP. La RV como terapia de exposición dentro de un TCC redujo la ansiedad asociada a hablar en público (Anderson y cols., 2005) y la terapia de exposición con RV resultó igual de eficaz que la terapia de exposición grupal para el tratamiento de personas diagnosticadas con TAS cuyo principal miedo era el de hablar en público, manteniéndose las mejoras durante un año (Ander-

son y cols., 2013). Varios estudios han comparado la eficacia de la TCC tradicional y la TCC combinada con exposición mediante RV para reducir los niveles de ansiedad social, señalando que la exposición a situaciones sociales mediante un sistema de RV resulta tan efectiva como la exposición in vivo tradicional, siendo ambas superiores a la condición de lista de espera (Klinger y cols., 2005; Robillard y cols.) y manteniéndose las mejoras en el tiempo (Safir y cols., 2012). En los estudios anteriores, las interacciones verbales entre los participantes y los avatares eran inexistentes o limitadas. Los avances en la tecnología han permitido desarrollar interacciones cada vez más elaboradas y la RV que incorpora interacciones de tipo verbal se muestra prometedora en el ámbito terapéutico, al ser, las conversaciones con humanos virtuales, capaces de elicitar las sensaciones asociadas a la respuesta de ansiedad social (Morina y cols., 2014; Powers y cols., 2013) y de reducir los valores de ansiedad tras la intervención, incluso tiempo después (Grillon y cols., 2006; Morina y cols., 2015). Klinger y cols. (2004, 2005) asignaron a 36 participantes diagnosticados de ansiedad social a dos condiciones, la terapia de RV y la TCC. La novedad de su trabajo residió en que en la primera condición los participantes debían exponerse a cuatro situaciones distintas para las que se diseñaron cuatro ambientes virtuales diferentes, los cuales se correspondían con los cuatro dominios de interacción social establecidos por Holt y cols. (1992): ansiedad relacionada con la asertividad, intimidad, ser observado y performance/interacción formal. Los resultados señalaron una mejora significativa en ambas condiciones.

El presente trabajo tiene como objetivo validar la eficacia de la interacción verbal con un avatar en un ambiente de RV para producir ansiedad en una población española con MHP y TAS, comparándola con un grupo no clínico y empleando para ello un único ambiente virtual que permita exponerse a las diferentes situaciones de interacción social reportadas por Holt y cols. (1992).

Se establecen las siguientes hipótesis:

- H1: El grupo clínico tendrá un nivel de ansiedad significativamente más pronunciado respecto al grupo normal después de la interacción con el ambiente de realidad virtual.
- H2: Se identificarán diferencias significativas entre los subtipos de interacción social en el ambiente de realidad virtual entre los dos grupos. Se espera que los niveles de ansiedad sean mayores para el grupo clínico.
- H3: El sentido de presencia será significativamente mayor en el grupo clínico.
- H4: No se identificarán efectos secundarios significativos tras la inmersión en el ambiente de realidad virtual en ninguno de los grupos.

Método

Participantes

La muestra se compuso de 42 participantes, 16 con diagnóstico de TAS, cinco con MHP, y 21 sin ninguno de estos padecimientos, de los cuales 17 son varones. La edad media es de 26,31 años ($DT=8,53$), con un rango de 18 a 56 años. En relación con la situación familiar, 24 están solteros, 16 casados o con pareja y dos divorciados o separados; de todos ellos, sólo cinco tienen hijos. Con respecto al nivel educativo completado, 21 finalizaron los estudios de bachillerato, seis de formación profesional y 15 universitarios. Únicamente nueve participantes habían utilizado previamente la RV. Cinco de los participantes habían recibido con anterioridad un tratamiento psicológico para el TAS o el MHP. Por último, en el momento del estudio, dos participantes habían tomado algún medicamento para la ansiedad o la depresión.

Los criterios de inclusión para el grupo clínico fueron: haber nacido en España, de padres nacidos en España, ser mayor de 18 años y cumplir con los criterios diagnósticos para el TAS o MHP. Mientras que los criterios de inclusión para la población normal fueron: cumplir con los tres primeros criterios antes citados y no tener un diagnóstico de TAS o MHP. Para ambos grupos, los criterios de exclusión fueron: haber vivido más de un año fuera de España; tener una relación de pareja con alguien de otro país; padecer problemas físicos que pudieran estar contraindicados para el uso de la RV (p. ej., un problema con el oído interno, migrañas recurrentes, epilepsia, un problema de equilibrio, un problema visual importante, mareos, un problema cardiovascular, anemia o un problema neurológico significativo); no cumplir criterios de TAS; sufrir un trastorno bipolar; presentar síntomas psicóticos; tomar benzodiazepinas, y estar bajo la influencia de sustancias psicoactivas durante el experimento.

Instrumentos de medida

- *Entrevista telefónica.* Entrevista breve desarrollada por el Laboratorio de Ciberpsicología para evaluar aspectos generales y comprobar si los participantes cumplen con los criterios de selección del estudio.
- Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad (ADIS-IV). Sólo las secciones para el TAS y el trastorno de ansiedad generalizada fueron administradas.
- *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (versión 5).
- Cuestionario socio demográfico. Incluye 11 preguntas sobre aspectos generales.
- *Inventario estado-rasgo de ansiedad cognitiva y somática (STICSA).* Diseñado para evaluar los síntomas cognitivos y somáticos de la ansiedad.
- *Escala análoga visual de ansiedad.* Elaborada específicamente para este estudio por el Laboratorio de Ciberpsicología, con el objetivo de evaluar el nivel de ansiedad que experimentan los participantes mientras ejecutan las tareas impuestas en el entorno virtual del estudio.
- *Cuestionario de mareo simulado.* Tiene como objetivo medir el nivel de mareos simulados (cibermareos) experimentados por los participantes.
- *ITC- sense of presence inventory.* Evalúa el sentido de presencia utilizando cuatro factores específicos.

Materiales

El ambiente de RV utilizado fue diseñado y desarrollado por el Laboratorio canadiense de Ciberpsicología de l'Université du Québec en Outaouais. El entorno virtual consistía en una tienda virtual, y detrás de la caja registradora se encontraba el dependiente de la misma, un avatar hombre llamado Antonio. El ambiente de RV es ejecutado en un ordenador. El participante navega en el usando un casco de RV, conformado por dos pantallas pequeñas las cuales permiten una visión estereoscópica, además de un aparato de seguimiento de movimiento («eye tracker») en la parte superior que responde a los movimientos de la cabeza, permitiendo que el participante visualice el entorno virtual presentado en tres dimensiones (3D). También se utilizó un ratón que permitió al participante avanzar y retroceder en el ambiente virtual y unos cascos para que pudiera escuchar al avatar.

Procedimiento

El llamamiento se realizó en la Universidad Jaume I utilizando carteles publicitarios que fueron colgados en las distintas facultades de la universidad y vía internet, a través de la página de Facebook del Laboratorio de psicología y tecnologías (Labpsitec), que es en donde se llevó a cabo el experimento, también se dieron breves presentaciones sobre el proyecto en las clases. El estudio fue estructurado en tres etapas. La primera de ellas, consistió en una entrevista telefónica durante la cual, los participantes que indicaron previamente su interés en la investigación, respondieron a algunas preguntas generales sobre la ansiedad social y los criterios de exclusión, con preguntas diseñadas para asegurar que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. La entrevista tenía una duración aproximada de 5 a 15 minutos. La segunda etapa consistió en una evaluación diagnóstica de 15 minutos a 45 minutos con el objetivo de evaluar la presencia o ausencia de un TAS de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Los participantes que cumplían con los criterios de inclusión de la etapa uno fueron invitados a realizar la entrevista en el Labpsitec. A continuación se realizaba la entrevista semi-estructurada «M.I.N.I.» y la entrevista «ADIS-IV». Si el participante cumplía con los criterios de inclusión, era invitado a participar en la siguiente etapa del estudio. En caso contrario, se le explicaban las razones de la exclusión y si era necesario, se le entregaba un manual de psicoeducación sobre el TAS junto con las referencias sobre dónde solicitar y recibir asistencia psicológica. La tercera etapa del estudio fue llevada a cabo el mismo día del encuentro de la segunda etapa con una duración aproximada de 75 minutos. Durante la misma, el participante debía completar varios cuestionarios para evaluar su nivel base de ansiedad; después, se le leían las instrucciones de la inmersión de práctica, y se le pedía que se pusiera el casco de RV («Head Mounted Display») para conocer el manejo del AV, esta inmersión tenía una duración de dos minutos. El AV de práctica consistía en un apartamento con diferentes habitaciones. A partir de entonces, si deseaba continuar con el experimento y no presentaba mareos simulados (cibermareos) significativos, se pasaba a realizar la última fase, conocida como la fase de experimentación (30 minutos aprox.). Tras leerle las instrucciones se realizaba la segunda inmersión durante la cual el participante debía entrar en la tienda y realizar varias tareas asociadas con los subtipos de interacciones sociales reportados por Holt y cols. (1992), las cuales incluían: saludar a Antonio (interacción informal 1) responder preguntas al avatar sobre su vida profesional y personal (interacción informal 2), contestar una pregunta sobre una canción conocida de Michael Jackson (interacción formal), expresar una queja sobre un producto caducado exigiendo un reembolso del mismo (asertividad) y por último, buscar el nuevo producto mientras es observado por el avatar (observación). Todos los participantes se expusieron al mismo ambiente virtual. Por último, debía contestar varios cuestionarios y finalmente esperar 15 minutos antes de salir del laboratorio por medidas de seguridad debido a los posibles mareos simulados ocasionados por la utilización de la RV. En los casos necesarios, se les entregaba un manual de psicoeducación sobre el TAS y se les informaba sobre donde solicitar y recibir asistencia psicológica.

Resultados

Se realizaron Anovas de medidas repetidas para valorar la existencia de diferencias significativas en los síntomas cognitivos y somáticos de ansiedad entre el grupo clínico y normal tras la inmersión. Tras el análisis se identificaron diferencias en los síntomas cognitivos ($p \leq 0,001$) y somáticos ($p \leq 0,05$) tras la interacción con el ambiente de RV en los dos grupos, siendo significativamente menores. También se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos para

los síntomas cognitivos ($p \leq 0,05$), siendo mayores para el grupo clínico; pero no para los síntomas somáticos (Tabla 1).

Tabla 1
Diferencias en los síntomas cognitivos y somáticos de ansiedad tras la inmersión en el ambiente de RV en ambos grupos

	Grupo	Momento	Media	Desviación estándar	Efecto momento	Efecto grupo
Síntomas cognitivos	Normal	Antes de la inmersión	16,05	4,70	0,000	
		Después de la inmersión	11,24	2,64		
	Clínico	Antes de la inmersión	24,33	5,65		0,014
		Después de la inmersión	16,48	7,63		
Síntomas somáticos	Normal	Antes de la inmersión	15	5,07	0,019	
		Después de la inmersión	13,62	5,37		
	Clínico	Antes de la inmersión	19,52	5,13		NS
		Después de la inmersión	17,86	6,87		

Grupo clínico n=21; grupo normal n=21; NS= no significativo

Se realizó un Anova de un factor para evaluar la existencia de diferencias significativas entre los grupos en relación a los niveles de ansiedad experimentados por los participantes mientras ejecutaban las tareas de interacción social en el AV. Los resultados señalan que hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre ambos grupos en todos los subtipos de interacción social: informal 1 ($p \leq 0,05$), informal 2 ($p \leq 0,001$), formal ($p \leq 0,01$),

asertividad ($p \leq 0,001$), y observación ($p \leq 0,05$), siendo en todos los casos más elevados en el grupo clínico (Tabla 2).

Tabla 2
Niveles de ansiedad según el subtipo de interacción social en ambos grupos

Subtipo interacción social	Grupo	Media	Desviación estándar	<i>p</i>
INFORMAL 1	Normal	1,90	1,72	0,015
	Clínico	3,67	2,67	
INFORMAL 2	Normal	2,81	2,27	0,000
	Clínico	6,10	2,30	
FORMAL	Normal	1,90	1,86	0,001
	Clínico	4,52	2,69	
ASERTIVIDAD	Normal	1,76	1,57	0,000
	Clínico	5,24	2,99	
OBSERVACIÓN	Normal	1,86	1,68	0,024
	Clínico	3,81	3,41	

Grupo clínico n=2; grupo normal n=21

Se realizó un Anova de medidas repetidas para analizar la existencia de diferencias significativas en los efectos secundarios de náuseas y síntomas oculomotores al usar el AV en ambos grupos. Los resultados informaron que no hay diferencias significativas en el nivel de náuseas previo y posterior a la inmersión y tampoco entre los grupos. En cuanto a los síntomas oculomotores (vista cansada, dificultad para enfocar, visión borrosa etc.), se identificaron diferencias significativas entre el momento previo y posterior a la inmersión ($p \leq 0,01$), reportando los participantes mayores síntomas oculomotores antes de la inmersión; no se observan diferencias significativas entre los grupos (Tabla 3).

Tabla 3
Síntomas oculomotores antes y después de la inmersión en el ambiente de rv en ambos grupos

Grupo	Momento	Media	Desviación estándar	Efecto momento
NORMAL	Antes de la inmersión	2,52	1,69	0,003
	Después de la inmersión	1,43	1,56	
CLÍNICO	Antes de la inmersión	4,81	4,04	
	Después de la inmersión	3,19	3,39	

Grupo clínico n=2; grupo normal n=21

Se realizó un Anova de un factor para evaluar la existencia de diferencias significativas en el sentido de presencia entre el grupo clínico y el grupo normal. Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas en los niveles de presencia entre ambos grupos en ninguno de los cuatro factores. Los niveles de presencia fueron moderados-altos en los factores de validez ecológica ($M=3,35$, $DS=0,68$), implicación ($M=3,49$, $DS=0,61$), y sensación de espacio físico ($M=3,32$, $DS=0,67$); y bajos en los efectos negativos ($M=1,72$, $DS=0,72$).

Discusión y conclusiones

Tras analizar los resultados de nuestro estudio, se confirma que el ambiente de RV fue capaz de producir un mayor nivel de ansiedad en el grupo clínico con respecto al grupo normal; por lo tanto se comprueba la hipótesis 1. A su vez, los resultados demostraron que los participantes con TAS y MHP experimentaron valores más elevados de ansiedad en la mayoría de los subtipos de interacción social, de modo que el mismo entorno virtual utilizado en nuestro estudio resultaría eficaz en personas con TAS y MHP con diferentes temores asociados a los cuatro subtipos de interacción social reportados por Holt y cols. (1992) como son el mantener una conversación formal, informal, ser asertivo ó ser observado mientras se realiza una tarea; por lo cual se comprueba la hipótesis 2. No se identificaron diferencias significativas en el sentido de presencia entre los dos grupos; por lo tanto la hipótesis 3, se rechaza. Ninguno de los dos grupos informó haber experimentado efectos secundarios significativos de la RV tales como náuseas ó síntomas oculomotores tras la inmersión en el ambiente de RV; por lo cual se acepta la hipótesis 4. Por otro lado, la principal limitación de nuestro trabajo se encuentra en la muestra. El tamaño de la muestra puede no ser representativo ya que está formada por 42 participantes, lo que reduce las posibilidades de realizar generalizaciones. Además, posiblemente su reducido tamaño no ha permitido observar diferencias estadísticamente significativas entre los participantes en relación a ciertas variables; específicamente en el cuestionario STICSA, en donde se observó una reducción en los síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad después de la inmersión en el ambiente RV, cuando el resultado esperado era que estos síntomas se incrementaran. Esto podría deberse posiblemente a que este cuestionario no está validado en población española y por lo tanto se recomienda utilizar otro instrumento de medición. No obstante, a pesar de las limita-

ciones, la novedad de este estudio ha residido en explorar la eficacia de la interacción verbal con un avatar en un ambiente de RV para producir ansiedad en muestra española, trabajando con población clínica y normal. Además ha contribuido a aportar evidencia empírica sobre la utilidad de un único escenario virtual que reproduce diferentes situaciones temidas por las personas con TAS y MHP, lo que supone una ventaja frente a programas que utilizan un ambiente virtual para cada situación temida. Los hallazgos descritos coinciden con los de trabajos previos que señalan a la RV y las interacciones sociales virtuales como herramientas útiles en el TAS y MHP. Es por ello que la RV, por sus características, continúa proponiéndose como un efectivo método de exposición alternativo a la exposición en vivo estándar. Además, sus aplicaciones se están expandiendo en la medida en que sus costes disminuyen y se mejora la calidad de los sistemas de RV. No obstante son necesarios nuevos estudios controlados con mayores tamaños muestrales. Como líneas futuras de investigación, se propone el estudio de la aplicabilidad clínica del ambiente virtual utilizado, desarrollando un protocolo de tratamiento para el TAS y el MHP que incluya dicho ambiente como técnica de exposición y comparar su eficacia con respecto a la TCC tradicional para este tipo de trastorno.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Social Anxiety Disorder. Recuperado el 7 de enero de 2015, de www.dsm5.org
- Anderson, P. L., Price, M., Edwards, S. M., Obasaju, M. A., Schmertz, S. K., Zimand, E. y Calamaras, M. R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 751-760.
- Anderson, P. L. Zimand, E., Hodges, L. F. y Rothbaum, B. O. (2005). Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depression and Anxiety, 22*, 156-158.
- Antony, M. M. (2011). Recent advances in the treatment of anxiety disorders. *Canadian Psychology, 52*, 1-9.
- Emmelkamp P, Mersch P, Vissia E, Van der Helm M. (1985). Social Phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 365-369.
- García-García, E. S., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Olivares. P. J. (2011). Virtual reality exposure therapy and internet in social anxiety disorder: a review. *Terapia Psicológica, 29*, 233-243.
- Glantz, K., Durlach, N. I., Barnett, R. C. Y Aviles, W. A. (1996). Virtual reality for psychotherapy: from the physical to the social environment. *Psychotherapy, 33*, 464-473.
- Glantz, K., Rizzo, A. y Graap, K. (2003). Virtual reality for psychotherapy: current reality and future possibilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40*, 55-67.
- Grillon, H., Riquier, F., Herbelin, B. y Thalmann, D. (2006). Virtual reality as a therapeutic tool in the confines of social anxiety disorder treatment. *International Journal on Disability and Human Development, 5*, 243-250.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A. y Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 63-77.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Archive of General Psychiatry, 62*, 593-602.

- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 76-88.
- Klinger, E., Légeron, P., Roy, S., Chermin, I., Lauer, F. y Nugues, P. (2004). Virtual reality exposure in the treatment of social phobia. *Studies in health technology and informatics*, 99, 91-119.
- López-Ibor, J. J., Alonso, J. y Haro, J. M. (2007). Estudio Europeo de la epidemiología de los trastornos mentales (ESEMED): aportaciones para la salud mental en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 1-3.
- Morina N, Brinkman W, Hartanto D, Emmelkamp P. M. G. (2014). Sense of presence and anxiety during virtual social interactions between a human and virtual humans. *PeerJ*, 2, 337.
- Morina, N., Brinkman, W., Hartanto, D., Kampmann, I. y Emmelkamp, P. M. G. (2015). Social interactions in virtual reality exposure therapy: a proof of concept pilot study. *Technology and Health Care*, 23, 581-589.
- North, M., North, S. y Coble, J. R. (1998). Virtual reality therapy: An effective treatment for the fear of public speaking. *International Journal of Virtual Reality* 3, 2-6.
- Owens, M. E. y Beidel, D. C. (2015). Can virtual reality effectively elicit distress associated with social anxiety disorder? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 296-305.
- Pertaub, D. P., Slater, M. y Barker, C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 11, 68-78.
- Powers, M. B., Briceno, N. F., Gresham, R., Jouriles, E. N., Emmelkamp, P. M. G. y Smits, J. A. J. (2013). Do conversations with virtual avatars increase feelings of social anxiety?. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 398-403.
- Riva, G. (2003). Virtual environments in clinical psychology. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 68-76.
- Robillard, G., Bouchard, S., Dumoulin, S., Guitard, T. y Klinger, É. (2010). Using virtual humans to alleviate social anxiety: preliminary report from a comparative outcome study. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*, 8, 46-48.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., y Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28.
- Safir, M. P., Wallach, H. S. y Bar-Zvi, M. (2012). Virtual reality cognitive-behavior therapy for public speaking anxiety: one-year follow-up. *Behavior Modification*, 36, 235-246.
- Slater, M., Pertaub, D. P., Barker, C. y Clark, D. M. (2006). An experimental study on fear of public speaking using a virtual environment. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 627-633.
- Van Ameringen, M., Mancini, C. y Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorder*, 17, 561-71.

La implicación parental según los estilos educativos y el género de los padres

ENRIC LLIN VAÑÓ
llin@uji.es

CLARA RENAU ESCRIG
crenau@uji.es

SARA ROSELLO SEMPERE
srosello@uji.es

GHISLAINE MARANDE PERRIN
marande@uji.es

FRANCISCO JUAN GARCÍA BACETE
fgarcia@uji.es

Resumen

Introducción: El estudio de la implicación parental es vital durante las primeras etapas de la educación primaria ya que se derivan numerosos beneficios del trabajo conjunto entre familia y escuela. Es importante conocer que factores influyen en la implicación en estas etapas como las creencias, normas culturales, el tipo de familia, el nivel cultural, el género de los padres. A través de una investigación cuantitativa, el presente trabajo estudia si los estilos educativos y el género de los padres influyen en diversos aspectos de la implicación parental como la frecuencia de contacto entre la familia, la calidad de las relaciones entre padres y profesores, la implicación y voluntariado de los padres en la escuela o el apoyo de los padres a los hijos. **Método:** 195 familias de niños/as de 1º de primaria contestaron el cuestionario «Parent-Teacher Involvement» (PTI) y «Parent Styles and Dimension Questionnaire» (PSDQ). **Resultados:** No se cumplen las hipótesis ya que los estilos educativos y el género no influyen significativamente en la implicación parental aunque si se obtuvieron diferencias significativas entre los estilos educativos de padres y madres. Por otra parte, el 88,2% de los cuestionarios fueron contestados por madres lo que respalda afirmaciones como que las madres son el principal vínculo entre el hogar y la escuela.

Palabras clave: Implicación parental, estilos educativos, familia y escuela.

Abstract

Introduction: This report studies parental involvement, which is very important in early primary education stages because many benefits of joint work between family and school

result. Knowing which factors influence involvement in these stages is relevant; e.g., beliefs, cultural norms, family type, cultural level or parents' gender. A quantitative research examined whether educational styles and parents' gender influenced parental involvement in areas such as frequency of parent-teacher contact, quality of Parent/Teacher Relationships, Parents' involvement and Volunteering at School and Parents' Endorsement of the Child's School. **Method:** The «Parent Teacher Involvement» (PTI) questionnaire and «Parent Dimensions Styles and Questionnaire» (PSDQ) were answered by 195 families of year-1 primary education schoolchildren. **Results:** The main hypothesis was not met because no significant relationship existed between educational styles and parental involvement. Moreover, 88.2% of the questionnaires were answered by mothers, which thus supports the notion that mothers are still the main link between family and school.

Keywords: parental involvement, educational styles, family, school.

Introducción

Implicación parental

La implicación parental se ha constatado como un aspecto particularmente importante porque tiene repercusiones significativas para la educación de los niños (Mattingly, Prislín, McKenzie, Rodríguez y Kayzar, 2002). Diversos estudios empíricos han demostrado la conexión entre la calidad de las relaciones familia – escuela y los resultados positivos en términos académicos, en habilidades socioemocionales y problemas de conducta, particularmente durante la infancia temprana (Iruka, Winn, Kingsely, y Orthodoxou, 2011; Powell y Cols., 2010; Rimm-Kaufman, Pianta, Cox, y Bradley, 2003; Serpell y Mashburn, 2011). Otros tipos de estudios han identificado factores que influyen en la participación y en sus efectos como las creencias, normas culturales, atributos ambientales (Harkness y Súper, 1996) o el género de los padres (Pleck y Masciadrelli, 2004).

Aunque Keith y Lichtman (1994) afirman que la implicación parental es un término vago con multitud de significados, Epstein (2001) desarrolló un marco, para definir la implicación parental, basándose en diversas actividades en las que pueden estar implicadas las familias. En concreto, se establece seis tipos de participación: la parentalidad (obligaciones de la familia en el hogar), la comunicación (intercambio de información sobre el progreso educativo de los estudiantes), voluntariado (participación de los padres en las actividades escolares), el aprendizaje en casa, la toma de decisiones, y la colaboración con la comunidad. Según Hornby (2011) la implicación parental se puede manifestar a través de varias formas como: actividades informales que incitan a los padres a asistir a la escuela, diferentes formatos de reuniones entre los padres y el profesorado, y otras formas de comunicación como los contactos telefónicos, y con menos frecuencia, la opción de las nuevas tecnologías o las visitas a casa.

La implicación parental se da, principalmente, por parte de las madres (Esquivel, 1995). Sobre todo la implicación de las madres es superior cuando hablamos de familias tradicionales o biológicas (Harris, Furstenberg y Marmer 1998; Nord, Brimhall y West 1997). Henderson y Mapp (2002) afirman que los padres y las madres se implican de forma igualitaria en la educación de sus hijos pero en la escuela las madres se implican más que los padres.

Diversos estudios justifican el estudio temprano de la implicación parental porque tiende a disminuir a final de primaria y en los primeros años de la escuela secundaria. (Adams y Christenson, 2000; Grolnick y Cols., 2000; McCaslin y Murdock, 1991; Simon, 2004). Shaver y Walls (1998) afirma la implicación era superior cuando los niños estaban en la escuela, en el instituto o la universidad, por esta razón consideramos importante estudiar cómo se desarrolla la implicación parental en primero de primaria.

Factores que influyen en la Implicación de los padres

Los investigadores se han preguntado acerca de muchas cuestiones relevantes sobre cómo es la implicación parental, ¿Por qué ciertos padres se involucran y otros no? ¿Qué motiva a las personas a participar? ¿Por qué la implicación parental es beneficiosa para los estudiantes? Hay estudios que afirman la existencia de aspectos que influyen en la implicación parental como el tipo de familia (biológica, monoparental, reconstituida,...) (National center for education statistics, 2001) o el género de los padres/madres (Hsu y Cols. 2011; Ho y cols., 2010; Hung, 2005) pero nadie ha estudiado si los estilos educativos afectan a la implicación. Uno de los principales motivadores de la participación según Hoover-Dempsey y cols. (2005) es la construcción del rol parental y puede definirse como las creencias que los padres tienen sobre las actuaciones en relación a la educación de sus hijos.

Estilos educativos

Baumrind clasifica los estilos educativos en autoritativo, autoritario y permisivo. El estilo autoritativo se caracteriza por un nivel alto de afecto y comunicación, como de control y exigencia. El estilo autoritario se caracteriza por un alto control, rigidez y exigencias frente a la escasez de afecto y comunicación. El estilo permisivo se caracteriza por altos niveles de afecto y comunicación pero bajos niveles de control y exigencia (Comino y Raya, 2014).

Por otra parte, Broderick y Blewitt (2006) afirman que los estilos educativos tienen efectos dominantes sobre la conducta de aprendizaje del niño, siendo el comportamiento de los padres muy importante para el futuro de la educación de su hijo. El paralelismo de definiciones entre Estilos educativos (Broderick y Blewitt, 2006) y la Construcción del rol parental (Hoover-Dempsey y cols., 2005) y la ausencia de estudios que relacionen los estilos educativos con la implicación parental le proporciona a este tema de estudio la importancia para llevarse a cabo.

Algunos investigadores tienen la teoría de que las mujeres pueden estar biológicamente preparadas (Rossi, 1978) o tener socialmente inculcado (Downey 1994) una forma de ser más enriquecedora que los hombres. La pretensión es que las mujeres son socializadas para satisfacer las necesidades expresivas de los niños, para ser comunicadoras, y mostrar calor y afecto (Thomson, McLanahan, y Curtin 1992). Los hombres, por otro lado, se les enseña a ser los responsables de la familia, encargados de hacer cumplir las reglas y ser disciplinarios. Esto sugiere que los hombres y las mujeres realizan diferentes funciones dentro de la familia (Thomson, McLanahan, y Curtin 1992). Esto induce a pensar que los estilos educativos adoptados por padres y madres serán diferentes

Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de este trabajo es estudiar si los estilos educativos y el género de los padres influyen en la implicación parental en alumnos de primero de primaria. Y nuestras hipótesis serán dos: que los estilos educativos influyen en la implicación parental y que la implicación de las madres será superior a los padres.

Método

Participantes

La muestra estudiada se obtuvo a través del grupo GREI (Grupo interuniversitario del estudio del rechazo entre iguales). Este equipo está dividido dentro del territorio Español en Castelló de la Plana, Sevilla, Palma de Mallorca y Valladolid. De la muestra total que utilizó el equipo GREI, se seleccionó una submuestra con la finalidad de obtener información de sus familias. Esta estuvo formada por 195 familias de niños y niñas de primero de primaria a las cuales se les entregó un sobre con determinados cuestionarios.

Instrumentos de medida

Los cuestionarios suministrados a las familias fueron el «Parent Teacher Involvement» (PTI) y el «Parent Styles and Dimension Questionnaire» (PSDQ).

Implicación de los padres en la escuela. El cuestionario PTI está compuesto por una escala Likert de 0 a 4 siendo 0 nunca y 4 más de una vez por semana. Los factores sobre los que trabaja este cuestionario son: la frecuencia de contacto entre la familia y la escuela, la calidad de las relaciones entre padres y profesores, la implicación y voluntariado de los padres en la escuela, el apoyo de los padres a los hijos. Los factores del cuestionario PTI se asemejan a los tipos de implicación parental definidos por Epstein de «Comunicación», «Parentalidad», «Voluntariedad» y «Aprendizaje en casa».

Estilos educativos de los padres. El cuestionario PSDQ está compuesto por una escala Likert del 1 al 5 siendo 1 nunca y 5 siempre. Este cuestionario se utiliza para determinar los estilos educativos de los padres y madres, distinguiendo entre tres estilos diferentes: los autoritarios, autoritativos y permisivos.

La recogida de datos se realizó mediante la escuela que le entregó y recogió a cada familia los cuestionarios correspondientes. Los cuestionarios fueron transcritos al programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics Base Versión 21, en el que también se realizaron los análisis.

Estrategias de análisis

Antes de realizar los análisis y la factorización de los cuestionarios se realizó la depuración de la matriz, seleccionando la submuestra implicada en el estudio y tratando los valores perdidos. Una vez hecho este trabajo realizamos un conglomerado bietápico para obtener los estilos educativos de cada sujeto.

Finalmente realizamos los estadísticos descriptivos para ver el estilo educativo, pruebas T para muestras independientes y análisis de la varianza (ANOVA). Estos resultados se presentan a continuación.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos. Los estadísticos descriptivos mostraron que de 195 familiares que contestaron el PTI un 88,2% fueron madres y un 11,8% padres. Para determinar las agrupaciones en los estilos educativos de madres y padres se realizó un análisis de conglomerados bietápico (Tablas 1 y 2). En las madres, a partir de 3 entradas, se obtuvieron 2 conglomerados con una calidad del conglomerado de 0,5 en la medida de silueta de cohesión y separación. Siendo el conglomerado Autoritativo del 56,4% (97) y el Autoritario/Pasivo del 43,6% (75).

Tabla 1
Conglomerado bietápico Factores Robinson Madres

Conglomerados Robinson Madres	Factor Robinson Autoritativo		Factor Robinson Autoritario		Factor Robinson Permisivo	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Autoritativo	4,43	,28	1,77	,20	1,56	,18
Autoritario/Permisivo	4,04	,47	2,33	,29	1,90	,28

En los padres, a partir de 3 entradas, se obtuvieron 2 conglomerados con una calidad del conglomerado de 0,7 en la medida de silueta de cohesión y separación. Siendo el conglomerado Autoritativo del 87,0% (20) y el conglomerado Autoritario/Permisivo 13% (3)

Tabla 2
Conglomerado bietápico Factores Robinson Padres

Conglomerados Robinson Padres	Factor Robinson Autoritativo		Factor Robinson Autoritario		Factor Robinson Permisivo	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Autoritativo	4,27	,32	1,33	,29	1,8	,41
Autoritario/Permisivo	3,12	,08	2,18	,62	2,91	,17

En las tablas 3 y 4, se estudian la influencia del género de los padres sobre los estilos educativos y la implicación parental. En la tabla 3 padres y madres tienen puntuaciones significativamente diferentes en los estilos autoritario (,00) y permisivo (,00).

Tabla 3
Padre/Madre y estilo educativo

Factor Robinson	Sexo	N	Media	DT	t	Sig
Autoritativo	Padre	23	4,13	,50	-1,40	,16
	Madre	172	4,26	,42		
Autoritario	Padre	23	1,44	,44	-6,81	,00
	Madre	172	2,01	,37		
Permisivo	Padre	23	1,97	,53	3,60	,00
	Madre	172	1,71	,29		

En la tabla 4, no aparecen diferencias significativas entre padres y madres en las puntuaciones del cuestionario PTI.

Tabla 4
Padre/Madre implicación parental

Factor PTI	Sexo	N	Media	DT	t	Sig
Frecuencia de contacto entre la familia y la escuela	Padre	23	0,66	,49	,61	,55
	Madre	172	0,60	,45		
Calidad de las relaciones entre padres y profesores	Padre	23	3,01	,71	-,94	,35
	Madre	172	3,13	,60		
Implicación y voluntariado de los padres en la escuela	Padre	23	3,37	,63	,23	,82
	Madre	172	3,40	,58		
Respaldo de los padres a los hijos	Padre	23	1,40	,49	-,45	,65
	Madre	172	1,45	,48		

En la tabla 5 aparece la influencia de los estilos educativos sobre los factores de la implicación parental. En este caso, los estilos educativos no influyen significativamente en la implicación, aunque en el factor de apoyo de los padres a los hijos se aprecian tendencias de la influencia de los estilos educativos.

Tabla 5
Estilos educativos con implicación parental

Factor PTI	Estilo educativo	N	Media	DT	t	Sig.
Frecuencia de contacto entre la familia y la escuela	Autoritativo	117	,60	,44	-,40	,69
	Autoritario/Pasivo	78	,63	,48		
Calidad de las relaciones entre padres y profesores	Autoritativo	117	3,20	,60	1,51	,13
	Autoritario/Pasivo	78	3,03	,61		
Implicación y voluntariado de los padres en la escuela	Autoritativo	117	3,41	,61	,35	,73
	Autoritario/Pasivo	78	3,38	,53		
Apoyo de los padres a los hijos	Autoritativo	117	1,50	,50	1,81	,07
	Autoritario/Pasivo	78	1,37	,45		

En la tabla 6 encontramos las diferencias en la implicación parental en función del estilo educativo de padres y madres. En esta tabla se comparan 4 grupos (madres autoritativas, madres autoritarias/pasivas, padres autoritativos y padres autoritarios/pasivos) en función de sus puntuaciones en el cuestionario de implicación parental. En estas comparaciones no se han hallado diferencias significativas.

Discusión

Una vez mostrados los resultados es necesario recapitular para determinar su relación con los objetivos y las hipótesis planteadas en la introducción. Los resultados derivados de estudiar la influencia de los estilos educativos de padres y madres en la implicación parental son inexistentes porque las diferencias entre las variables no son significativas, por lo tanto la hipótesis 1 se rechaza.

La segunda hipótesis establece que las madres estarán más implicadas que los padres. Esta se rechaza porque no existen diferencias significativas en los factores de implicación entre padres y madres. No obstante, cuando comparamos los estilos educativos de padres y madres obtuvimos diferencias significativas en las puntuaciones de estilos autoritarios y permisivos. Las madres tuvieron puntuaciones más elevadas en referencia al estilo autoritario y los padres al permisivo. Un 88,2% de los cuestionarios fueron contestados por madres, esto sugiere que la participación predominante en la escuela es de las madres apoyando la afirmación hecha por Reay (1998) y Esquivel (1995) sugiriendo que las madres siguen siendo el principal vínculo entre la familia y la escuela.

El estudio se centra en los familiares de niños y niñas de primero de primaria por lo que la visión de la implicación parental está sesgada a un tiempo en concreto de la educación, por ello una futura línea de investigación podría ser repetir las mediciones en las diferentes etapas de la educación primaria. Debido a las diferencia muestral entre padres y madres que contestaron el cuestionario PTI, los resultados en la comparación entre el género y estilos de los padres pueden no ajustarse a la realidad convirtiéndose en una limitación por lo que una futura línea de investigación sería realizar la comparativa de género de los familiares con el mismo número de padres y madres.

Tabla 6
Diferencias en Implicación parental en función del Estilo Educativo de los padres y madres

Factor PTI	Madre						Padre												
	Estilo Autoritativo (1)			Estilo Permisivo (2)			Estilo Autoritativo (3)			Estilo Permisivo (4)									
	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT							
Frecuencia de contacto entre la familia y la escuela	97	,59	,42	75	,62	,49	20	,65	,51	3	,75	,43	234	,98	,96	,95	,99	,97	,99
Calidad de las relaciones entre padres y profesores	97	3,19	,57	75	3,06	,61	20	3,07	,71	3	2,57	,62	1,45	,55	,88	,39	1,00	,61	,62
Implicación y voluntariado de los padres en la escuela	97	1,51	,50	75	1,38	,44	20	1,45	,46	3	1,13	,65	1,45	,39	,96	,62	,96	,86	,78
Apoyo de los padres a los hijos	97	3,39	,62	75	3,40	,52	20	3,46	,58	3	2,75	,66	1,34	1,00	,98	,31	,98	,30	,27

Bibliografía

- Adams, K. S., y Christenson, S. L. (2000). Trust and the family-school relationship: An examination of parent-teacher differences in elementary and secondary grades. *Journal of School Psychology, 38*, 447–497.
- Broderick, P.C., y Blewitt, P., (2006). The Life Span: Human Development for Helping Professionals, p.230.
- Broderick P.C., y Blewitt P. (2012). «Four Parenting Styles,» education.com, <http://www.education.com/reference/article/four-parenting-styles/>
- Comino, V. y Raya, T. (2014). Estilos educativos parentales y su relación con la socialización en adolescentes. *Apuntes de Psicología, Vol. 32*, 271-280.
- Downey, D.B. (1994). The School Performance of Children from Single-mother and Single-father Families: Economic or Interpersonal Deprivation? *Journal of Family Issues, 15*, 129-147.
- Epstein, J. L. (2001). School, family, and community partnerships: Preparing educators and improving schools. *Boulder, CO: Westview Press.*
- Esquivel, L. (1995). Análisis de la tríada familia-escuela-sociedad: un estudio comparativo. *Educación y Ciencia, 4*, 51-62.
- Grolnick, W. S., Kurowski, C. O., Dunlap, K. G., y Hevey, C. (2000). Parental resources and the transition to junior high. *Journal of Research on Adolescence, 10*, 465–488.
- Harkness, S., Y Super, C. M. (1996). *Parents' cultural belief systems: Their origins, expressions, and consequences*. New York: Guilford.
- Harris, K.M., Furstenberg, F. Jr., Y Marmer, J.K. (1998). Paternal Involvement with Adolescents in Intact Families: The Influence of Fathers Over the Life Course. *Demography, 35*, 201-216.
- Henderson, A. T. Y Mapp, K. L. (2002). *A new wave of evidence: The impact of school, family, and community connections on student achievement*. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory.
- Hoover-Dempsey, K. V., Walker, J. M. T., Sandler, H. M., Whetsel, D., Green, C. L., Wilkins, A. S., Y Closson, K. E. (2005). Why do parents become involved? Research findings and implications. *Elementary School Journal, 106*, 105–130.
- Hornby, G. (2011) *Parental Involvement in Childhood Education: Building Effective School-Family Partnerships*. (1st ed.) New York: Springer.
- Hsu, H-Y., Zhang, D., Kwok, O-M., Li, Y., y Ju, S. (2011). Distinguishing the influences of father's and mother's involvement on adolescent academic achievement: Analyses of Taiwan Education Panel Survey data. *Journal of Early Adolescence, 31*, 694-713.
- Ho, H-Z., Chen, W-W., Tran, C. N., y Ko, C-T. (2010). Parental involvement in Taiwanese families: Father-mother differences. *Childhood Education, 86*, 312-317.
- Hung, C-L. (2005). Family background, parental involvement and environmental influences on Taiwanese children. *The Alberta journal of Educational Research, 51*, 261-276.
- Iruka, I. U., Winn, D. C., Kingsley, S. J., y Orthodoxou, Y. J. (2011). Links between parent teacher relationships and kindergartners' social skills: Do child ethnicity and family income matter? *The Elementary School Journal, 111*, 387-408.
- John E. Beaulieu, y Alex Granzin, *Working Parent Can Raise Smart Kids*. (Tacoma, WA: Parkland Press, 1999), 115.
- Keith, P. B., y Lichtman, M. V. (1994, December). Does parental involvement influence the academic achievement of Mexican-American eighth graders? Results from the National Education Longitudinal Study. *School Psychology Quarterly, 9*, 256- 273.

- Mattingly, D. J., Prislin, R., McKenzie, T. L., Rodriguez, J. L., y Kayzar, B. (2002). Evaluating evaluations: The case of parent involvement programs. *Review of Educational Research*, 72, 549–576.
- McCaslin, M., y Murdock, T. (1991). The emergent interaction of home and school in the development of students' adaptive learning. In M. Maehr & P. Pintrich (Eds.), *Advances in motivation and achievement: Vol. 7. Motivationenhancing environments* (pp. 213–259). Greenwich, CT: JAI.
- National PTA, «Mission, Vision and Values. (2012) <http://www.parentinvolvementmatters.org>.
- Nord, C.W., Brimhall, D., y West, J. (1997). *Fathers' Involvement in their Children's Schools*. NCES 98-091. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Pleck JH, Masciadrelli BP. Paternal involvement by U.S residential fathers: Levels, sources, and consequences. In: Lamb M, editor. *The role of the father in child development*. 4th. New York: John Wiley & Sons; 2004. pp. 222–271.
- Powell, D. R., Son, S., File, N, y San Juan, R. R. (2010). Parent-school relationships and children's academic and social outcomes in public school pre-kindergarten. *Journal of School Psychology*, 48, 269-292.
- Reay, D. (1998) *Class Work: Mothers' involvement in children's schooling* London: University College Press.
- Rimm-Kaufman, S. E., Pianta, R. C., Cox, M. J., y Bradley, R. H. (2003). Teacher-rated family involvement and children's social and academic outcomes in kindergarten. *Early Education & Development*, 14, 179-198.
- Rossi, A.S. (1978). A Biosocial Perspective on Parenting. In A.S. Rossi, J. Kagan, and T.K. Harven, eds., *The Family*. New York: W.W. Norton & Co., 1-31.
- Serpell, Z. N., y Mashburn, A. J. (2011). Family-school connectedness and children's early social development. *Social Development*, 21, 21-46.
- Shaver, A. V., y Walls, R. T. (1998). Effect of Title I parent involvement on student reading and mathematics achievement. *Journal of Research and Development in Education*, 31, 90–97.
- Simon, B. S. (2004). High school outreach and family involvement. *Social Psychology of Education*, 7, 185–209.
- Thomson, E., McLanahan, S.S., y Curtin, R.B. (1992). Family Structure, Gender, and Parental Socialization. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 368-378.
- Yamamura, E. K., Martinez, M. A., y Saenz, V. B. (2010). Moving beyond high school expectations: Examining stakeholders' responsibility for increasing Latina/o students' college readiness. *The High School Journal*, 93, 126-148.
- Zablotsky, B., Boswell, K., y Smith, C. (2012). An evaluation of school involvement and satisfaction of parents of children with autism spectrum disorders. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 316-330.

La conectividad funcional entre el estriado derecho e izquierdo en estado de reposo se asocia a sensibilidad a la recompensa

FCO. JAVIER LÓPEZ FERNÁNDEZ
al225790@uji.es

CÉSAR ÁVILA RIVERA
avila@uji.es

Resumen

Introducción: La Teoría de la Sensibilidad al Refuerzo sostiene que las diferencias en la reactividad de determinados sistemas cerebrales que controlan los procesos motivacionales, emocionales y de aprendizaje subyacen a las diferencias individuales de los rasgos de personalidad básicos. Uno de estos sistemas es el sistema de activación conductual que se encarga de responder ante estímulos apetitivos y de omisión de castigos, relacionados con la conducta de aproximación. Estudios recientes han demostrado que los individuos con una mayor actividad crónica del sistema de activación conductual muestran un menor volumen de sustancia gris en los ganglios basales y en el córtex prefrontal medial (Barrós-Loscertales y cols., 2006). El objetivo del presente trabajo es comprobar si estas diferencias anatómicas llevan asociadas un distinto patrón de conectividad funcional. **Metodología:** Mediante la técnica de resonancia magnética funcional en estado de reposo (RMF-ER), hemos investigado en estudiantes varones si existen diferencias en conectividad funcional entre esas áreas cerebrales relacionadas con la sensibilidad a la recompensa. **Resultados:** Los resultados mostraron que las puntuaciones en sensibilidad a la recompensa se asocian a una mayor conectividad funcional entre el estriado izquierdo y derecho. **Discusión:** Estos datos reflejan una diferencia funcional basada en la personalidad en zonas cerebrales directamente asociadas al procesamiento de la recompensa.

Palabras clave: sistema de activación conductual (SAC), estriado, ganglios basales, estado de reposo y sensibilidad a la recompensa.

Abstract

Introduction: The Reinforcement Sensitivity Theory sustains that differences in the reactivity of certain brain systems which control motivational, emotional and learning processes underlie individual differences in basic personality traits. These systems are responsible for controlling behaviours and specific emotions that might be related to certain cognitions. One of these systems is the behavioural activation system, which is

responsible for responding to appetitive stimulus and omission of punishment. This system is linked to approach behaviours. Recent studies have proved that individuals with greater chronicle activity in the behavioural activation system present a smaller volume of grey matter in bilateral basal ganglia and the medial prefrontal cortex (Barrós-Loscertales et al., 2006). The aim of this study is to check whether these anatomical differences are related to a different pattern of functional connectivity. **Method:** By technique functional magnetic resonance imaging in the resting state (fMRI-ER), we studied if functional connectivity differences exist in male students between these brain areas associated with sensitivity to reward. **Results:** The results showed sensitivity to reward marks are linked to increased functional connectivity between the left and the right striatum. **Discussion:** Our data show a functional difference in personality terms in areas directly related to reward processing.

Keywords: behavioural activation system (BAS), striatum, basal ganglia, resting state, sensitivity to reward.

Introducción

Al comienzo de los años 70 Gray (1970) formuló la Teoría de la Sensibilidad al Refuerzo (RST, «Reinforcement Sensivity Theory»). Este hecho supuso una revolución dentro del estudio biológico de la personalidad, ya que propuso que las diferencias individuales en los distintos rasgos de personalidad provenían de variaciones en la reactividad de sistemas neuroconductuales subyacentes a procesos motivacionales, emocionales y de aprendizaje (Depue y Collins, 1999). El modelo RST postula la existencia de diversos sistemas neurales especializados en detectar, procesar y responder ante determinados estímulos. Así, el tipo de estímulo pondrá en marcha un determinado sistema neural, generando estados motivacionales, emocionales, respuestas conductuales y aprendizajes diferentes en función de su actividad (Corr, 2008a). Según el modelo, diversos sistemas cerebrales específicos se encargarían de controlar conductas y emociones concretas que se podrían asociar a determinadas percepciones o cogniciones (Corr, 2008b). Estos sistemas locales estarían asociados entre sí para funciones más generales en contextos más amplios. Al mismo tiempo, estos sistemas interaccionarían entre ellos y estarían modulados por sistemas generales (como los de arousal y atención). De este modo, la personalidad podría entenderse como el resultado de las diferencias individuales en la reactividad de diferentes sistemas neurales.

El sistema de activación conductual (BAS, según sus siglas en inglés), surgido de la RST, es un sistema cerebral encargado de responder ante estímulos condicionados e incondicionados apetitivos y de omisión de castigos. Cuando uno de estos estímulos está presente se dan dos efectos en la conducta que están mediados por el BAS, un efecto motivacional, debido a un incremento en el arousal que estimula y redirige la conducta hacia la fuente de reforzamiento; y un efecto en el aprendizaje, debido a que se redirige la atención sobre el estímulo de recompensa, facilitando el procesamiento de la información y el aprendizaje de relaciones estímulo-estímulo y estímulo-respuesta (Pickering y Gray, 2001; Pickering y Smillie, 2008). Para evaluar el BAS empleamos la escala de sensibilidad a la recompensa (SR), basada en la medición de conductas dirigidas a la obtención de refuerzos como dinero, sexo, búsqueda de sensaciones, etc. (Torrubia, Ávila, Moltó y Caseras; 2001). Esta escala mide tanto diferencias individuales en sensibilidad a la recompensa (frecuencia con la que se detectan estímulos condicionados apetitivos) como

reactividad a esos estímulos, es decir, intensidad de las conductas de aproximación y búsqueda de recompensa.

Generalmente se propone al circuito dopaminérgico y a las áreas asociadas como parte principal del sistema de activación conductual (Haber y Knutson, 2010; Berridge y Kringelbach, 2008). Estas áreas forman una red que incluye el sistema orbitofrontal, el cortex prefrontal medial, el cuerpo estriado y la amígdala (McClure, York y Montague, 2004). Diversos estudios han puesto de manifiesto la importancia del estriado en el BAS y, por lo tanto, en la sensibilidad a la recompensa (Costumero, 2013). Mediante estudios de morfología usando resonancia magnética se ha observado que el volumen del estriado ventral correlaciona negativamente con las puntuaciones en SR (Barrós-Loscertales y cols., 2006). También en estado de reposo se encontró una mayor aleatoriedad de las series temporales del estriado ventral en sujetos con alta SR (Hahn y cols., 2012).

La conectividad funcional se define como la dependencia temporal de los patrones de actividad neuronal de regiones anatómicamente separadas del cerebro (Aertsen, Gerstein, Habib y Palm, 1989; Friston, Frith, Liddle y Frackowiak, 1993). En los últimos años, un creciente número de estudios de neuroimagen han comenzado a explorar la conectividad funcional mediante la medición de niveles de co-activación en imágenes de resonancia magnética funcional en estado de reposo entre regiones cerebrales anatómicamente separadas (Biswal, Yetkin, Haughton y Hyde, 1995; Salvador y cols., 2005). Estos estudios han aportado importantes conocimientos en la organización de la comunicación funcional en las redes cerebrales. Harmelech y Malach (2013) propusieron que los patrones de correlación entre las fluctuaciones de actividad espontánea (FES) durante el estado de reposo («resting state») reflejarían el perfil, a priori, de los sesgos cognitivos, o tendencias individuales, codificados como eficacia sináptica en redes corticales. Por lo tanto, las FES ofrecen un nuevo medio para el mapeo de las diferencias individuales de rasgos como los de personalidad, tanto en sujetos normales como en muestras clínicas. Se presentaron tres hipótesis para avalar esta idea: 1) las FES corresponde a patrones de activación que se producen durante la ejecución de tareas típicas en el día a día; 2) las diferencias individuales y grupales en sesgos deberían reflejarse en distintos patrones espontáneos de activación; y finalmente, 3) las FES pueden ser activamente remodeladas a largo plazo mediante un intenso y localizado entrenamiento cortical.

El objetivo de nuestra investigación es analizar la relación entre las diferencias individuales en la sensibilidad a la recompensa y la conectividad funcional de las áreas neurales asociadas al BAS, observadas durante el estado de reposo en un grupo de hombres jóvenes. Para ello, utilizaremos áreas relacionadas con el BAS de la investigación de morfometría basada en el vóxel de Barrós-Loscertales y cols. (2006) en las que encontraron correlaciones negativas entre el volumen de sustancia gris del estriado derecho, el estriado izquierdo y el cortex frontal superior derecho con las puntuaciones en SR. Nuestra hipótesis es que las diferencias individuales en sensibilidad a la recompensa se asociarán a diferencias en la conectividad funcional entre las diversas áreas que han mostrado reducciones en sustancia gris.

Método

Muestra

Han participado en este experimento 88 sujetos, varones, estudiantes, con edades comprendidas entre 18 y 30 años (media = 21,67; desviación típica = 2,77). Se obtuvo el consentimiento informado de cada sujeto antes de la participación y recibieron, por ella, una compensa-

ción económica. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad Jaume I.

Instrumentos

Los participantes rellenaron el Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa (SCSR) (Torrubia y cols., 2001). Es un cuestionario de autoinforme que consta de 48 ítems con un formato de respuesta dicotómica (Sí/No). Se compone de dos subescalas de 24 ítems cada una. La escala de sensibilidad al castigo (ítems: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 47) se relaciona con el sistema de inhibición conductual, BIS (evitación conductual y evitación pasiva en situaciones relacionadas con la posibilidad de obtener consecuencias negativas o novedad, preocupación vinculada al daño por castigos o fracasos). La escala de sensibilidad a la recompensa (ítems: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48) se relaciona con el sistema de activación conductual, BAS (conductas dirigidas a la obtención de refuerzos tales como dinero, poder, sexo y búsqueda de sensaciones).

Análisis de las imágenes

Las imágenes fueron adquiridas en un escáner 1,5 T (Siemens Avanto). Las imágenes de RMf se obtuvieron en estado de reposo en el que los participantes simplemente fueron instruidos en mantenerse relajados, intentando no pensar en nada y sin llegar a dormirse. La muestra de este trabajo se obtuvo de una base de datos de distintos estudios por lo que algunos sujetos realizaron la tarea con ojos cerrados y otros con ojos abiertos mirando a un punto fijo. Los participantes se colocaron en una posición supina en el escáner de RM, y sus cabezas fueron inmovilizadas con los amortiguadores para reducir los artefactos en movimiento. Para el RMf-ER, un total de 270 volúmenes fueron registrados por encima de los 9 minutos usando un gradiente de eco T2*-secuencia de imágenes ecoplanar ponderada (TR = 2000 ms; TE = 48 ms; matriz, 64 x 64, tamaño de voxel = 3,5 x 3,5 mm, ángulo flip = 90°; grosor de corte = 4 mm; gap = 0,8 mm. Adquirimos 24 cortes axiales intercalados paralelos al plano de la comisura anterior-posterior que cubre la totalidad cerebral. Antes de las secuencias de RMf, un T1 estructural de alta resolución de secuencia MPRAGE ponderada fue adquirido (TR = 2200 ms; TE = 3,8 ms; matriz = 256 x 256 x 160; voxel size = 1 x 1 x 1 mm). Los conjuntos de datos RMf-ER fueron procesados mediante el programa Data Processing Assistant for Resting-State fMRI (DPARSFA, <http://rfmri.org/DPARSF>) (Chao-Gan y Yu-Feng, 2010) donde el preprocesado está basado en algunas funciones del programa Statistical Parametric Mapping (v.8 SPM Wellcome Trust Centro de Neuroimagen, Londres, Reino Unido) y los análisis de conectividad en el programa REST rs-fMRI (<http://www.restfmri.net>).

Las seed seleccionadas para nuestro estudio fueron extraídas de un estudio de morfometría basada en el voxel. En este estudio se encontraron correlaciones negativas entre el volumen de sustancia gris del estriado derecho, el estriado izquierdo y el cortex frontal superior derecho con las puntuaciones en SR (Barrós-Loscertales y cols., 2006). Las seeds en el espacio MNI fueron el cuerpo estriado derecho (4, 12, 10), el caudado derecho (17, 14, 14), el estriado izquierdo (-24, 9, 14), el caudado izquierdo (-18, 15, 10), globo pálido izquierdo (-17, -4, 9) y el cortex superior frontal derecho (13, 48, 29).

El análisis de la conectividad funcional basado en voxel semilla se realizó para las seeds anteriormente definidas. Se llevó a cabo una correlación lineal pareada (correlación de Pearson)

entre las series temporales de los voxels de cada seed, obteniendo para cada par de seeds un valor de correlación. Los valores r obtenidos para cada sujeto se normalizaron a valores z usando la transformación z de Fisher, para su posterior análisis estadístico.

Análisis estadísticos

Los valores z obtenidos del análisis de conectividad funcional fueron correlacionados con los valores de SR, usando el programa estadístico IBM SPSS (versión 21) con el fin de estudiar la relación entre las puntuaciones del test y la conectividad funcional de las zonas de interés durante el estado de reposo.

Resultados

Los resultados de nuestra investigación indican que la media de las puntuaciones en sensibilidad a la recompensa de nuestra muestra es = 11,97 y la desviación típica = 4,98. Encontramos una correlación significativa positiva entre la conectividad funcional del estriado dorsal izquierdo con el derecho y las puntuaciones en sensibilidad a la recompensa, con una correlación de Pearson = 0,432 significativa al nivel 0,000; como se puede apreciar en la Figura 1. No se han encontrado correlaciones significativas entre la conectividad funcional del resto de clústers, estriado dorsal izquierdo con la corteza frontal superior derecha y estriado dorsal derecho con esta última, y puntuaciones en sensibilidad a la recompensa. Todo ello queda reflejado en la Tabla 1.

Tabla 1
Estadísticos y correlaciones de las variables del estudio

	Correlación en SR	Media	Desv. típ.	Mín.	Máx.	N
Puntuación SR	-	11,97	4,98	3	23	88
Conectividad funcional:						
Estriado derecho con estriado izquierdo	0,432**	0,177	0,154	-0,161	0,47	88
Estriado izquierdo con corteza prefrontal superior derecha	0,104	0,007	0,131	-0,292	0,387	88
Estriado derecho con corteza prefrontal superior derecha	0,145	0,01	0,138	-0,322	0,39	88

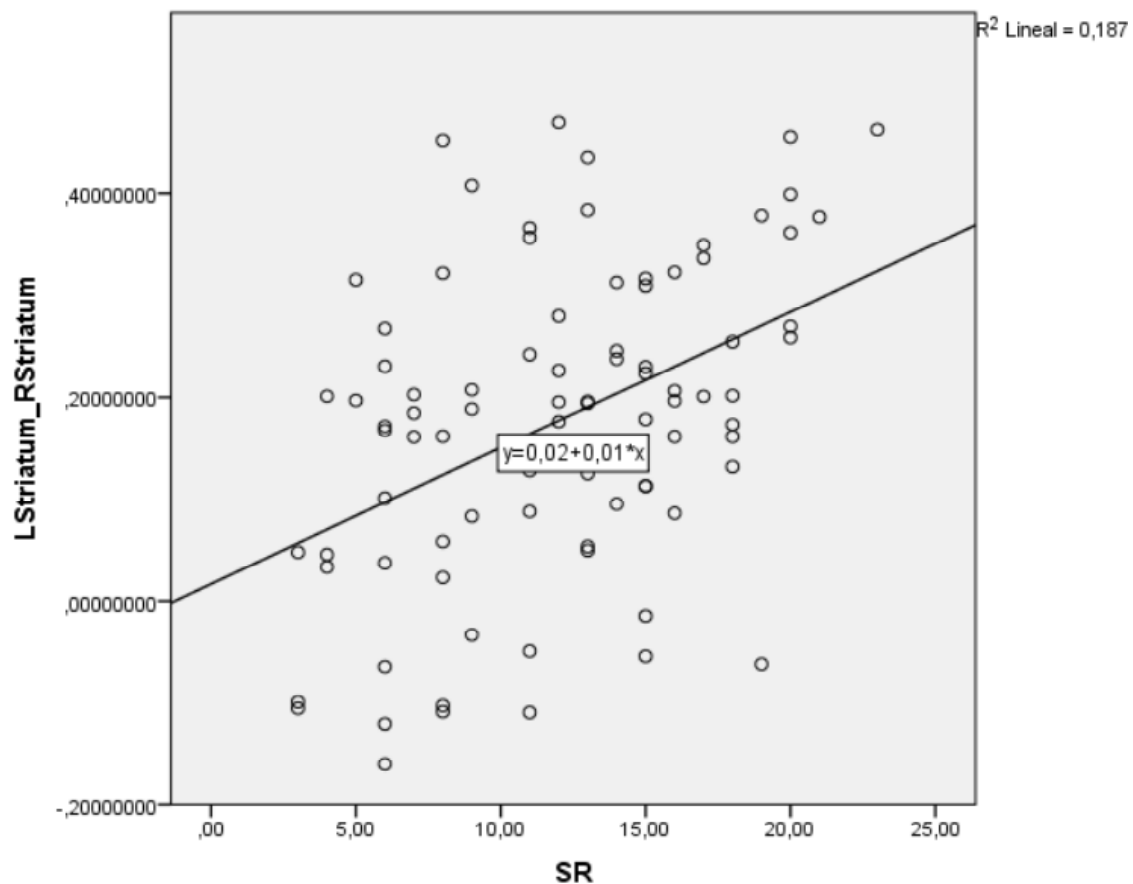


Figura 1. Asociación entre las puntuaciones en sensibilidad a la recompensa (SR) y los valores de la correlación entre estriado derecho e izquierdo en estado de reposo (LStriatum_RStriatum).

Discusión y conclusiones

Los resultados del presente estudio han demostrado una correlación positiva en la activación producida entre las áreas izquierda y derecha del estriado dorsal en estado de reposo y las puntuaciones en el cuestionario de sensibilidad a la recompensa en hombres jóvenes. Observamos que a mayor activación en la conectividad funcional de estas áreas, mayores puntuaciones en SR.

Estos datos continúan en la senda de otros estudios que implican a los ganglios basales en las diferencias individuales en el procesamiento de la recompensa. Se ha visto como sujetos con puntuaciones altas en escalas asociadas al BAS muestran una mayor activación del estriado ventral y el mesencéfalo durante la anticipación de recompensas monetarias (Carter, Macinnes, Huettel y Adcock, 2009; Costumero, 2013), y durante la recepción de éstas (Camara, Rodríguez-Fornells y Münte, 2010; Cservedy, Herting, Seghete, Hudson y Nagel, 2012). Además, una alta reactividad del BAS se ha relacionado también con un incremento de la activación del estriado ventral y mesencéfalo ante la presentación de imágenes de comidas apetitivas (Beaver y cols., 2006). Como en la presente investigación, la SR se ha asociado positivamente con la actividad del estriado ventral (Avila y cols., 2012).

El estriado dorsal se relaciona con el sistema de recompensa, por lo tanto, estos resultados apoyan la participación de circuitos fronto-estriatales en el sistema de activación conductual (De-

pue y Collins, 1999; Pickering y Gray, 2001). Esta área es importante en la selección e iniciación de la conducta motivada y en el aprendizaje de asociaciones respuesta-consecuencia (Balleine, Delgado y Hikosaka, 2007); en otras palabras, en el procesamiento de la información relacionada con la recompensa. La actividad del estriado juega un importante papel en el procesamiento de recompensas primarias y secundarias, por consiguiente, parece que pueda influir y guiar el comportamiento mediante la codificación de las propiedades afectivas de un estímulo (Barrós-Loscertales y cols., 2006); interviniendo dentro de los circuitos fronto-estriales en la regulación de la conducta al establecer patrones aprendidos por repetición.

En nuestro estudio, encontramos diferencias individuales en la conectividad del estriado que se relaciona con el factor de personalidad de Gray de sensibilidad a la recompensa, empleando la RMF-ER. En otro estudio de personalidad en el que también se empleaba la RMF-ER, se encontraron resultados similares, una mayor aleatoriedad de las series temporales del estriado ventral en sujetos con alta SR (Hahn y cols., 2012). Por lo tanto, tal y como comentó Harmelech, los patrones de correlación entre las fluctuaciones de actividad espontánea durante el estado de reposo podrían reflejar rasgos de personalidad (Harmelech y Malach, 2013). Ya que los patrones de activación espontáneos, producidos durante el reposo, correspondería a patrones de activación que se producen durante la ejecución de tareas típicas en el día a día; observándose las diferencias individuales en ese estado de reposo.

En conclusión, hemos empleado la novedosa condición experimental de estado de reposo en la RMf, mostrando la correlación entre la conectividad funcional del estriado dorsal derecho e izquierdo y la activación del BAS. Demostrando que las diferencias individuales en la conectividad funcional del estriado tienen su repercusión en las puntuaciones de sensibilidad a la recompensa.

Referencias bibliográficas

- Aertsen, A. M., Gerstein, G. L., Habib, M. K. y Palm, G. (1989). Dynamics of neuronal firing correlation: modulation of «effective connectivity». *Journal of Neurophysiology*, 61, 900–917.
- Avila, C., Garbin, G., Sanjuán, A., Forn, C., Barrós-Loscertales, A., Bustamante, J. C. et al (2012). Frontostriatal response to set switching is moderated by reward sensitivity. *Social Cognitive and Affect Neuroscience*, 7, 423–430.
- Balleine, B. W., Delgado, M. R. y Hikosaka, O. (2007). The role of the dorsal striatum in reward and decision-making. *Journal of Neuroscience*, 27, 8161–8165.
- Barrós-Loscertales, A., Meseguer, V., Sanjuán, A., Belloch, V., Parcet, M., Torrubia, R. et al. (2006). Striatum gray matter reduction in males with an overactive behavioral activation system. *European Journal of Neuroscience*, 24, 2071–2074.
- Beaver, J. D., Lawrence, A. D., Van Ditzhuijzen, J., Davis, M. H., Woods, A. y Calder, A. J. (2006). Individual differences in reward drive predict neural responses to images of food. *Journal of Neuroscience*, 26, 5160–5166.
- Berridge, K. C. y Kringelbach, M. L. (2008). Affective neuroscience of pleasure: reward in humans and animals. *Psychopharmacology (Berl)*, 199, 457–480.
- Biswal, B., Yetkin, F. Z., Haughton, V. M. y Hyde, J. S. (1995). Functional connectivity in the motor cortex of resting human brain using echo-planar MRI. *Magnetic Resonance in Medicine*, 34, 537–541.
- Camara, E., Rodríguez-Fornells, A. y Münte, T. F. (2010). Microstructural brain differences predict functional hemodynamic responses in a reward processing task. *Journal of Neuroscience*, 30, 11398–11402.

- Carter, R. M., Macinnes, J. J., Huettel, S. A. y Adcock, R. A. (2009). Activation in the VTA and nucleus accumbens increases in anticipation of both gains and losses. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3, 21.
- Chao-Gan, Y. y Yu-Feng, Z. (2010). DPARSF: a MATLAB toolbox for «pipe-line» data analysis of resting-state fMRI. *Frontiers in System Neuroscience*, 4, 13.
- Corr, P. J. (2008a). *The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Corr, P. J. (2008b). Reinforcement Sensitivity Theory (RST): introduction. P.J. Corr, ed. *In The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality* (pp. 1–43). Cambridge: University Press.
- Costumero, V. (2013). *Función, conectividad cerebral y diferencias individuales en el procesamiento de recompensas*. (Tesis doctoral). Universidad Jaume I. Castellón.
- Cservenka, A., Herting, M. M., Seghete, K. L. M., Hudson, K. A. y Nagel, B. J. (2012). High and low sensation seeking adolescents show distinct patterns of brain activity during reward processing. *Neuroimage*, 66, 184–193.
- Depue, R. A. y Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*, 22, 491–517; discussion 518–69.
- Friston, K. J., Frith, C. D., Liddle, P. F. y Frackowiak, R. S. (1993). Functional connectivity: the principal-component analysis of large (PET) data sets. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 13 (1), 5–14.
- Gray, J. A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behavior Research and Therapy*, 8, 249–266.
- Haber, S. N. y Knutson, B. (2010). The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology*, 35, 4–26.
- Hahn, T., Dresler, T., Ehlis, A. C., Pyka, M., Dieler, A. C., Saathoff, C. et al (2012). Randomness of resting-state brain oscillations encodes Gray's personality trait. *Neuroimage*, 59, 1842–1845.
- Harmelech, T. y Malach, R. (2013). *Trends in Cognitive Sciences*, 17 (12), 606-615.
- McClure, S. M., York, M. K. y Montague, P. R. (2004). The neural substrates of reward processing in humans: the modern role of fMRI. *Neuroscientist*, 10, 260–268.
- Pickering, A. D. y Gray, J. A. (2001). Advances in Individual Differences Research. In Elias, A. y Angleitner, A. (Eds). *Dopamine, appetitive reinforcement, and the neuropsychology of human learning: an individual differences approach* (113-149) Germany: Lengerich.
- Pickering, A. D. y Smillie, L. D. (2008). The behavioural activation system: Challenges and opportunities. P.J. Corr, ed. *In The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality* (120-153). Cambridge: University Press.
- Salvador, R., Suckling, J., Coleman, M. R., Pickard, J. D., Menon, D. y Bullmore, E. (2005). Neurophysiological architecture of functional magnetic resonance images of human brain. *Cerebral Cortex*, 15 (9), 1332–1342.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. y Caseras, X. (2001). The sensitivity to punishment and sensitivity reward questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 837-862.

Motivos y reacciones ante la infidelidad en población universitaria

MARÍA ISABEL LÓPEZ BELTRÁN
al189575@uji.es

MARÍA AMPARO PÉREZ BARBERÁ
al189629@uji.es

MARÍA BELÉN PIQUER BARRACHINA
al209517@uji.es

RAFAEL BALLESTER-ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

Introducción: El objetivo del presente estudio es analizar cuáles son los motivos actuales más prevalentes por los que la población universitaria comete una infidelidad, así como examinar las posibles reacciones y diferencias en función del género. **Método:** La muestra está compuesta por 194 estudiantes con una edad promedio de 20,8 años (DT = 2,06), equiparados por sexo. Los participantes cumplimentaron un instrumento de elaboración propia de forma voluntaria y confidencial. **Resultados:** El 27,5 % declara haber sido infiel a alguna de sus parejas, de los cuales el 38,5 % ha admitido que cometió la infidelidad porque el vínculo emocional era poco intenso. En cuanto a las diferencias de género, solo hay diferencias significativas a favor de las mujeres, las cuales han respondido en mayor medida que los hombres que fueron infieles porque estaban bajo los efectos del alcohol o drogas ($\chi^2 = 6,422$; $p \leq ,011$). La reacción más común ante una infidelidad (63,6 %) sería cortar la relación. Por otro lado, el 34,6 % afirma que su pareja le ha sido infiel. En relación a esto, existe una relación positiva ($r = 0,259$; $p \leq ,000$) entre ser infiel y que la pareja le haya sido infiel. **Discusión:** En consonancia con estudios similares, el principal motivo por el que se comete una infidelidad parece ser la fragilidad y las carencias afectivas del vínculo emocional de la pareja, siendo escasas las diferencias de género en cuanto a motivos para ser infiel.

Palabras clave: infidelidad, motivos, género, pareja, universitarios.

Abstract

Introduction: The objective of this study is to analyse what are today's most prevalent reasons why the university population commits infidelity and to discuss possible reactions to it and also gender differences. **Method:** The sample consisted of 194 students, whose average age was 20.79 years (SD=2.06) and were sex-matched. Participants completed a voluntary and confidential instrument that the authors developed. **Re-**

sults: Of the whole sample, 27.50% reported having never been unfaithful to their partners, and 38.50% admitted that they had committed infidelity because the emotional bond was not intense enough. The gender differences found were significant only for females, who responded to a greater extent than males that they had been unfaithful because they were under the influence of alcohol or drugs ($X^2 = 6.422$; $p = .011$). The commonest reaction to infidelity (63.60%) was to break the relationship. Moreover, 34.60% of the sample stated that their partner had been unfaithful, in relation to which a positive relationship ($r = 0.259$; $p = .000$) was observed between being unfaithful and if one's partner had been unfaithful. **Discussion:** In line with similar studies, the main reason for committing infidelity seemed to be fragility and the emotional deprivation of an emotional bond between the couple. Virtually no gender differences in the reasons for being unfaithful were found.

Keywords: infidelity, reasons, gender, couple, university

Introducción

La exposición a la infidelidad es algo común en nuestra sociedad, ya sea experimentada en primera persona o a través de amistades o incluso es un tema frecuente en los medios de comunicación, donde se puede apreciar una amplia variedad de formas de cometer una infidelidad (Brogdon, Fitzwater y Johnson, 2006). En la cultura occidental hay una fuerte exigencia de exclusividad en las relaciones de pareja, especialmente en el terreno sexual, y cualquier pérdida de esa exclusividad es considerada como una deslealtad (Vanegas, 2011). En las últimas décadas, se han realizado algunas conceptualizaciones acerca de la infidelidad, las cuales incluyen diversos aspectos, como la forma en la que se lleva a cabo la infidelidad, los motivos o las consecuencias que de esta se derivan.

La infidelidad podría considerarse como un abuso de la confianza dentro de una relación de pareja a través de un acto sexual o emocional con otra persona, rompiendo la exclusividad romántica/emocional o sexual e incumpliendo las normas y expectativas que se establecen dentro de la pareja (Blow y Hartnet, 2005). Algunos autores han postulado teorías evolutivas que podrían encontrarse en la base de la naturaleza de la infidelidad. En particular, la teoría de la inversión parental (Trivers, 1972) afirma que los hombres y las mujeres presentan estrategias reproductivas diferentes con el fin de obtener unos beneficios más adaptativos para cada sexo, buscando los hombres relaciones más oportunistas y siendo las mujeres más selectivas en sus relaciones: es decir, puesto que el objetivo del hombre sería tener una mayor progenie, él trata de tener el mayor número posible de encuentros sexuales, mientras que la mujer es más selectiva en sus encuentros sexuales con el fin de obtener una mayor protección y estabilidad para sus descendientes. Por otro lado, diversas investigaciones han estudiado las razones de tipo ontogenético que llevan a cometer una infidelidad. Algunas de las razones encontradas son, por ejemplo, la infelicidad en la pareja, el aburrimiento, la excitación, la falta de atracción, los estados de ánimo negativos, la venganza, la lujuria, la falta de comunicación en la pareja o incluso las relaciones abiertas (Brand, Markey, Mills y Hodges, 2007; Mark, Janssen y Milhausen, 2011; McAnulty y Brineman, 2007; Weiser, Lalasz, Weigel y Evans, 2014). Así mismo, a pesar de que las razones que llevan a cometer una infidelidad son similares e incluso, en muchas ocasiones, compartidas por hombres y mujeres, también se han informado algunas diferencias, como que los hombres son más propensos a dejarse llevar por

el impulso mientras que las mujeres lo suelen hacer más debido a la insatisfacción con su pareja (Brand y cols., 2007; Haden y Hojjat, 2006; Shackelford y Goetz, 2008; Tidwell y Eastwick, 2013).

Siguiendo por esta misma línea, también se ha hablado de las consecuencias y del impacto que tiene la infidelidad en las relaciones de pareja, como el divorcio en el caso de los matrimonios o la ruptura en el caso de las parejas, el cambio de pareja o el desamor, así como las posibles diferencias de género en la reacción ante una infidelidad. En referencia a las mujeres, algunas de las reacciones más destacadas son la ruptura de la pareja o el distanciamiento de la misma; los hombres, por su parte, son más propensos a responder ante una infidelidad con violencia (Brand y cols., 2007; Weiser y cols., 2014).

Dada la gran variedad en referencia a los motivos y reacciones ante la infidelidad encontrados en la literatura, la presente investigación tiene por objetivo principal estudiar los motivos que llevan a la población universitaria a cometer una infidelidad así como las reacciones más frecuentes ante la misma. De este modo, podrían esclarecerse algunos aspectos relacionados con la conducta y la naturaleza de la infidelidad con el objetivo de establecer una base empírica que pueda resultar de ayuda en la práctica clínica en parejas.

Método

Participantes

Se seleccionaron un total de 194 participantes con un rango de edad comprendido entre 18 y 26 años ($M = 20,8$; $DT = 2,06$). De esta muestra empleada, 97 participantes (50 %) eran mujeres y 97 (50 %) eran hombres. En cuanto a la nacionalidad de los participantes, se encontraron 9 nacionalidades distintas, siendo la más mentada la española (85,1 %), seguida de la colombiana (3,1 %). También se registraron datos sobre la orientación sexual, con 140 participantes (72,2 %) heterosexuales, 34 (17,5 %) bisexuales y 20 (10,3 %) homosexuales. Por otra parte, en cuanto a la religión, el 33,9 % de los participantes eran creyentes.

Procedimiento

En lo que se refiere al procedimiento de recogida de la muestra, se realizaron dos recogidas diferentes. La primera, de forma presencial durante 4 días por las distintas facultades de la Universitat Jaume I, y la segunda opción fue mediante el cuestionario en formato *online*. En ambos casos, los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación y de la confidencialidad con la que se tratarían los datos.

Instrumento de evaluación

Para llevar a cabo el presente estudio ha sido necesaria la creación de un cuestionario adaptado a los objetivos de la investigación. Para ello, se han tomado como referencia algunos cuestionarios (aunque no validados) que se han centrado en evaluar aspectos similares, como es el caso de *The infidelity questionnaire* (Nagurney y Thornton, 2011) o *The sexual behavior questionnaire* (Norona, 2013).

El instrumento final empleado para la recogida de la información consiste en un cuestionario de elaboración propia compuesto por dos partes diferenciadas. Al comienzo, contiene

información de tipo demográfica (sexo, edad, nacionalidad, ocupación, orientación sexual, religión). Además, se incluye información sobre relaciones de pareja, pareja en la actualidad o el número de parejas que ha tenido y su duración. Para esta investigación, únicamente se tendrá en cuenta la información obtenida de la primera parte, la cual incluye 17 ítems relacionados con información sobre, por ejemplo, si alguna vez ha sido infiel, los motivos, el tipo de infidelidad, el uso del preservativo en esa situación, las consecuencias de la infidelidad, si alguna vez le han sido infiel, los celos, las conductas de control sobre su pareja o la utilización de los servicios de un/a trabajador/a sexual.

Análisis de datos

Se han realizado análisis descriptivos de frecuencias, tablas de contingencia, análisis de Chi-cuadrado y correlaciones. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPS Statistics versión 23.

Resultados

Prevalencia de la infidelidad realizada y recibida

De los 194 participantes, un 72,5 % declara no haber sido infiel a sus parejas nunca, un 24,4 % había sido algunas veces infiel, un 2,1 % había sido bastantes veces y un 1,0 % había sido infiel muchas veces. De las personas que habían sido infieles, el 30,2 % expresó que fue con alguien de su mismo sexo y un 80,8 % con una persona de distinto sexo. Además, un 34,6 % de los participantes han sido víctimas de una infidelidad.

Por otra parte, en cuanto a la prevalencia de la infidelidad en función del sexo, el 31 % de los hombres y el 24 % de las mujeres han sido infieles a sus parejas, sin establecerse diferencias significativas entre los grupos. En relación con esto, el 30,9 % de los hombres y el 38,3 % de las mujeres han sido víctimas de una infidelidad. En lo que se refiere a la prevalencia de la infidelidad en función de la orientación sexual, se ha encontrado que las personas con una orientación sexual homosexual son significativamente más infieles que las personas con orientación heterosexual y bisexual ($\chi^2 = 20,312$; $p \leq ,002$).

Prevalencia de los distintos motivos para cometer una infidelidad

Teniendo en cuenta los resultados aportados por estudios anteriores similares, se estableció una lista con distintos motivos para cometer una infidelidad (véase la tabla 1). Para la obtención de estos datos se escogieron únicamente las respuestas de aquellos participantes que habían sido infieles a sus parejas, constituyendo el 27,5 % de la muestra. El motivo más prevalente fue «el vínculo emocional era muy poco intenso, no estabas enamorado» (38,5 %), seguido de «vuestra relación no iba bien, estabas cansado de la relación» (32,7 %). En cuanto a las diferencias de género (véase la tabla 1), solo se establecieron diferencias significativas, a favor de las mujeres, en el motivo «aunque la relación iba bien, no fuiste capaz de controlarte porque habías bebido o tomado alguna droga» ($\chi^2 = 6,422$; $p \leq ,011$).

Tabla 1
Prevalencia de los motivos para una infidelidad y diferencias de género

	Motivos para una infidelidad			X ²	V _{cramer}
	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)		
El vínculo emocional era muy poco intenso, no estabas enamorado@	38,5	41,4	34,8	0,236	0,067
Vuestra relación no iba bien, estabas cansado de la relación	32,7	31,0	34,8	0,082	0,040
Surgió la posibilidad y no le diste mayor importancia al hecho	25,5	24,1	27,3	0,065	0,036
Aunque la relación iba bien, no fuiste capaz de controlarte porque habías bebido o tomado alguna droga	19,2	6,9	34,8	6,422*	0,332
Era una venganza porque te había sido infiel antes	15,4	13,8	17,4	0,128	0,049
Estabas muy excitado y no pudiste controlar tus impulsos	11,5	10,3	13,0	0,092	0,042
Aunque la relación iba bien, no fuiste capaz de controlarte porque la otra persona era muy atractiva	11,5	13,8	8,7	0,327	0,079
Era una forma de castigar a tu pareja por algo que te había molestado	5,8	6,9	4,3	0,153	0,054
Era un modo de ponerle celoso y que de ese modo se interesara más por ti	3,8	3,4	4,3	0,028	0,023

Nota. *p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

Prevalencia de las distintas reacciones ante una infidelidad

La reacción más común ante una infidelidad sería cortar la relación (63,6 %), seguido de hablar para saber qué ha fallado y pensar que la relación podría incluso mejorar (20,7 %) (véase la tabla 2). En cuanto al análisis de las diferencias de género, no se establecieron diferencias significativas en las reacciones ante una infidelidad, observando que ambos sexos tendrían reacciones similares.

Tabla 2.
Prevalencia de las reacciones ante una infidelidad y diferencias de género

	Reacciones ante una infidelidad			X ²	p
	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)		
Cortar la relación	63,6	63,7	63,4	0,136	,987
Hablarías para saber qué ha fallado y creerías que la relación podría incluso llegar a mejorar	20,7	19,8	21,5		
Mantener la relación, pero ya no sería lo mismo	12,5	13,2	11,8		
Mantener la relación y perdonar la infidelidad del todo	3,3	3,3	3,2		

Relaciones entre variables

Por último, se llevaron a cabo análisis de correlación para ver si se establecían relaciones entre las distintas variables de estudio. Solo se encontró una relación positiva y significativa entre ser infiel y ser víctima de una infidelidad ($r = 0,259$; $p \leq ,000$).

Discusión

En la presente investigación se ha observado que la prevalencia de la infidelidad en comparación con otros estudios (Allen y Baucom, 2006; Mcanulty y Brineman, 2007) es relativamente baja. Dichos estudios señalaban alrededor del 70 % de tasa de infidelidad, mientras que nuestros resultados apuntan al 30 %. Estas diferencias se podrían atribuir a la subjetividad de la definición de infidelidad que se encuentra en la base de las respuestas de los participantes.

Por otro lado, no se han encontrado diferencias significativas de género a la hora de cometer una infidelidad, al igual que los resultados obtenidos por Randall y Byers (2003). En cambio, al analizar las diferencias en la prevalencia de la infidelidad en función de la orientación sexual, se observa que las personas con una orientación sexual homosexual son significativamente más infieles que heterosexuales y bisexuales. Otras investigaciones que han estudiado estas diferencias encuentran que son las personas con orientación bisexual las que cometen más infidelidad (Giménez, Ballester, Gil y Edo, 2010), por lo que parece que los resultados referidos a este aspecto no son concluyentes.

Principalmente, los motivos por los que se comete una infidelidad es la fragilidad del vínculo afectivo de la pareja junto con las carencias afectivas de la misma, en consonancia con resultados encontrados en estudios previos (Mark y cols., 2011; Weiser y cols., 2014). En lo referente a las diferencias de género, en los motivos para ser infiel, la literatura no es unánime; en el presente estudio se encuentran escasas diferencias de género en los motivos que llevan

a cometer una infidelidad, únicamente se observan diferencias significativas respecto a cometer una infidelidad bajo los efectos de las drogas o el alcohol, a favor de las mujeres.

Respecto a las reacciones ante una infidelidad, se ha observado que la reacción más frecuente sería cortar la relación después de ser víctima de una infidelidad, sin encontrar diferencias significativas en función del género, en contraposición con los resultados de investigaciones similares que concluyen que las mujeres reaccionarían ante una infidelidad cortando la relación, mientras que los hombres reaccionarían con violencia (Brand y cols., 2007; Weiser y cols., 2014).

En conclusión, mujeres y hombres no difieren significativamente en los motivos y reacciones ante una infidelidad. En futuras investigaciones, sería necesario analizar con profundidad la influencia de posibles aspectos de la relación de pareja sobre los motivos que llevan a cometer una infidelidad, así como las consecuencias que provoca en la pareja.

Referencias bibliográficas

- Allen, E. S. y Baucom, D. H. (2006). Dating, marital and hypothetical extradyadic involvements: how do they compare? *Journal of sex research*, 43, 307-317.
- Blow, A. J. y Hartnett, K. (2005). Infidelity in committed relationships I: a methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 183-216.
- Brand, R. J., Markey, C. M., Mills, A. y Hodges, S. D. (2007). Sex differences in self-reported infidelity and its correlates. *Sex Roles*, 57, 101-109.
- Brogdon, B. L., Fitzwater, A. L. y Johnson, L. C. (2006). Differences in Men's and Women's Perception of Infidelity in Varying Situations. *All volumes*, 18. http://digitalcommons.unf.edu/ojii_volumes/18
- Giménez, C., Ballester, R., Gil, M. D. y Edo, M. T. (2010). Prevalencia de la infidelidad en los jóvenes: influencia del género y la orientación sexual. En L. Abad y J. A. Flores: *Emociones y sentimientos: la construcción social del amor* (pp. 279-290). Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Haden, S. C. y Hojjat, M. (2006). Aggressive responses to betrayal: Type of relationship, victim's sex, and nature of aggression. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, 101-116.
- Mark, K. P., Janssen, E. y Milhausen, R. R. (2011). Infidelity in heterosexual couples: Demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 971-982.
- McAnulty, R. D. y Brineman, J. M. (2007). Infidelity in dating relationships. *Annual review of sex research*, 18, 94-114.
- Nagurney, A. y Thornton. (2011). What is infidelity? Perceptions based on biological sex and personality. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 51-58.
- Norona, J. C. (2013). *Adolescents' Definitions of Cheating in Romantic Relationships*. Tennessee, FI: University of Tennessee.
- Randall, H. E. y Byers, E. S. (2003). What is sex? Students' definitions of having sex, sexual partner, and unfaithful sexual behavior. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 12, 87-96.
- Shackelford, T. K. y Goetz, A. T. (2008). Personality, Marital Satisfaction, and Probability of Marital Infidelity. *Individual Differences Research*, 6, 13-25.
- Tidwell, N. D. y Eastwick, P. W. (2013). Sex Differences in Succumbing to Sexual Temptations a Function of Impulse or Control? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39, 1620-1633.

- Trivers, R. (1972). Parental investment and sexual selection. En B. Campbell (ed.) *Sexual selection and the descent of man: 1871-1971* (pp. 136-179). Chicago: Aldine-Atherton.
- Vanegas, J. H. (2011). La dinámica vincular celos-infidelidad. *Pensamiento Psicológico*, 9, 97-102.
- Weiser, D. A., Lalasz, C. B., Weigel, D. J. y Evans, W. P. (2014). A prototype analysis of infidelity. *Personal Relationships*, 21, 655-675.

Paciente con síndrome metabólico

MARÍA MORENO COLLADO
al316134@uji.es

ÁGUEDA CERVERA GASCH
cerveraa@uji.es

Resumen

Introducción: El síndrome metabólico es el conjunto de patologías que generan riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca o diabetes mellitus tipo 2. El objetivo de la intervención es mejorar la calidad de vida potenciando las medidas higiénico-dietéticas y realizar intervenciones para paliar las complicaciones derivadas por las diferentes patologías metabólicas. **Metodología:** Se desarrolla un caso clínico basado en una paciente de 81 años que sufre diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular debido a un síndrome metabólico, caracterizado por hipertensión arterial, glucemia elevada en sangre, niveles sanguíneos de triglicéridos elevados, bajos niveles de HDL y exceso de grasa central. Se realizan diferentes escalas de enfermería y pruebas analíticas para valorar el estado de la paciente tanto físico como psíquico. Se realiza la valoración con las escalas de Morisky-Green Levine, Pfeiffer, Barber, Barthel y APGAR familiar, también se solicita un análisis y toma de constantes y glucemia de tres sesiones. **Resultados:** Se crea un plan de intervención modificando la dieta y el ejercicio físico basado en una búsqueda de la mejor evidencia disponible en la base de datos PubMed. **Discusión:** Nuestras acciones van dirigidas a que la paciente mejore su estado de salud intentando conseguir una disminución de la glucemia y una disminución de peso y perímetro abdominal para evitar estar en sobrepeso y la posibilidad de complicar su enfermedad cardiovascular. Estas intervenciones pueden mejorarse modificando su dieta y su actividad física diaria.

Palabras clave: síndrome metabólico, cuidados de enfermería, prevención, dieta, ejercicio físico.

Abstract

Introduction: Metabolic syndrome is a set of conditions that creates a risk of developing heart disease or diabetes mellitus type II. The aim was to improve quality of life by enhancing hygiene and diet measures and interventions to alleviate any complications arising from different metabolic diseases. **Methodology:** A case was developed based on an 81-year-old patient with diabetes mellitus type II and cardiovascular disease due to metabolic syndrome characterised by high blood pressure, high blood glucose, blood levels of triglycerides, low HDL levels and excess abdominal fat. Different nursing scales and laboratory tests were performed to assess the patient's physical and mental state.

An evaluation was made with the Morisky-Green Levine, Pfeiffer, Barber, Barthel and family APGAR scales. A blood test was requested, vital signs and were checked blood glucose during three sessions. **Results:** An intervention plan was devised by modifying diet and exercise based on a search for the best evidence available in the PubMed database. **Discussion:** Our actions aimed to improve the patient's health by attempting to lower blood glucose, lose weight and reduce waist circumference to avoid being overweight and the possibility of complicating cardiovascular disease. These interventions can be improved by modifying diet and daily physical activity.

Keywords: Metabolic syndrome, Nursing Care, Prevention, Diet, Physical exercise.

Introducción

El síndrome metabólico, también denominado síndrome X o síndrome de resistencia a la insulina, es un grupo de factores que generan riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca y diabetes tipo 2. Los factores de riesgo más importantes son la obesidad central y la resistencia a la insulina (Gucev, Tasic y Polenakovic, 2015). La insulina es una hormona secretada por el páncreas cuya función es el control de azúcar en sangre. La resistencia a la insulina significa que algunas células no utilizan eficazmente la insulina y esto induce un aumento de azúcar en sangre, por lo que provoca un incremento de grasa corporal (Gupta, Mishra, Kumar, y Mishra, 2015).

Otros factores que influyen son la edad avanzada, los genes, los cambios en las hormonas masculinas y femeninas del estrés y la falta de ejercicio.

Con la presencia de tres o más de los factores siguientes en la persona, se considera que sufre síndrome metabólico (Korotaeva, Novikoya y Loginova, 2016):

- Hipertensión arterial $\geq 130/85$ mmHg.
- Glucosa en la sangre ≥ 100 mg/dL.
- Niveles sanguíneos elevados de triglicéridos ≥ 150 mg/dL.
- Bajos niveles sanguíneos de HDL (≤ 40 mg/dL en hombres y ≤ 50 mg/dL).
- Perímetro abdominal elevado (> 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres).

Debido a la importancia del síndrome metabólico y del problema de salud que supone, merece especial importancia el crear estrategias de prevención de estas patologías y, en el caso de que ya estén establecidas, es de vital importancia evitar las complicaciones que se puedan derivar. Por tanto, se plantean los siguientes objetivos para este estudio:

Objetivo general: mejorar la calidad de vida potenciando las medidas higiénico-dietéticas y realizar intervenciones para paliar las complicaciones derivadas por las diferentes patologías metabólicas.

Objetivos secundarios: recogida de datos sobre las enfermedades y sus posibles complicaciones; realizar intervenciones adecuadas y consensuadas con la paciente para mejorar sus hábitos dietéticos, de ejercicio y sobre el tratamiento pautado.

Método

Se realizó el caso clínico que se presenta sobre una paciente diagnosticada de síndrome metabólico. Mujer de 81 años con diabetes mellitus tipo 2, hipertensa, sobrepeso grado 2 y con tratamiento de anticoagulantes. Patologías que caracterizan el síndrome metabólico. Además, relacionado con la edad y una red de apoyo familiar deficiente, es una paciente de riesgo debido a la posibilidad de no seguir el tratamiento. Es una usuaria que consta, desde el 2001 hasta el 2015, con un registro de las vacunas administradas: se ha vacunado anualmente de la gripe, lleva las tres dosis de vacuna antitetánica y, además, está inmunizada contra el pneumococo y la gripe aviar H1N1. El tratamiento farmacológico que sigue consta de Sintrom según la pauta, Alopurinol 300 mg 1 comprimido/día, Lantus 38 UI al desayuno, Espironolactona 25 mg 1 comprimido/día, Furosemida 40 mg 1 comprimido/día, Pravastatina 40 mg 1 comprimido/día, Irbesartan/Hidroclorotiazida 300/25 1 comprimido/día, Bisoprolol 10 mg 1 comprimido/día y Pantoprazol 40 mg 1 comprimido/día (Andugar-Hernández J. y cols., 2016).

La paciente tiene un peso de 70,5 kg, 154 cm de talla y un índice de masa corporal de 29,7 kg/m². Además, valoramos las constantes vitales de tres consultas y el último análisis (véanse las tablas 1 y 2).

Tabla 1
Constantes vitales

	tas/tad	fc	Glucemia
1	139/74 mm Hg	76	103 mg/dl
2	119/68 mm Hg	79	143 mg/dl
3	127/77 mm Hg	68	147 mg/dl

Tabla 2
Última analítica

ANÁLISIS CLÍNICOS			
<i>Bioquímica Sueros Analclin</i>			
Urea	69	*mg/dl	(10.0-50.0)
Creatinina	1.58	*mg/dl	(0.50-1.20)
Filtrado Glom. Estimado CKD-EPI	31.80	*ml/min/sup	(60.0-200.0)
Sodio	140	mmol/l	(134-145)
Potasio	5.20	*mmol/l	(3.50-5.00)
Cloro	100	mmol/l	(95-105)
Úrico	6.2	mg/dl	(2.4-7.0)
<i>Hormonas Analclin</i>			
Glicohemoglobina A1C (%)	7.8	*%	(4.0-7.0)

Se observó una tensión arterial normal gracias a la toma de hipotensores para controlar la posible subida que pudiera conllevar riesgos para su enfermedad cardiovascular, lo que también podría surgir debido a su sobrepeso y obesidad central. Sufrió con anterioridad un accidente cerebrovascular (ACV), le implantaron un DAI-TRC (desfibrilador automático implantable – tratamiento de resincronización cardiaca), lo que le supuso la toma de forma crónica de acenocumarol (Sintrom).

La glucemia varía dependiendo de la ingesta de comida de la paciente ya que no sigue una dieta adecuada para su estado de salud. El intervalo adecuado es 70-130 mg/dl, pero la paciente en las últimas consultas lo supera (143, 147). También tiene elevado el porcentaje de HbA_{1c} que debería ser inferior a 7 % y está en 7,8 %. Se ve un deterioro de la filtración glomerular, 31,80 ml/min/sup, siendo 60,0-200,0 el intervalo correcto, además del aumento de urea y creatinina (Di Micco y cols., 2013)

Se realizan diferentes test con los siguientes resultados:

- Test de Morisky-Green Levine: buen cumplimiento del tratamiento.
- Test de Pfeiffer: puntuación normal.
- Test de Barber: situación de riesgo.
- Test de Barthel: independiente.
- Test APGAR familiar: disfuncional grave.

Se le insiste en la ingestión de las cantidades adecuadas de alimentos además de que sea una dieta hiposódica, baja en grasas y sin azúcares; también se le aconseja ejercicio diario como puede ser ir caminando media hora todos los días sin cansarse y que continúe asistiendo a sus controles mensuales.

Los diagnósticos de enfermería son:

- Desequilibrio nutricional por exceso.
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico.
- Déficit de autocuidado: baño/cuidado personal.
- Riesgo de soledad.
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.
- Conductas generadoras de salud (diabetes/HTA).

La intervención enfermera se basa en la creación de un plan de intervención para modificar los hábitos dietéticos y de ejercicio físico. Para realizar esta intervención enfermera, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, con la finalidad de aplicar los cuidados de enfermería bajo la mejor evidencia científica disponible. Los descriptores utilizados fueron *metabolic syndrome X*, *exercise* y *diet*. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos escritos durante los últimos 5 años.
- Artículos escritos en castellano o inglés.
- Artículos recuperables a texto completo.
- Estudios realizados en humanos.

Tras la lectura de título y *abstract*, se incluyeron en la revisión los artículos relacionados con el objetivo del estudio.

Como resultados se obtuvieron n = 82; 15,9 % aplicables al tema tratado y 84,14 % descartados.

Resultados

Tras la búsqueda realizada en la base de datos PubMed, se obtuvieron los siguientes resultados: un total de 82 artículos fueron recuperados. El 84,14 % (n = 69) se descartaron por no estar relacionados con el tema de estudio. El 15,9 % (n = 13) fueron utilizados para planificar la intervención enfermera.

La primera intervención realizada fue la pauta de una dieta con las siguientes características: una dieta hipocalórica, hiposódica para disminuir la tensión arterial, diabética disminuyendo la ingesta de azúcares y baja en vitamina K para mantener el INR en valores adecuados debido a las alteraciones de la paciente. Ya que la revisión de la literatura indica que la reducción de peso corporal disminuyendo la ingesta alimentaria aproximadamente unas 500 kcal/diarias es el primer factor eficaz demostrado en la disminución del síndrome metabólico, se aconsejará una dieta equilibrada siendo ejemplar la dieta mediterránea. La siguiente intervención realizada está relacionada con la realización de ejercicio físico diario. Diferentes estudios (como, por ejemplo, Ruzafa-Martinez, Lopez-Iborra, Moreno-Casbas y Madrigal-Torres, 2013; Thaiss, Zmora, Levy y Elinav, 2016)

indican que los mejores beneficios se obtienen caminando durante sesenta minutos sin agotarse, aunque en este caso, debido al DAI-TRC, serían treinta minutos. Como última intervención se recomienda continuar asistiendo a las revisiones de glucemia mensuales aparte del control diario en el domicilio. También se controlará la tensión mensualmente, a no ser que aparezcan valores alterados, en cuyo caso se modificarán las fechas de consulta hasta su estabilización. Del mismo modo, se considera imprescindible controlar los valores del INR de forma mensual si no hay alteraciones.

Como pauta de mantenimiento, se considera necesario la realización de un análisis cada medio año para valorar la hemoglobina glicosilada y de una revisión de pies, electrocardiograma y fondo de ojo de forma anual, por lo que se derivará a la asistencia especializada.

Discusión y conclusión

Las acciones realizadas van dirigidas a que la paciente mejore su estado de salud intentando conseguir una disminución de la glucemia al comer menos azúcares y conseguir una disminución de peso y de perímetro abdominal para evitar estar en sobrepeso y evitar también la posibilidad de complicar su enfermedad cardiovascular al modificar su dieta y su ejercicio diario (Ageno y cols., 2015; Tzoran y cols., 2014).

Por el contrario, no podemos evaluar la efectividad de estas intervenciones debido a que en la última consulta de hipertensión y Sintrom presentaba un tono de piel pálido y lentitud al hablar. La literatura indica que no hay diferencia significativa entre una dieta de proteínas vegetales o de animales, por lo que una combinación de ambas es ideal (Barrio Gómez de Agüero, García-Hernández y Gartner, 2009; Smirnova, Barilo y Smolnikova, 2016). La ingesta de lácteos también favorece la disminución de esta alteración, aunque las grasas saturadas de otros alimentos estén contraindicadas (Di Micco y cols., 2013). Se ha demostrado que la actividad física favorece la captación de glucosa, por lo que los receptores de insulina mejoran, disminuye el perímetro abdominal al mismo tiempo que también disminuye la tensión arterial (Nalado y cols., 2015). Durante la anamnesis comentó que comía poco, que había vomitado sin sangrado y que hizo una deposición blanda.

Durante la exploración, en la toma de tensión salieron unos valores un poco bajos, TAD:100, TAS:60 y FC: normal. El valor de INR estaba dentro de la normalidad, 2.2, y la glucemia alta. Se avisa al médico para que lo valore, quien solicita un electrocardiograma con resultado

normal. A la palpación se queja de dolor intenso en el epigastrio. Durante la conversación enfatizamos en las deposiciones en las que se concluye que eran melénicas y se prosigue a una derivación a urgencias hospitalarias. El resultado de urgencias fue una hemorragia digestiva alta.

Por último se seguirá valorando su estado e insistiendo en los cambios de hábitos una vez esté dada de alta en el hospital y sea remitida para el seguimiento en atención primaria.

Referencias bibliográficas

- Andugar Hernández, J., Fortun-Sánchez, M., Arias-Rodríguez, I., Gómez-Rodríguez, I., Arroyo-Revenga, M. P., Guerrero-Llamas, L. y cols. (2016). *Guías de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería*. Madrid: Imprenta Tomás Hermanos.
- Agno, W., Samperiz, A., Caballero, R., Dentali, F., Di Micco, P., Prandoni, P., Becattini, C., Uresandi, F., Verhamme, P. y Monreal, M. (2015). Duration of anticoagulation after venous thromboembolism in real world clinical practice. *Thrombosis Research*, 135, 666-672.
- Barrio Gómez de Agüero, M. I., García Hernández, G. y Gartner, S. (2009). Protocolo de diagnóstico y seguimiento de los pacientes con fibrosis quística. *Anales de Pediatría*, 71, 250-264.
- Di Micco, P., Ruiz-Giménez, N., Nieto, J. A., Aujesky, D., del Molino, F., Valle, R., Barrón, M., Maestre, A. y Monreal, M. (2013). Platelet count and outcome in patients with acute venous thromboembolism. *Thrombosis and Haemostasis*, 110, 1025-1034.
- Gucev, Z., Tasic, V. y Polenakovic, M. (2015). 4th Rare Disease South Eastern Europe (SEE) Meeting Skopje, Macedonia (14 de noviembre de 2015). *Prilozi (Makedonska Akademija Na Naukite I Umetnostite. Oddelenie Za Medicinski Nauki)*, 36, 151-156.
- Gupta, V., Mishra, S., Kumar, S. y Mishra, S. (2015). Association of Circulating Orexin-A Level With Metabolic Risk Factors in North Indian Pre Menopausal Women. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 59, 422-427.
- Korotaeva, T. V., Novikoya, D. S. y Loginova, E. Y. (2016). Cardiovascular risk in patients with psoriatic arthritis. *Terapevticheskiĭ Arkhiv*, 88, 102-106.
- Nalado, A. M., Musa, B. M., Gezawa, I. D., Muhammad, H., Ibrahim, D. A. y Uloko, A. E. (2015). Prevalence of metabolic syndrome among apparently healthy adults in a rural community, in north-western Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine: Journal of the National Association of Resident Doctors of Nigeria*, 24, 323-330.
- Ruzafa-Martinez, M., Lopez-Iborra, L., Moreno-Casbas, T. y Madrigal-Torres, M. (2013). Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Medical Education*, 13, 19.
- Smirnova, S. V., Barilo, A. A. y Smolnikova, M. V. (2016). Hepatobiliary System Diseases as the Predictors of Psoriasis Progression. *Vestnik Rossiĭskoiĭ Akademii Meditsinskikh Nauk / Rossiĭskaia Akademiia Meditsinskikh Nauk*, 2, 102-108.
- Thaiss, C. A., Zmora, N., Levy, M. y Elinav, E. (2016). The microbiome and innate immunity. *Nature*, 535, 65-74.
- Tzoran, I., Brenner, B., Sakharov, G., Trujillo-Santos, J., Lorenzo, A., Madridano, O., López-Sáez, J. B. y Monreal, M. (2014). Clinical outcome in patients with venous thromboembolism receiving concomitant anticoagulant and antiplatelet therapy. *European Journal of Internal Medicine*, 25, 821-825.

Etanol 96 % vs povidona. ¿Se usa el antiséptico correcto?

BELÉN MORENO GUILLAMÓN
al261475@uji.es

ADRIÁN FONTA DE LA FUENTE
al339170@uji.es

BEGONYA VICEDO JOVER
bvicedo@uji.es

Resumen

Introducción: Dos de los antisépticos más utilizados son el etanol 96 % y la povidona. En el presente trabajo se ha realizado un estudio de la microbiota de las manos con la finalidad es conocer cuál es el grado de eficacia del etanol 96 % y la povidona. Para ello, basándonos en los resultados anteriores, partimos de la hipótesis inicial de que la povidona es más eficaz que el etanol. **Método:** Se trata de un estudio experimental microbiológico para evaluar cómo afectan dichos antisépticos a la microbiota de las manos de alumnos de primero del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I. Se realiza una recogida de muestra de la microbiota de la mano de alumnos/as, mitad de la cual previamente se tratará con el antiséptico. Los alumnos se dividen en dos grupos y en cada uno se aplica un antiséptico. El cultivo se realiza en medio nutrient-agar durante 48 h a 26°C. El recuento de las unidades formadora de colonias permite la evaluación de la disminución de la microbiota, comparando la acción de ambos antisépticos. **Resultados:** A pesar de que ambos fueron muy eficaces en la reducción de la microbiota, se obtuvieron diferencias entre ambos antisépticos, apuntando a una mayor eficacia de la povidona frente al etanol del 96 %. **Conclusión:** Con la investigación realizada se ha podido demostrar la hipótesis planteada. Posiblemente, la mayor eficacia de la povidona sea debida a la rápida evaporación del etanol del 96 %, pudiendo ser mayor si se aplicara al 70 %, lo cual podría comprobarse en futuros trabajos.

Palabras clave: povidona, etanol 96 %, antiséptico, microbiota, eficacia.

Abstract

Introduction: Two of the most widely used antiseptics are 96% ethanol and povidone. This paper studied microbiota on hands to know the efficacy of 96% ethanol and povidone. To this end, and taking into account previous results, we assumed the initial hypothesis that povidone is more effective than ethanol. **Method:** An experi-

mental microbiological study to evaluate how these antiseptics affect microbiota on the hands of year-1 UJI Nursing Degree students. Sample collection was done, and previously half the sample was treated with antiseptic. Students were divided into two groups and one of the two antiseptics was applied to each one. The culture was made in NutrienAgar medium for 48 h at 26°C. The colony-forming units count allowed us to assess reduced microbiota and to compare the action of both antiseptics. **Results:** Despite both being very effective in reducing microbiota, (>70%), some differences were obtained between both as povidone proved more efficacious than 96% ethanol. **Conclusion:** This research verified the proposed hypothesis. Povidone's efficacy is probably due to the quick evaporation of 96% ethanol, and could be greater if it were 70%, which can be confirmed by future research. These results may be interesting in the healthcare area.

Keywords: povidone, 96% ethanol, antiseptic, microbiota, efficacy

Introducción

Se entiende por *antiséptico* aquella sustancia de uso externo que, al ser aplicada sobre un tejido vivo, tiene la capacidad de reducir o, incluso, eliminar microorganismos vivos que puedan implicar una posible infección. Por tanto, se define la eficacia antiséptica como la capacidad de dicha sustancia de reducir los microorganismos vivos. Andrades, Sepúlveda y González (2004) indican que el uso de antisépticos, en términos generales, no depende de la eficacia de estos sino del tipo de lesión o efecto que se busque de ellos. En el presente trabajo se ha analizado la eficacia de diferentes antisépticos en la eliminación de la microbiota de la mano en particular y de piel intacta en general. Está demostrado que una de las causas principales de la aparición de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) es la inadecuada higiene de las manos del personal sanitario, debido a la transmisión de los patógenos de paciente a paciente a través de las manos de los profesionales sanitarios (Alava y cols., 2009). Hay que tener en cuenta que la prevalencia de las IAAS es de aproximadamente un 8 % y llegan a producirse unas 6000 muertes al año asociadas a estas, además del aumento considerable del coste por paciente (Alava y cols., 2009). Por tanto, una adecuada higiene de manos, que pase por la eliminación de los microorganismos que puedan transmitirse a través de ellas, podría evitar parte de los problemas asociados a las IAAS. Se sabe que la limpieza con jabones sin propiedades antisépticas es poco eficaz (Sickbert-Bennett y cols., 2005). Además de la microbiota de la mano, es importante tener en cuenta los microorganismos presentes en la piel, ya que pueden ser arrastrados hacia zonas internas durante una intervención que suponga una ruptura de barreras. En estos casos, la povidona yodada es el antiséptico que se utiliza por excelencia; se le atribuye una alta eficacia y es uno de los antisépticos más conocidos popularmente. El problema viene dado cuando se debe aplicar este antiséptico a mujeres embarazadas, lactantes o bebés, dado que el uso tópico de la povidona yodada puede suponer un aumento de la concentración de yodo que puede provocar alteraciones en la glándula tiroides (Moyano, Bravo, García y Pinazo, 2013). Esta situación da lugar a la necesidad de encontrar otras alternativas que sean igual de eficaces que la povidona yodada y que no impliquen ningún tipo de problema al paciente. Partiendo de esta situación, se ha buscado información que relacione la eficacia antiséptica de la povidona yodada con el etanol 96 %. La poca y confusa bibliografía encontrada establece que la eficacia del etanol

96 % es menor que la de la povidona yodada. Se han realizado estudios en los que se comparan diferentes métodos antisépticos (Kampf y Kramer, 2004; Sickbert-Bennett y cols., 2005) frente a distintos microorganismos, aunque es escasa la información de la comparación del etanol y la povidona. Por ello, el objetivo de este trabajo es conocer mediante un estudio de la microbiota de la piel de las manos cuál es el grado de eficacia de cada uno de los antisépticos. Para ello, y basándose en dichas investigaciones previas (Espina y Salas, 2013), se parte de la hipótesis de que la povidona yodada es más eficaz que el etanol 96 %. Se seguirá el método científico mediante la formulación de la hipótesis, diseño de la experimentación y obtención de resultados; una vez obtenidos los resultados, se analizarán y se aceptará o se rechazará la hipótesis.

Método

Se ha realizado un estudio experimental microbiológico para evaluar cómo afectan la povidona yodada y el etanol 96 % a la microbiota de las manos. Para ello, se han aprovechado algunas sesiones de las prácticas de la asignatura de Microbiología, participando en el experimento parte de los alumnos de primer curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I que asistían a dichas prácticas. El tamaño de la muestra fue de 39 alumnos (28 mujeres y 11 hombres).

Los grupos de laboratorio estaban formados por 20 alumnos que trabajaban en subgrupos de dos. A cada uno de los integrantes del grupo se le aplicó un antiséptico diferente: a uno de ellos se aplicó en la mitad de la mano etanol mientras que al otro se le aplicó povidona yodada.

Recogida de muestras

Con una torunda, que se encuentra en medio de transporte líquido, se recogen las muestras de la mitad de la palma de la mano predominante, sin aplicación de antiséptico primero, pasándose repetidas veces por la superficie delimitada, intentando abarcarla toda y que la torunda quede completamente impregnada. Una vez se realiza la primera recogida de muestras, se repite el proceso con la aplicación del antiséptico correspondiente en la otra mitad de la mano en la que no se ha recogido muestra para cada integrante del grupo (figura 1.A)

Siembra de las muestras

La técnica de siembra de las muestras se realizó en medio estéril, libre de microorganismos que puedan contaminar las muestras. En primer lugar, se realizaron diferentes diluciones seriadas (1/1;1/10;1/100). Estas diluciones permiten el recuento de las unidades formadoras de colonias (UFC) en la dilución adecuada (figura 1.B). Una vez realizadas las diluciones, se sembró cada una de las suspensiones bacterianas en medio nutrient-agar (NA) (figura 1.C). Finalmente, se incubó durante 48 horas a 26°C.

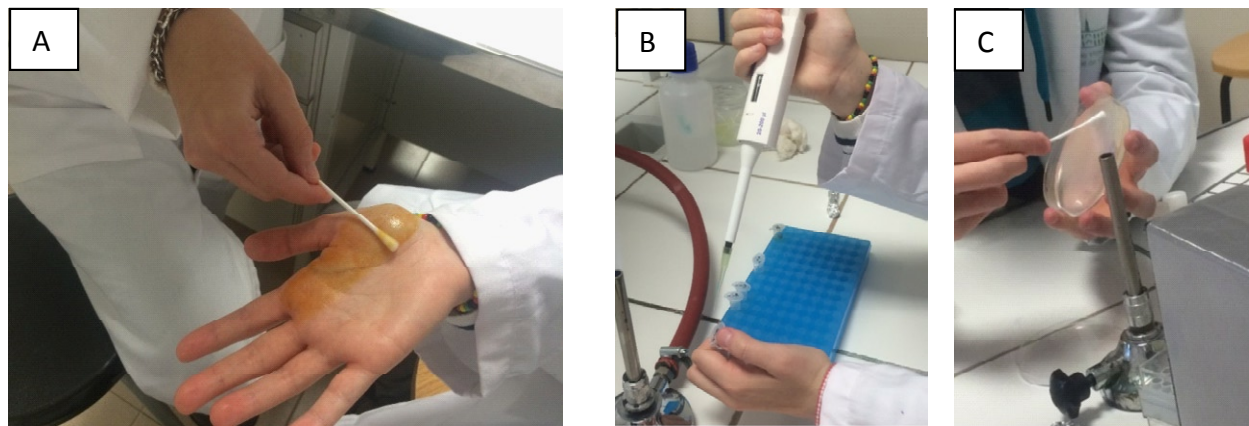


Figura 1. Recogida de muestras realización de las diluciones seriadas y siembra de estas en NA

Una vez obtenidos los cultivos, se realizó el recuento de las UFC en la placa cuya dilución permitió contar entre 30 y 300 UFC.

Posteriormente, los datos se procesaron en una tabla Excel en la que se realizó la distinción por sexos. Se calculó el porcentaje de reducción de las colonias y se analizaron los resultados estadísticamente mediante un análisis de varianza usando el programa Statgraphics-plus software de Windows V.5 (Statistical Graphics Corp., Rockville, MD, EE. UU.). Se representaron las medias y se compararon usando el test LSD (*least-significant difference test*) de Fisher en un intervalo de confianza del 95 %.

Resultados

Tras el periodo de incubación de las muestras, se procedió a la valoración de los resultados mediante el recuento de las unidades formadoras de colonias. Este recuento permite la evaluación de la disminución de la microbiota, comparando la eficacia de ambos antisépticos.

En la figura 2 se muestran unos cultivos representativos de los resultados obtenidos. En ella se muestra, por una parte, el cultivo de una misma mano sin tratar (A) y tratada con povidona (B). Además, muestra los cultivos de una mano sin tratar (D) y tratada con etanol (E). Como puede observarse, ambos tratamientos redujeron las cantidades de unidades formadoras de colonias (UFC) de forma significativa.

Una vez realizados los recuentos, se ha comparado la eficacia de los dos tratamientos, separando hombres y mujeres y realizando un análisis conjunto. Para ello, se calculó el porcentaje de reducción de cada muestra, teniendo en cuenta las UFC antes y después del tratamiento.

En la figura 3 se han representado los resultados de la eficacia de ambos tratamientos, observándose una alta eficacia en ambos, aunque en algunos casos no llegaba a ser del 100 %. En ella se ha diferenciado entre la población femenina y masculina de la muestra, aunque el tamaño poblacional de esta última fue muy pequeño (11 alumnos).

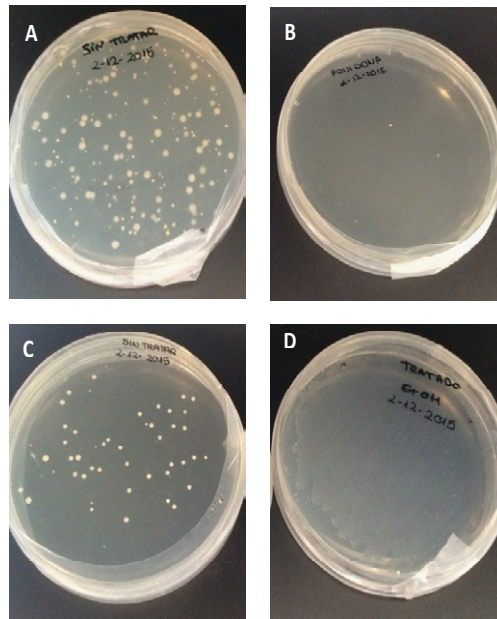


Figura 2. Cultivos en NA resultantes de las muestras procedentes de las manos tratadas con antiséptico y sin tratar

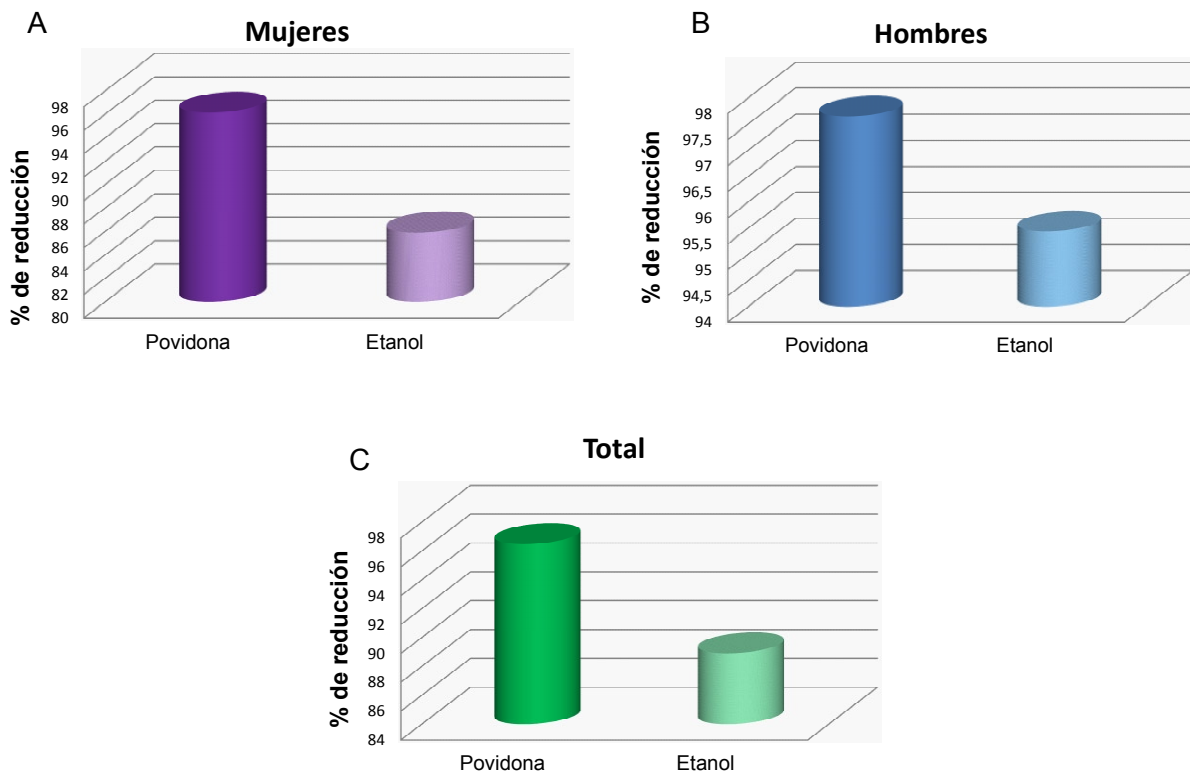


Figura 3. Representación gráfica de la eficacia de los tratamientos en la reducción de la microbiota de las manos

La tabla 1 muestra los resultados obtenidos en el conjunto de mujeres de la muestra. Se puede observar que ambos tratamientos fueron muy eficaces, reduciendo en más de un 85 % las poblaciones bacterianas. No obstante, se observó un mejor comportamiento antiséptico de la povidona yodada, consiguiendo un 14 % más de control que el etanol (tabla 1) aunque no se detectaron diferencias significativas entre ambos tratamientos (figura 3.A).

Mujeres					
POVIDONA			ETANOL 96 %		
	Sin tratar UFC/mL	Tratadas UFC/ mL		Sin tratar UFC/mL	Tratadas UFC/mL
M1	1080	40	M16	960	20
M2	800	40	M17	660	0
M3	1280	0	M18	240	0
M4	2620	140	M19	480	80
M5	60	0	M20	400	20
M6	300	67	M21	14200	60
M7	267	0	M22	367	34
M8	33,33	0	M23	453	300
M9	233,33	33,33	M24	733	283
M10	3900	0	M25	114666	0
M11	733,33	0	M26	1266,67	33,33
M12	133	0	M28	2120	790
M13	130	10			
M14	20	0			
M15	4320	0			
Media % reducción	96,11%		Media % reducción	85,89%	

Tabla 1
Resultados de los recuentos de UFC en mujeres

En cambio, al analizar los resultados procedentes de las muestras de manos de la población masculina, la diferencia entre la eficacia antiséptica de la povidona yodada y el etanol 96 % fue del 2 % siendo en ambos casos superior al 90 % (tabla 2). En este caso, como era de esperar, tampoco se encontró ninguna diferencia significativa (figura 3.B).

Hombres					
POVIDONA			ETANOL 96%		
	Sin tratar	Tratadas		Sin tratar	Tratadas
	UFC/mL	UFC/mL		UFC/mL	UFC/mL
H1	11760	40	H6	1120	0
H2	1420	20	H7	1640	260
H3	400	40	H8	3360	140
H4	133	0	H9	3640	80
H5	1418666,7	266,67	H10	660	30
			H11	1640	10
Media % reducción	97,65%		Media % reducción	95,44%	

Tabla 2
Resultados de los recuentos de UFC en hombres

Si se comparan los resultados de la población en general (tabla 3), se puede observar una mayor eficacia de la povidona yodada respecto al etanol 96 %, aunque tampoco en este caso se detectaron diferencias significativas (figura 3.C).

No obstante, si se observa la tabla 3, la cantidad de unidades formadoras de colonia de las que parte la povidona yodada son considerablemente mayores que de las que se parte en el caso del etanol 96 %, lo que apunta a una mayor eficacia de la povidona respecto al etanol.

TOTAL					
POVIDONA			ETANOL 96		
	Sin tratar	Tratados		Sin tratar	Tratados
	UFC/mL	UFC/mL		UFC/mL	UFC/mL
Media	72637,83	35,85	Media	7831,35	113,18
	Media % reducción	96,47		Media % reducción	88,91

Tabla 3
Resultados de los recuentos de UFC en el total de las muestras

Discusión y conclusión

Con la investigación realizada se ha podido demostrar la alta eficacia de los dos agentes antisépticos utilizados, tanto la povidona yodada como el etanol 96 % y, además, se ha evidenciado mediante cálculos estadísticos que no existen diferencias entre la reducción de las poblaciones bacterianas provocada por la aplicación de un antiséptico frente al otro. Por tanto, se establece que no hay diferencias en la eficacia de dichos antisépticos aplicados a la piel intacta de las manos.

A pesar de no detectar diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de reducción, si se observan los datos de recuento de colonias sí se deduce una mayor eficacia de la povidona frente al etanol, ya que la cantidad de colonias de la que se parte es mucho mayor en povidona que en etanol 96 % como se puede observar en la tabla 3, con lo cual no llega a rechazarse del todo la hipótesis de partida.

La mayor eficacia de la povidona yodada puede ser debida a que la rápida evaporación del etanol 96 % provoca que los microorganismos estén menos tiempo en contacto con el antiséptico, pudiendo ser mayor su eficacia si se aplicara al 70 %, lo cual podría comprobarse en futuros trabajos ya que el uso del etanol frente a la povidona yodada parece ser más adecuado en diferentes circunstancias por su actividad residual debido a la presencia del yodo, siendo desaconsejable en embarazadas, madres lactantes y bebés en periodo de lactancia (Moyano y cols., 2013).

Estos resultados pueden ser de gran interés en el ámbito sanitario, como se ha mencionado anteriormente, ya que la mayoría de la información proporcionada por artículos de investigación compara la acción de la povidona yodada con la clorhexidina o bien la acción combinada de ambos, povidona y etanol (Chicharro, Pertegal, Pérez, Baño y Pérez, 2008; Norani, Rabey, Walsh y Davies, 2011) combinación que no es la más utilizada. Chicharro y cols. (2008), además, demostraron la alta eficacia de la clorhexidina como antiséptico.

En lo que se refiere a la aplicación de antisépticos de manos, se utilizan tanto el etanol del 96 como la clorhexidina y, con menor frecuencia, la povidona yodada, ya que tiene actividad perjudicial residual, mientras que el etanol carece de ella (Padilla y cols., 2007).

Como se ha comentado en la introducción, el objetivo de este trabajo era comparar la eficacia de dos de los antisépticos más usados en piel intacta y esta comparación se realizó en las manos, ya que estas generalmente presentan una carga microbiana alta y, además, a través de ellas puede haber transmisión de patógenos si no se aplica una adecuada antisepsia (Larson, 1988). En procedimientos no quirúrgicos invasivos (por ejemplo, cateterización venosa periférica, introducción de una sonda urinaria), además de la microbiota que pueda estar presente en las manos, se ha de tener en cuenta la presente en la piel del paciente en la zona de intervención o en las zonas cercanas al procedimiento, que puedan implicar un arrastre del microorganismo hacia zonas del cuerpo estériles y que, por ello, requieren de la eliminación de la carga microbiana en ellas. Los resultados de este trabajo apuntan que la povidona es algo más eficaz que el etanol, pero, no obstante, y pese a que la eliminación estaba próxima al 100 %, lo ideal sería conseguir la eliminación de la totalidad de la microbiota por lo que se podría complementar el trabajo en futuras investigaciones abordando la aplicación del etanol al 70 % y de otros antisépticos además de aplicar protocolos que incluyan distintos tiempos de exposición, efecto de las aplicaciones repetidas, etc. Concluyendo, la eficacia antiséptica es aceptable tanto en la povidona yodada como en el etanol 96 %, pero se deben tener en cuenta las condiciones de cada caso en el que se deba de aplicar y, por tanto, en vez de generalizar, se debe demostrar y utilizar cuál es el antiséptico más adecuado para cada paciente y cada situación.

Referencias bibliográficas

- Alava, J. A., Álvarez, N., Cantero, G., Carrandi, B., Delgado, D., Goikoiura, A., Gomez, M. C., Lanzeta, I., Millan, E., Rojo, M. P. y Taboada, J. (2009). *Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios*. Osakidetza.
- Andrades P., Sepúlveda, S. y González J. (2004). Curación avanzada de heridas. *Revista Chilena de Cirugía*, 56, 396-403.
- Chicharro, E. L., Pertegal, F. J., Pérez, M., Baño, L. y Pérez, I. (2008). Clorhexidina vs povidona yodada como antiséptico de la piel. *Revista Española de Podología*, 19, 188-193.
- Espina, M. y Salas, E. (2013). Recomanacions sobre l'ús d'antisèptics en l'àmbit sanitari. *Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, 24, 12-18.
- Kampf, G. y Kramer, A. (2004). Epidemiologic Background of Hand Hygiene and Evaluation of the Most Important Agents for Scrubs and Rubs. *Clinical Microbiology reviews*, 17, 863-893.
- Larson, E. (1988). A causal link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 9, 28-36.
- Padilla, B., Grande, F., Jumeno, J. y Martín, M. (2007). Higiene de manos. En *Promoción de la calidad. Guía de buenas prácticas. Prevención y control de la enfermedad nosocomial*. Comunidad de Madrid.
- Moyano, D., Bravo, M. L., García, M. B. y Pinazo, L. (2013). Efectos adversos que produce la povidona yodada en gestantes y lactantes: revisión bibliográfica. *Enfermería Docente*, 99, 42-44.
- Noorani, A., Rabey, N., Walsh, S. R. y Davies, R. J. (2011). Systematic review and meta-analysis of preoperative antisepsis with chlorhexidine versus povidone-iodine in clean-contaminated surgery. *British Journal of Surgery*, 97, 1614-1620.
- Sickbert-Bennett, E., Weber, D. J., Gergen-Teague, M. F., Sobsey, M. D., Samsa, G. P. y Rutala, W. A. (2005). Comparative efficacy of hand hygiene agents in the reduction of bacteria and viruses. *American Journal of Infection Control*, 33, 67-77.

Locomotor activating effects and addiction-like features of MDPV as assessed in preclinical studies: a review

JOSEP MORENO-RIUS
al189497@uji.es

DAVID PUBILL SÁNCHEZ
d.pubill@ub.edu

ELENA ESCUBEDO RAFA
eescubedo@ub.edu

JORDI CAMARASA GARCIA
jcamarasa@ub.edu

MARTA MIQUEL
miquel@uji.es

Resumen

Introducción: La 3,4-Methylenedioxypropylone (MDPV) es un componente de las denominadas sales de baño, aparecidas en el mercado a final de la década del 2000 debido a la falta de precursores de síntesis de MDMA, y su uso va en aumento. El objetivo de este trabajo es clarificar sus características farmacológicas y potencialidades adictivas. **Método:** Mediante búsquedas en PubMed, 21 estudios relacionados con la química, farmacología o potencial adictivo del MDPV fueron seleccionados. **Resultados:** El MDPV muestra ser capaz de inducir una potente hiperlocomoción, preferencias condicionadas, sensibilización conductual, autoadministración y altos puntos de corte en pruebas de razón progresiva. **Conclusión:** Los estudios revisados apuntan a que el MDPV es un potente psicoestimulante con un potencial adictivo similar al de la cocaína o la metanfetamina. Su abuso continuado podría llevar a una epidemia de adictos al MDPV.

Palabras clave: MDPV, sales de baño, preferencia condicionada, autoadministración, razón progresiva.

Abstract

Introduction: 3,4-Methylenedioxypropylone (MDPV) is a major component of the new psychoactive substances termed “bath salts”. These substances appeared on the drug market at the end of the last century given the lack of MDMA precursors, caused by its worldwide prosecution by governments and police agencies, and its growing use. The goal of this work was to clarify its pharmacological features and addiction-like potentialities. **Methods:** By PubMed searches, 21 studies related to MDPV chemistry, pharmaco-

logy or addictive features were selected. **Results:** MDPV is seen to be able to induce potent hyperlocomotion, conditioned place preference, behavioural sensitisation, self-administration and high breakpoints in progressive ratio schedules. **Conclusion:** The reviewed studies indicate that MDPV is a powerful psychostimulant with a similar addictive potential to that of cocaine or methamphetamine. Its abuse can lead to an epidemic of MDPV addicts.

Keywords: MDPV, bath salts, conditioned preference, self-administration, hyperlocomotion, progressive ratio.

Introduction

3,4-Methylenedioxypropylvalerone (1-(3,4-Methylenedioxyphenyl)-2-pyrrolidinylpentan-1-one, MDPV) is a designer drug recently appeared on the market, normally sold as *bath salts* or fertilizers on the Internet (Penders and Gestring, 2011; Smith et al., 2011). Despite its recent appearance on the illegal drug market, this molecule, along with other analogues, was patented in 1969 by the German pharmaceutical company Boehringer Ingelheim as a centrally acting stimulant (de Felice et al., 2014) with potential as a possible treatment as narcolepsy and chronic fatigue. For this purpose came to market (Goldberg et al., 1973), but the abuse of it by addicts made it being withdrawn from circulation (Deniker et al., 1975). It is a synthetic derivative of cathinone, an amphetamine-like stimulant that has been used for thousands of years in Eastern Africa and in the Arabian countries (Kalix, 1992). From this molecule are derived the majority of drugs that comprise products sold as bath salts, among which we highlight, besides methylenedioxypropylvalerone, other substances such as mephedrone or methylone (Marusich et al., 2012). A tendency of increase in its consumption patterns as reflected by the data of seizures of this substance (UNODC, 2013). In addition, in some areas of Northern and Central Europe the consequences of its use are already beginning to suppose serious medical and social problems (Csáki et al., 2013; Simonsen et al., 2015). Therefore, our goal is to provide a brief explanation of MDPV's chemical properties and review the locomotor activating effects and addiction-like features of MDPV that have been assessed in preclinical studies, while comparing them with classic addictive drugs.

Methods

The following PubMed searches were performed: "MDPV AND chemistry", "MDPV AND locomotion", "MDPV AND preference", "MDPV AND self-administration" and "MDPV AND sensitization". After removing duplicates and critically revising all the search results, 21 studies were selected out of 129 potential results.

Results

The chemical properties of this drug are the following: Its name is (R / S) -1- (Benzo [d] [1,3] dioxol-5-yl) -2- (pyrrolidin- 1-yl) pentane-1-one; the molecular formula is, in the freebase

form, $C_{16}H_{21}NO_3$, it has a molecular weight of 275.35 grams per mol of MDPV and a melting point for the MDPV hydrochloride of between 238 and 239°C (Yohannan et al., 2010). Pure MDPV HCl is presented as a white crystalline powder. This form is highly soluble in water, but it also proves to be in methanol and chloroform. On the other hand, freebase MDPV is a non-crystalline powder which colors range from brown to yellow or green (Yohannan et al., 2010). The differences between MDPV isomers, which occurs due to the presence of a carbon atom that acts as a chiral center, there were no published data on this subject until recently. However, a very recent study conducted by Kolanos et al. (2015) addressed this issue. Reuptake inhibition of the dopamine transporter (DAT) assays showed an effect 10 times higher of S(+)-MDPV on the other enantiomer. Additionally, an analysis of the facilitation of the intracranial self-stimulation thresholds shows that R(-)-MDPV is unable to provide it, even at a dose 100 times superior to the minimum effective to facilitate the stimulation of S(+)-MDPV. Such results indicate that neurochemical and possibly behavioral effects of racemic MDPV are strongly mediated by the S(+) enantiomer.

In structural terms, this cathinone shares, in addition to the previously mentioned ketone group present in all cathinones, similarities with MDMA as it also owns a 3,4-methylenedioxy group, but is the presence of pyrrolidine group, together with the amino tertiary amino group which make this molecule less polar and highly lipophilic. Because of that, MDPV readily crosses the blood-brain barrier and it can exert their powerful psychoactive effects (Coppola and Mondola, 2012; Kolanos et al., 2013).

Regarding its in vivo pharmacological effects, it is well known that all addictive drugs, especially psychostimulants, have the ability of provoking hyperlocomotion by direct or indirect stimulation of the mesolimbic dopamine system (Wise and Bozarth, 1987). This property of MDPV has been quite extensively studied in recent years. As an example, the study conducted by Marusich et al. (2012) shows, using a functional observational battery, that MDPV produces, in mice, different types of stereotyped movements, such as circular, non-circular head movements and compulsive stereotyped movements. Another study in which MDPV-induced stereotypies are evaluated is the one from Aarde et al. (2013), who report that such stereotypies appeared when the drug was both yoked-administered and self-administered.

There are also a number of studies which assess MDPV-induced hyperlocomotion putting the animal in an open field where the horizontal distance traveled or the number of cut IR ray beams in a given period of time are counted. In this sense, the study by Aarde et al. (2013) shows that MDPV is able to induce locomotor activity in rats with similar potency to that of methamphetamine (METH) at doses of 0.5, 1 and 3.2 mg/kg, but the 5.6 mg/kg MDPV dose caused greater hyperlocomotion than the same dose of METH.

In the aforementioned study by Marusich et al. (2012) hyperlocomotion induced by different doses of MDPV was also analyzed. All four doses (1, 3, 10 and 17 mg/kg) showed a significant increase locomotor activity. Also in this regard, Fantegrossi et al. (2013) also demonstrated a significant increase in activity, although this effect showed to be biphasic when the animal is placed at high room temperature (28°C).

We can also highlight the study of Baumann et al. (2013), which compares the ability of MDPV and cocaine to induce locomotor activity in rats. The synthetic cathinone shows that a higher power than cocaine even at lower doses. These data are accompanied by microdialysis results that show MDPV is 10 times more potent than cocaine in increasing extracellular dopamine levels in the nucleus accumbens, a central part of the dopaminergic mesolimbic system on which all addictive drugs more or less directly act (Koob and Volkow, 2010).

We will discuss now the paradigms that have been traditionally used to study properties of addictive drugs, or other experiments that model some of the hallmarks of the addict. Also note that addiction, as of today, is considered a chronic and relapsing mental illness character-

ized by compulsive drug seeking and taking that ends up in a loss of control over the amount of drug consumed. It is considered a mental disease because the continued use of the drug causes changes in brain function that can be long-lasting or even permanent (NIDA, 2014). Such changes are supposed to be, in turn, responsible for maintaining the pattern of compulsive drug seeking and taking characteristic of the addict. Of all models or tests used in the study of properties rewarding properties, conditioned preference procedures are arguably the most used ones. In these procedures, the experimental subject associates drug administration with a particular stimulus, by means of pairing of both of them repeatedly on alternate days. On the other days, saline administration is paired with a different stimulus. Once the drug administration cycle has been fulfilled the animal is tested, leaving him free access to both stimuli and recording the time spent with each one. A significant increase in the time the animal spends with the stimulus associated with the drug is interpreted as the substance administered during the previous phase is rewarding.

However, this inference is not uniquely accepted by the scientific community (Bardo and Bevins, 2000; Sanchis-Segura and Spanagel, 2006), and alternative interpretations have been proposed (Mead et al., 2005). Nevertheless, it is a fact that addictive drugs, in a certain dose range, have the ability to elicit this approach response towards the stimulus that have been paired with (Carbo-Gas et al., 2014; Braidá et al., 2004). MDPV also shows this effect. There are two studies using this paradigm to evaluate these properties of this substance. One of them, led by King and colleagues in 2015 showed that the three tested doses (1-3.2 mg/kg) had the ability to elicit this response in rats. However, a not-so-recent study looks at the ability of different cathinones to set such preferences in mice, and were also compared to a classic addictive drug as amphetamine. Results show that MDPV was the only cathinone able to establish conditioned preference at all doses tested (0.5-20 mg/kg), while amphetamine was not able to elicit it in doses lower than 10 mg/kg (Karlsson et al., 2014).

Sensitization is a progressive increase of a drug effect caused by a repeated and intermittent drug administration. This theory suggests that the repeated exposure to a drug may cause a sensitization (hyperactivation) of the mesolimbic dopaminergic system. Such drug-induced sensitization makes drug users being more reactive to the drug and drug-associated stimuli. This system is responsible, in the authors' opinion, for attributing incentive or motivational value of stimuli from the environment, and it causes that those stimuli are becoming more and more wanted, although hedonic value or pleasurable properties of these stimuli may not increase or even develop tolerance (Robinson and Berridge, 2008).

When modeling sensitization, especially to psychostimulants such as MDPV, an effect that is observed and has been described repeatedly is the ability to induce the so-called psychomotor sensitization, this is, a gradual and persistent increase in locomotor stimulating effects such as locomotor activity or rotational movements or stereotyped behaviors (Robinson and Berridge, 2000).

There is one study that assessed the development and expression of behavioral sensitization to MDPV (Buenrostro-Jauregui et al., 2016) and it showed that 5 doses of 0.3 mg/kg are sufficient to induce a lasting locomotor sensitization as well as cross-sensitization with cocaine.

Self-administration studies have also been carried out with MDPV. Based on operant conditioning, developed by Skinner's work and according to which, if a response is contingently accompanied by the administration of a substance with reinforcing properties, the probability that the subject performs the response again will be increased (Skinner, 1938). Nevertheless, within this technique, changing certain conditions such as the number of responses to be performed by the subject to get a reinforce dose or the length of the training session various aspects of addiction, that will be discussed later, are modeled. Now we will focus on studies in

which the reinforce is MDPV and requirements for obtaining dose are constant and low-demanding and self-administration sessions are relatively short, which are best suited to measure only the reinforcing effects of a substance. In this regard the work of Watterson et al. (2012) shows that the self-administration of MDPV was quickly achieved and in a similar manner to methamphetamine in rats. However, the work by Aarde et al. (2013) also compared the self-administration of methamphetamine and MDPV, and during the acquisition phase the number of drug infusions per hour was higher in the animals that received MDPV than those who received methamphetamine, but further analysis showed no statistical significant difference in the total amount of drug obtained for animals treated with either substance. More evidence in favor of the addictive potential of MDPV was revealed in the work by Aarde et al. in 2014, which showed that access to a reinforcing activity for the rats such as giving them access to a “running wheel” (Belke, 2004) did not reduce significantly the ratio self-administration of this substance in rats, while access to this device decreases self-administration behavior of other drugs (Cosgrove et al., 2002; McMillan et al., 1995; Miller et al., 2012).

The following kind of self-administration studies we mention are the so-called progressive ratio studies. In these studies requirements to obtain the dose of drug or reinforcer are increased, usually following an arithmetic progression or similar (Richardson and Roberts, 1996). However, if the interpretation of results focuses on the experimental subject, the breakpoints (requirement the animal fulfills to get the last dose of drug) can be interpreted as an index of motivation of the subject for getting the reinforcer (Deroche-Gamonet and Piazza, 2014). We found three studies that apply this technique using MDPV as the substance administered, but due to procedural differences is difficult to compare them with each other. Despite this, the work of Watterson et al. (2012) compared the results of various doses of methamphetamine with MDPV and looked at the dose both drugs shared (0.05 mg/kg/inf) some breakpoints for MDPV were higher, although the difference was not significant. Another study (Aarde et al., 2013) compared breakpoints for different doses of MDPV and METH, and it showed that, for doses of 0.05 and 0.1 mg/kg/inf rats produced significantly more responses on the drug-associated lever for MDPV than for METH.

Conclusions

The reviewed studies show that MDPV is a potent psychostimulant, which causes greater hyperlocomotion than cocaine and similar to METH. Additionally, it is able to set conditioned preferences within a wide range of doses, greater than those of amphetamine. Moreover, it has also been reported that it can induce behavioral sensitization with a very low dose, and self-administration studies show its reinforcing properties. Interestingly, progressive ratio studies revealed that rats that self-administer MDPV also showed a great motivation for obtaining the drug, and additionally, wheel running access did not reduce MDPV self-administration rates. Taken together, these findings show that MDPV accomplishes all behavioral features that addictive psychostimulants do, but there are also some of findings like the low dose required to induce sensitization, how readily rats acquire MDPV self-administration behavior, the higher breaking points than those found with METH, and the lack of effect of running wheel access, that hint at a greater addictive potential. More studies, however, including models that accomplish several behavioral features reminiscent of the human addicts (Deroche-Gamonet and Piazza, 2014) would be useful in order to further enlighten the issue.

References

- Aarde, S. M., Huang, P. K., Creehan, K. M., Dickerson, T. J., Taffe, M. A. (2013). The novel recreational drug 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV) is a potent psychomotor stimulant: self-administration and locomotor activity in rats. *Neuropharmacology*, *71*, 130-140.
- Aarde, S. M., Huang, P. K., Dickerson, T. J., Taffe, M. A. (2014). Binge-like acquisition of 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV) self-administration and wheel activity in rats. *Psychopharmacology (Berl)*, *232*, 1867-1877.
- Baumann, M. H., Partilla, J. S., Lehner, K. R., Thorndike, E. B., Hoffman, A. F., Holy, M., Rothman, R. B., Goldberg, S. R., Lupica, C. R., Sitte, H. H., Brandt, S. D., Tella, S. R., Cozzi, N. V., Schindler, C.W. (2013). Powerful cocaine-like actions of 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV), a principal constituent of psychoactive "bath salts" products. *Neuropsychopharmacology*, *38*, 552-562.
- Bardo, M. T., Bevins, R. A. (2000). Conditioned place preference: what does it add to our understanding of preclinical reward. *Psychopharmacology*, *153*, 31-43.
- Belke, T.W. (2004). Responding for sucrose and wheel-running reinforcement: effect of body weight manipulation. *Behavioral Processes*, *65*, 189-199.
- Braida, D., Iosue, S., Pegorini, S., Sala, M. (2004). Delta9-tetrahydrocannabinol-induced conditioned place preference and intracerebroventricular self-administration in rats. *European Journal of Pharmacology*, *506*, 63-69.
- Buenrostro-Jáuregui, M. H., Ciudad-Roberts, A., Moreno, J., López-Arnau, R., Muñoz-Villegas, P., Pubill, D., Escubedo, E., Camarasa, J. (2016). Changes in creb and deltafosb are associated with the behavioural sensitization induced by MDPV. *Journal of Psychopharmacology*, *30*, 707-712.
- Carbo-Gas, M., Vazquez-Sanroman, D., Aguirre-Manzo, L., Coria-Avila, G. A., Manzo, J., Sanchis-Segura, C., Miquel, M. (2014). Involving the cerebellum in cocaine-induced memory: pattern of cFos expression in mice trained to acquire conditioned preference for cocaine. *Addiction Biology*, *19*, 61-76.
- Coppola, M., Mondola, R. (2012). 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV): chemistry, pharmacology and toxicology of a new designer drug of abuse marketed online. *Toxicology Letters*, *208*, 12-15.
- Cosgrove, K., Hunter, R., Carroll, M. (2002). Wheel-running attenuates intravenous cocaine self-administration in rats: sex differences. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *73*, 663-671.
- Csák, R., Demetrovics, Z., Rácz, J. (2013). Transition to injecting 3,4-methylene-dioxy-pyrovalerone (MDPV) among needle exchange program participants in Hungary. *Journal of Psychopharmacology*, *27*, 559-563.
- De Felice, L. J., Glennon, R., Negus, S. S. (2014). Synthetic cathinones: chemical phylogeny, physiology, and neuropharmacology. *Life Sciences*, *97*, 20-26.
- Deniker, P., Loo, H., Cuhe, H., Roux, J. M. (1975). Abuse of pyrovalerone by drug addicts. *Annals of Medical Psychology*, *2*, 745-748.
- Deroche-Gamonet, V., Piazza, P.V. (2014). Psychobiology of cocaine addiction: Contribution of a multi-symptomatic animal model of loss of control. *Neuropharmacology*, *76*, 437-449.
- Fantegrossi, W. E., Gannon, B. M., Zimmerman, S. M., Rice, K. C. (2013). In vivo effects of abused "bath salt" constituent 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV) in mice: drug discrimination, thermoregulation, and locomotor activity. *Neuropsychopharmacology*, *38*, 563-573.

- Goldberg, J., Gardos, G., Cole J. O. (1973). A controlled evaluation of pyrovalerone in chronically fatigued volunteers. *International Pharmacopsychiatry*, 8, 60-69.
- Kalix, P. (1992). Cathinone, a natural amphetamine. *Pharmacology and Toxicology*, 70, 77-86.
- Karlsson, L., Andersson, M., Kronstrand, R., Kugelberg, F. C. (2014). Mephedrone, methylone and 3,4-methylenedioxypropylone (MDPV) induce conditioned place preference in mice. *Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology*, 115, 411-416.
- King, H. E., Wetzell, B., Rice, K. C., Riley, A. L., (2015). An assessment of MDPV-induced place preference in adult Sprague-Dawley rats. *Drug and Alcohol Dependence*, 146, 116-119.
- Kolanos, R., Partilla, J. S., Baumann, M. H., Hutsell, B. A., Banks, M. L., Negus, S. S., Glennon, R. (2015). Stereoselective Actions of Methylenedioxypropylone (MDPV) to Inhibit Dopamine and Norepinephrine Transporters and Facilitate Intracranial Self-Stimulation in Rats. *ACS Chemical Neuroscience*, 6, 771-777.
- Kolanos, R., Solis, E. Jr., Sakloth, F., De Felice, L. J., Glennon, R. A. (2013). "Deconstruction" of the Abused Synthetic Cathinone Methylenedioxypropylone (MDPV) and an Examination of Effects at the Human Dopamine Transporter. *ACS Chemical Neuroscience*, 1, 5-10.
- Koob, G. F., Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217-238.
- Marusich, J., Grant, K. R., Blough, B. E., Wiley, J. L. (2012). Effects of synthetic cathinones contained in "bath salts" on motor behavior and a functional observational battery in mice. *Neurotoxicology*, 33, 1305-1313.
- Mead, A. N., Brown, G., Le Merrer J., Stephens, D. N. (2005). Effects of deletion of Gria1 or Gria2 genes encoding glutamatergic AMPA receptor subunits on place preference conditioning in mice. *Psychopharmacology*, 179, 164-171.
- McMillan, D., McClure, G., Hardwick, W., (1995). Effects of access to a running wheel on food, water and ethanol intake in rats bred to accept ethanol. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 37-42.
- Miller, M. L., Vaillancourt, B. D., Wright, M. J., Aarde, S. M., Vandewater, S. A., Creehan, K. M., Taffe, M. A. (2012). Reciprocal inhibitory effects of intravenous d-methamphetamine self-administration and wheel activity in rats. *Drug and Alcohol Dependence*, 121, 90-96.
- NIDA Media Guide (online) Bethesda (MD). Available from <http://www.drugabuse.gov/>, recovered on April 14th, 2014.
- Penders, T. M., Gestring, R., (2011). Hallucinatory delirium following use of MDPV: "Bath Salts". *General and Hospital Psychiatry*, 33, 525-526.
- Richardson, N., Roberts, D. (1996). Progressive ratio schedules in drug self-administration studies in rats: a method to evaluate reinforcing efficacy. *Journal of Neuroscience Methods*, 66, 1-11.
- Robinson, T., Berridge, K. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*, 95, 91-117.
- Robinson, T. E., Berridge, K. C. (2008). Review. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophic Transactions of the Royal Society, Series B, Biological Sciences*, 363, 3137-3146.
- Sanchis-Segura, C., Spanagel, R. (2006). Behavioural assessment of drug reinforcement and addictive features in rodents: an overview. *Addiction Biology*, 11, 2-38.
- Simonsen, K. W., Edvardsen, H. M. E., Thelander, G., Ojanperä, I., Thordardottir, S., Andersen, L. V., Kriikku, P., Vindenes, V., Christoffersen, D., Delaveris, G. J. M., Frost, J., (2015). Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2012. *Forensic Science. International*, 248C, 172-180.

- Skinner, B. F., (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Smith, C., Cardile, A. P., Miller, M. (2011). Bath salts as a “legal high”. *American Journal of Medicine*, 124, 7-8.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2013*. UN Publication, NY, 2013.
- Watterson, L. R., Kufahl, P. R., Nemirovsky, N. E., Sewalia, K., Grabenauer, M., Thomas, B. F., Marusich, J. A., Wegner, S., Olive, M. F. (2014). Potent rewarding and reinforcing effects of the synthetic cathinone 3,4-methylenedioxypropylvalerone (MDPV). *Addiction Biology*, 19, 165-174.
- Wise, R. A., Bozarth, M. A. (1987). A psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychology Reviews*, 94, 469-492.
- Yohannan, J., Bozenko, J., Joseph, S. (2010). The characterization of 3, 4-methylenedioxypropylvalerone (MDPV). *Microgram Journal*, 7, 5-8.

La regulación emocional e impulsividad y su relación con el juego patológico

JESSICA MUÑOZ MENDIOLA
al267600@uji.es

JESSICA GREGORI CORONADO
al202166@uji.es

JULIO ABAD
julioabad@hotmail.es

JUANA BRETÓN-LÓPEZ
breton@psb.uji.es

Resumen

Introducción: El juego patológico implica un comportamiento problemático, persistente y recurrente de juego con importantes pérdidas de dinero, que expone a la persona a consecuencias negativas en el plano social, profesional e individual. En el juego patológico existen una serie de factores implicados como factores predisponentes y variables relacionadas. El presente trabajo analiza la relación de las variables de regulación emocional e impulsividad con los trastornos del juego. **Método:** Se llevó a cabo un estudio exploratorio con 12 pacientes que pertenecían a la asociación PATIM (Asociación para la Intervención e Integración en Adicciones y Otras Conductas). Todos los participantes completaron un cuestionario de *screening* de *adicción al juego*, la escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) y la escala de impulsividad de Barratt (BISS-11). **Resultados:** Se observaron puntuaciones por encima de la puntuación normativa en la variable de regulación emocional, tanto en la puntuación total como en las subescalas. Sin embargo, en la impulsividad, las puntuaciones se encontraban por debajo de la puntuación normativa. Por último, los resultados del *focus group* muestran la repercusión de las emociones en dicha adicción comportamental. **Conclusiones:** El presente estudio revela que las dificultades en la regulación emocional tienen una importancia en el juego patológico. Por el contrario, en la impulsividad, no se encuentran medidas superiores a la puntuación de corte en población normal en la muestra de juego patológico del estudio. Finalmente, la relevancia del manejo de las emociones nos sugiere la importancia del desarrollo de estrategias de regulación emocional como propuesta de tratamiento.

Palabras clave: juego patológico, factores predisponentes, variables relacionadas, regulación emocional e impulsividad.

Abstract

Introduction: Gambling disorder implies a problematic, persistent and recurrent gaming behaviour, and significant losses of money, which expose a person to negative consequences in social, professional and individual terms. A series of elements involved as predisposed factors and related variables exist in gambling disorders. This study analysed the emotional regulation and impulsivity variables related to gambling behaviour. **Method:** An exploratory study with 12 patients who belong to the PATIM Association (Association for Intervening and Integrating Addictions and Other Behaviours) was carried out. The participants completed a questionnaire for screening addiction to gaming, the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). **Results:** Scores went above the normative score for the emotional regulation variable for both the total score and subscales. However for impulsiveness, scores were below the standard score. The Focus Group results showed the impact of emotions on such behaviour. **Conclusions:** The present study reveals that emotional regulation difficulties are very important in pathological gambling. Conversely with impulsivity, no scores were obtained above the cut-off score measure in the normal population in the study pathological gambling sample. In short, the relevance of handling emotions suggests the importance of developing emotional regulation as a proposal of treatment strategies.

Keywords: Pathological gambling, predisposed factor, related variables, emotion regulation and impulsivity.

Introducción

El concepto referente a la relación excesiva del ser humano con el juego ha ido evolucionando y modificándose a lo largo de diferentes etapas. Históricamente, el concepto *juego* era considerado una debilidad moral, propia de personas con poca voluntad o viciosas, sin tener en cuenta el sufrimiento que provoca dicha conducta. (Dominguez, 2007 a). En la primera mitad del siglo XX, se dieron las primeras explicaciones, desde un marco psicoanalítico, sobre el juego excesivo (Freud, 1948).

En 1975, según Bergel, comenzó a entenderse como una enfermedad psicológica, concretamente, como una manifestación de una neurosis subyacente. Hasta 1975 no se comenzó a estudiar la ludopatía como enfermedad y fue en 1979 cuando Morán la definió como *juego patológico*. Su reconocimiento oficial se produce en 1980, cuando la American Psychiatric Association, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) lo incluye en una de sus categorías.

Actualmente, el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) ha introducido modificaciones importantes que han supuesto un cambio en la consideración psicopatológica de este trastorno. En cualquier caso, se entiende *juego patológico* como un comportamiento problemático, persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo. Está caracterizado por la dificultad o imposibilidad de resistir el impulso, el deseo o la tentación de realizar algún acto que resulta nocivo para el paciente o para las personas que lo rodean (conducta de juego).

Los estudios epidemiológicos han ido contemplando un aumento de la patología del juego. Los expertos como Bowden y Clark, en el 2011, apuntan que el incremento de juegos legalizados junto con la facilidad de juego y la publicidad han influenciado en la incidencia de dicho trastorno. Este acrecentamiento afecta a la población en general. Sin embargo, hay una elevada incidencia en la población joven (Griffiths y Wood, 2000). Los porcentajes de prevalencia para este colectivo son altos, situándose entre el 3 % y el 18 % (Esteve y cols., 2014). En cuanto al porcentaje total, se ha llegado a un consenso en el cual se habla una estimación de un 2-3 % de prevalencia del trastorno en la población (APA, 2005) y, dentro de este porcentaje, un 40 % de los casos fluctúa entre los 18-30 años (Chóliz, 2006).

A partir de ciertos estudios epidemiológicos pioneros, surge un perfil con características descriptivas de los jugadores patológicos (Becoña, 1993; Jiménez y Fernández de Haro, 1999). Dichas características sociodemográficas se mantienen comunes en estudios posteriores (Dominguez, 2007 b y 2009). Además, hay dos hombres por cada mujer jugadora patológica, por lo que se aprecia una prevalencia del género masculino (Wardle y cols., 2011). Predominan los jugadores jóvenes (como hemos mencionado, el 40 % de todos tienen entre 18 y 30 años). Tienen un menor nivel académico, menos ingresos económicos, su ocupación laboral es similar a la de la población no jugadora (no existe asociación entre mayor nivel de juego y una determinada profesión) y las máquinas tragaperras aparecen como juego predominante (en el 75 % de los casos) (Williams y cols., 2012). Los cambios observados en relación al juego (su legalización y proliferación) han causado que los juegos de azar, actualmente, estén al alcance de cualquier persona, lo que puede propiciar que el perfil tradicional del jugador cambie (Candiani, 2012), más aún con el juego *online*.

La adicción al juego y sus repercusiones causan un incremento en la sintomatología del jugador (Caballo, Salazar y Carrobes, 2014). Desde una perspectiva psicopatológica, la comorbilidad de enfermedades mentales con el juego patológico es destacable. Los estudios sobre comorbilidad del juego patológico con trastornos del eje I registran la existencia de altas tasas de trastornos del estado de ánimo como la depresión mayor, distimia, manía e hipomanía (que oscilan entre el 33 y 76 %), trastornos de ansiedad (9-40 %) o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (20 %) (Jiménez-Murcia y cols., 2009). Cabe agregar, en cuanto al eje tipo II, que se ha examinado la presencia de patologías asociadas al juego patológico, estipulando que los trastornos más comunes son los del clúster B del DSM-IV-TR, que coinciden con los sujetos inestables emocionalmente (Fernández y Echeburúa, 2006). Profundizando en los diferentes trastornos de la personalidad, se incluye el obsesivo compulsivo (entre el 27,3 y el 64 % de los jugadores), el trastorno límite (62 %), el narcisista (23,6 y 53 %), el antisocial (entre el 23,6 % y el 35 %) y el dependiente (entre el 29,7 %) (Odlaug y cols., 2013). Además, la tasa de prevalencia de un consumo excesivo de alcohol y otras drogas entre los jugadores patológicos es muy alta, alrededor de un 11-70 % de los casos (French, Maclean y Etner, 2008).

La falta de control de los impulsos ha sido una característica vinculada al perfil psicológico de los pacientes con problemas de juego (Bottesi y Ghis, 2014). Se ha comprobado que la gravedad de la sintomatología del juego patológico estaba relacionada con los rasgos de impulsividad y compulsividad ya que la disminución de estos rasgos en escalas de impulsividad estaba vinculada con la disminución de los síntomas del juego patológico (Blanco y cols., 2009). Existe una mayor prevalencia de rasgos como impulsividad y búsqueda de sensaciones en los jugadores patológicos.

Podemos ver alrededor de un 35-43 % de comorbilidad entre la adicción al juego y el control de los impulsos (Jiménez-Murcia y cols., 2009). Los resultados muestran la importancia de la impulsividad en los jugadores patológicos (Fernández y Echeburúa, 2006). En concordancia a la comorbilidad entre la falta de control de impulsos y el juego patológico podemos

decir que la impulsividad es uno de los factores predisponentes o variables relacionados con esta adicción comportamental.

Las conductas impulsivas de juego patológico se han puesto en relación a su vez con cuestiones de regulación emocional (Esteve y cols., 2014). Las dificultades de la regulación emocional están relacionadas con las dificultades de control emocional (Gratz y Roemer, 2004) y se ha puesto de manifiesto que las personas con problemas de juego utilizan esta conducta como primera estrategia de regulación emocional (Korman y cols., 2008). Se puede apreciar una relación entre el juego y la expectativa de conseguir estados anímicos positivos o aliviar estados anímicos negativos (Shead, Callan y Hodgins, 2008) y se han observado dificultades en la regulación emocional en personas adultas que están en tratamiento por problemas de juego patológico (Williams y cols., 2012).

El objetivo de este trabajo es estudiar las variables de regulación emocional e impulsividad en el trastorno de juego en una muestra de pacientes de juego patológico.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por un conjunto de pacientes que presentaban diagnóstico de juego patológico (excepto un paciente en remisión) y que acuden a la asociación PATIM (Asociación para la Intervención e Integración en Adicciones y Otras Conductas) de Castellón y Valencia. Se compone de un total de 12 varones, con edades comprendidas entre 19 y 69. La edad media de la muestra es de 38,64 y su desviación típica es 15,57.

Respecto a los datos sociodemográficos de estos pacientes, podemos apreciar en cuanto a su situación civil que un 36,36 % es soltero, un 27,27 % tiene pareja, un 18,18 % está casado y un 18,18 % está divorciado. En relación a la situación laboral, un 27,27 % es estudiante, un 36,36 % es activo, un 9,09 % es desempleado, un 9,09 % es prejubilado y un 18,18 % es jubilado.

Instrumentos

Escala NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problem) (Gerstein y cols., 1999; versión española, Becoña, 2004). Esta escala evalúa el cumplimiento de criterios diagnósticos y el grado de gravedad del trastorno de juego patológico a lo largo de la vida y el último año. Consta de 17 ítems agrupados en las diez categorías del DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico (5 o más criterios). Diferencia la tipología del jugador: patológico (5 o más criterios), problema (3 o 4 criterios) y en riesgo (1 o 2 criterios).

Escala de dificultades en la regulación emocional (DER; Gratz y Roemer, 2004). La escala de dificultades en la regulación emocional evalúa diferentes componentes desadaptativos de la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004). La adaptación al castellano (Hervás y Jodar, 2008) cuenta con una reducción de factores e ítems con respecto a la original. La escala consta de 28 ítems, mientras que la inicial mostraba 36. El formato de respuesta es de escala Likert de uno a cinco (1 = casi nunca y 5 = casi siempre) y el sujeto selecciona en función de la frecuencia con la que se sienta identificado en cada afirmación. La versión española está compuesta por cinco factores: desatención emocional, confusión emocional, rechazo emocional, interferencia emocional y descontrol emocional. Las diferentes escalas presentan

una elevada consistencia interna (valores α comprendidos entre 0,8 y 0,89) así como también la escala total ($\alpha = 0,93$).

Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11; Oquendo y cols., 2001). La escala de impulsividad de Barrat, versión 11 (BIS-11) evalúa impulsividad. Está compuesta por 30 ítems distribuidos en tres subescalas: impulsividad cognitiva (atención), impulsividad motora e impulsividad no planeada. Cada ítem consta de cinco opciones de respuesta con formato Likert de cero a cuatro (0 = raramente o nunca; 1 = ocasionalmente; 3 = a menudo; 4 = siempre o casi siempre) y el sujeto deberá seleccionar en función de la frecuencia con la que realice cada afirmación. La escala muestra unas propiedades psicométricas aptas, con un coeficiente alfa de 0,75. La consistencia interna es elevada, alrededor de 0,8. La fiabilidad test-retest es de 0,89.

Además de la administración de los instrumentos anteriormente mencionados, se llevó a cabo un *focus group* aproximadamente de 30 minutos de duración, con el objetivo de recoger una mayor información que permitiera conocer de manera exhaustiva las variables relacionadas con la regulación emocional. El instrumento del *focus group* consistió en citar a los pacientes en pequeños grupos, concretamente en tres grupos de cuatro personas, en una sala de la misma asociación para contestar, desde la experiencia personal, a distintos aspectos específicos asociados a la regulación de las emociones. Esta técnica elaborada para la investigación estaba compuesta de seis preguntas relacionadas con distintos aspectos específicos de la regulación emocional.

Diseño

La presente investigación es un trabajo empírico con un diseño exploratorio (León y Montero, 2007).

Procedimiento

El procedimiento mediante el cual llevábamos a cabo nuestro estudio constó de varios pasos. En primer lugar, se seleccionaron los centros donde cabía la posibilidad de obtener una muestra de jugadores patológicos y se contactó con el psicólogo responsable de cada centro para explicarle las características del estudio y obtener su autorización. Se contactó con la asociación PATIM que disponía de pacientes con dicha patología y aceptó la colaboración al estudio. En segundo lugar, se llevó a cabo una reunión con el psicólogo y el trabajador social de PATIM en la que se seleccionó una muestra de pacientes que acudían a la asociación de Valencia o de Castellón para la terapia psicológica en rehabilitación e inserción social. Los criterios de selección fueron los siguientes: ser mayor de edad, aceptar de forma voluntaria y expresa la participación en el estudio y presentar o haber presentado un diagnóstico de juego patológico, de acuerdo con los criterios específicos en el DSM-V. En tercer lugar, para los pacientes que habían aceptado con antelación participar en el estudio, tras explicarles las instrucciones y en qué consistiría, respetando la fecha y el horario que habíamos acordado con el psicólogo, los agrupamos en tres grupos concretando el día. La evaluación se llevó a cabo en una sala proporcionada por la misma asociación; al primer grupo lo citamos en la asociación de Castellón y al segundo y al tercero en la asociación de Valencia. Durante la evaluación se hizo una presentación del equipo de investigación y se les explicó, de nuevo, la naturaleza del estudio, enfatizando el anonimato y la confidencialidad, tanto de los cuestionarios que iban a rellenar como de sus respuestas a las preguntas del *focus group*. De la misma forma, se les informó que, si en algún momento deseaban abandonar el estudio, podrían hacerlo. En la

ejecución del *focus group*, una psicóloga estudiante del MPGS (Máster en Psicología General Sanitaria) actuaba de investigadora y moderadora, realizando las preguntas oportunas y facilitando las discusiones de grupo. Otra psicóloga estudiante de 4.º de Grado en Psicología ayudaba en la toma de notas de la información verbal ofrecida por cada participante y en la realización de preguntas cuando lo consideraba pertinente.

Análisis

Para la realización del análisis estadístico se empleó el programa estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows. En cuanto a los datos obtenidos mediante el *focus group*, las entrevistas fueron transcritas. Posteriormente, para su análisis cualitativo, se hizo una puesta en común de las contestaciones de los pacientes analizando las respuestas más frecuentes.

Resultados

Tabla 1
Puntuación media y desviación típica en la escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) según subescalas y total

	Media muestra control	Media	Desviación típica
Desatención emocional	9,8	10,92	3,37
Confusión emocional	7,6	10,42	4,10
Rechazo emocional	14,7	24,42	7,99
Interferencia cotidiana	9,7	12,42	4,81
Descontrol emocional	15,7	25,92	10,15
Total desregulación emocional	57,4	84,08	23,77

En cuanto a la escala de dificultades en la regulación emocional (DERS), podemos decir que, en todas las subescalas, los pacientes muestran puntuaciones por encima de los puntos de corte establecidos de una muestra control (Hervás y Jodar, 2004), por lo que se aprecia que la desregulación emocional está presente en la muestra empleada de pacientes con diagnóstico de juego patológico.

Tabla 2

Puntuación media y desviación típica en la escala de impulsividad de Barrat, (BIS-11) según subescalas y total

	Media muestra control	Media	Desviación típica
Impulsividad cognitiva	16,8	11,83	4,22
Impulsividad motora	22,4	12,75	4,90
Impulsividad no planificada	23,6	15,83	3,64
Total impulsividad	52-71	40,42	10,31

Respecto a la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11), encontramos que las puntuaciones de todas las subescalas, incluida la del constructo general, no se encuentran por encima de la media de la muestra control (Patton y Stanford, 1995), por lo que podemos considerar que no hay una presencia destacada de esta medida de impulsividad en la muestra del estudio, al menos evaluada mediante este instrumento.

Tabla 3

Respuestas más comunes en la sesión de focus group

«Juego para afrontar ciertas situaciones: problemas familiares, con la pareja, en el trabajo, deudas, recuperar pérdidas, etc.»
«Juego con más frecuencia...» «Cuando me encuentro desanimado, enfadado, preocupado, rabioso, culpable...» (emociones negativas) «Cuando me encuentro más animado, seguro de mí mismo o eufórico» (emociones positivas)
«Durante el juego...» «Juego para que me disminuya o desaparezca dicho malestar generado por las emociones negativas» «Esa emoción positiva se mantiene o incluso puede aumentar»
«Al finalizar la conducta de juego...» EN CASO DE PERDER: «Me siento con un estado de ánimo más bajo, más triste, enfadado conmigo mismo, amargura, vergüenza, rabia, etc.» EN CASO DE GANAR: «Eufórico, más contento, con más esperanzas, mi estado de ánimo sube, capacidad de logro para ganar etc.»

Acorde a la información cualitativa del *focus group*, es interesante resaltar la importancia de la influencia de las emociones en el inicio y el trascurso del juego patológico.

Discusión y conclusiones

Por lo que respecta a la importancia de la relación entre el juego y la creencia de lograr estados emocionales positivos o disminuir los estados emocionales negativos (Shead, Callan y Hodgins, 2008), se encontró que las puntuaciones, según escala de dificultades en la regulación emocional (DERS), se muestran por encima de la media, al compararlo con los puntos de corte

de una muestra control. Los datos hallados han permitido poner de manifiesto, una vez más, la dificultad de la regulación emocional en los jugadores patológicos (Williams y cols., 2012).

Por otra parte, y en contra de lo encontrado habitualmente (véase Blanco y cols., 2009; Fernández y Echeburúa, 2006), las puntuaciones de impulsividad, según la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11), no se encuentran por encima de los baremos de corte, al compararlo con las medias de una muestra control. Esto nos indica que no se aprecia una relación destacable entre la impulsividad y el juego patológico en la muestra del estudio, al menos evaluada con esta media.

Finalmente, cabe destacar, de acuerdo al *focus group*, la importancia del manejo de las emociones en el inicio y el trascurso del juego patológico (Korman y cols., 2008). Estos resultados nos sugieren una propuesta del entrenamiento en regulación emocional para la prevención e intervención eficaz en el tratamiento del juego patológico, como, por ejemplo, el entrenamiento de estrategias de autocontrol para manejar las emociones de manera adaptativa.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). DSM-V. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª edición). Arlington, VA: APA.
- Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (2004). El juego patológico: Prevalencia en España. *Salud y drogas*, 4, 9-34.
- Blanco, C., Potenza, M. N., Kim, S. W., Ibáñez, A., Zaninelli, R., Sáiz Ruiz, J. y Grant, J. E. (2009). A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. *Psychiatry Research*, 167, 161-168.
- Bottesi, G. y Ghisi, M. (2014). Pathological gambling: Compulsive-impulsive spectrum disorder, behavioural addiction or both? Phenotypic and endophenotypic evidence. *Psychopathology Review*, 1, 2-25.
- Caballo, V. E., Torres, I. C. S. e Isabel, J. A. C. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Barcelona: Pirámide.
- Candiani Garza, M. (2012). *Jugar sin límites. Manual de ludopatía dirigido al jugador compulsivo y su familia*. México: Font.
- Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar*. Recuperado el 29 de abril de 2016 de: [http://www.uv.es/choliz/ADICCION%20AL%20JUEGO%20\(MCholiz\).pdf](http://www.uv.es/choliz/ADICCION%20AL%20JUEGO%20(MCholiz).pdf)
- Domínguez Álvarez, A. M. (2007 a). Introducción. En S. Moreno Mariscal (coord.), *Guía clínica. Actuar ante el juego patológico* (pp. 49-57). Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Domínguez Álvarez, A. M. (2007 b). Prevalencia de juego patológico. En S. Moreno Mariscal (coord.), *Guía clínica. Actuar ante el juego patológico* (pp. 49-57). Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Domínguez, A. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de psicología*, 27, 3-20.
- Estévez, A., Herrero, D., Sarabia, I. y Jauregui, P. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26, 282-290.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: Un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18, 453-458.

- French, M. T., Maclean, J. C. y Ettner, S. L. (2008). Drinkers and bettors: Investigating the complementarity of alcohol consumption and problem gambling. *Drug and alcohol dependence*, 96, 155-164.
- Freud, S. (1948). Obras completas, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.
- Gerstein, D., Murphy, S., Toce, M., Hoffman, J., Palmer, A., Johnson, R. y Sinclair, S. (1999). *Gambling impact and behavior study* (Report to the National Gambling Impact Study Commission). National Opinion Research Center. Chicago, IL.
- Griffiths, M. y Wood, R. T. (2000). Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the Internet. *Journal of gambling studies*, 16, 199-225.
- Jiménez-Murcia, S., Pérez, R. G., Fernández-Aranda, F., Moya, E. Á., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M. y cols. (2009). Comorbilidad del juego patológico: variables clínicas, personalidad y respuesta al tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2, 178-189.
- Jiménez Rodríguez, J. y Fernández de Haro, E. (1999). Estudio de algunas variables sociodemográficas relevantes en jugadores patológicos que acuden a tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 51-80.
- Korman, L. M., Collins, J., Dutton, D., Dhayanathan, B., Littman-Sharp, N. y Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24, 13-23.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Odling, B. L., Schreiber, L. R. N. y Grant, J. E. (2013). Personality dimensions and disorders in pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 107-112.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V. y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European journal of psychiatry*, 15, 147-155.
- Shead, N., Callan, M. J. y Hodgins, D. C. (2008). Probability discounting among gamblers: Differences across problem gambling severity and affect-regulation expectancies. *Personality and Individual Differences*, 45, 536-541.
- Wardle, H., Moody, A., Griffiths, M., Orford, J. y Volberg, R. (2011). Defining the online gambler and patterns of behaviour integration: Evidence from the British Gambling Prevalence Survey 2010. *International Gambling Studies*, 11, 339-356.
- Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A. y Cassidy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 223-238.
- Williams, R. J., Volberg, R. A. y Stevens, R. M. (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Ontario Problem Gambling Research Centre.

Estudios de diario en la investigación sobre emociones, empleo, desempleo y género: estado de la cuestión

ÚRSULA NEBOT PRAT
al001834@uji.es

YAZMIN MONTEAGUDO CÁCERES
al295809@uji.es

EVA CIFRE GALLEGO
cifre@uji.es

Resumen

Introducción: El creciente interés por la investigación de los procesos que ocurren en el corto plazo y en contextos naturales ha propiciado un incremento de los estudios de diario en áreas como salud y estrés. En esta línea, dentro del proyecto «Calidad de vida en jóvenes: importancia de la regulación emocional en empleados y desempleados», contemplamos la realización de un estudio de diario. **Objetivo:** Revisar la bibliografía publicada sobre metodología de estudios de diario y su aplicación en diferentes contextos. **Metodología:** Búsqueda de información en bases de datos científicas del ámbito de la psicología a través de palabras clave relacionadas con nuestra temática de investigación. **Resultados:** Se ha elaborado una tabla resumen de publicaciones que incluye preguntas de investigación, muestra, procedimiento, variables, medidas, formato, análisis y resultados. Las ventajas más recalçadas de los estudios de diario han sido el estudio en contextos naturales y la reducción de los errores de la retrospectiva. Las investigaciones que utilizan estudios de diario en el campo del desempleo son más reducidas que en el ámbito laboral, y más aún si se tiene en cuenta la variable género. Los estudios suelen estar basados en eventos o experiencias y se centran en obtener los datos al final del día o varias veces al día. **Discusión:** Este estudio nos ha permitido extraer las ideas principales de lo que es un estudio de diario, así como resaltar la importancia de diseñar estos estudios para dar respuesta a las preguntas de investigación.

Palabras clave: estudio de diario, emociones, empleo, desempleo, género.

Abstract

Introduction: The growing interest in investigating processes that occur in the short term and in natural contexts has led to increasingly more diary studies in areas like health and stress. In line with this, the project «Quality of Life in Youth: Importance of Emotional Regulation in Employed and Unemployed People» includes a diary study. **Aim:** To review the published literature on the diary study methodology and its daily application in

different contexts. **Methods:** We searched for information in scientific databases in the psychology field using keywords related to our research topic. **Results:** We developed a summary table of publications that includes: research questions, samples, procedures, variables, dimensions, formats, analyses and **Results:** The most stressed advantages of diary studies are that they are conducted in natural contexts and they reduce retrospective errors. Fewer research works have used diary studies in the unemployment field than in the workplace, and fewer still exist when we consider the gender variable. Studies are often based on events or experiences, and focus on collecting data at the end of the day or several times a day. **Discussion:** This study allowed us to draw the main ideas of what a diary study is, and to highlight the importance of designing studies that centre on answering research questions.

Keywords: diary study, emotions, work, unemployment, gender.

Introducción

En el campo de la psicología del trabajo y las organizaciones existe un creciente interés por la investigación de los procesos a corto plazo y de las experiencias diarias de las personas. La experiencia diaria sugiere que no siempre tenemos el mismo estado de ánimo y que el desempeño laboral puede fluctuar de día a día. Los estudios de diario proporcionan los medios necesarios para examinar estos procesos (Ohly, Sonnentag, Niessen y Zapf, 2010).

En un estudio de diario las personas proporcionan informes frecuentes de los eventos y experiencias de su vida diaria, permitiendo capturar las particularidades de estas experiencias diarias de una forma que no es posible usando diseños tradicionales (Bolger, Davis y Rafaeli, 2003). Frente a los diseños transversales, ampliamente utilizados en la investigación y cuyo foco está en las diferencias entre las personas (interpersona), el estudio de diario longitudinal permite capturar las dinámicas y fluctuaciones a corto plazo y efectuar diferentes análisis considerando la misma persona (intrapersona).

Con otras palabras, los estudios de diario permiten capturar la vida tal y como es vivida (Bolger y cols., 2003). Posibilitan el estudio de los pensamientos, sentimientos y conductas en el contexto natural de trabajo. Y todo ello ha propiciado su incremento particularmente en las áreas de salud y estrés, emociones y trabajo, relación trabajo-hogar e interacciones sociales (Ohly y cols., 2010).

En esta dirección, dentro del proyecto «Calidad de vida en jóvenes: importancia de la regulación emocional en empleados y desempleados», desarrollado por el grupo de investigación MPAGERde la Universitat Jaume I, se contempla la realización de un estudio de diario. El objetivo general de dicho proyecto es poner a prueba el papel moderador de la regulación emocional sobre las emociones negativas provocadas por la situación de desempleo o de inseguridad laboral de los jóvenes (en particular) y las emociones de dichos jóvenes y las consecuencias asociadas (en general), como la calidad de vida y el capital psicológico positivo. El proyecto consta de varios estudios específicos que incluyen tanto metodología cualitativa como cuantitativa, con diseños transversales y longitudinales con estudio de diario, el cual permitirá establecer una causalidad entre las variables de estudio. Es en esta última fase de estudio de diario donde se inserta el presente trabajo, el cual tiene como objetivo revisar la bibliografía publicada sobre la metodología de estudios de diario y su aplicación en diferentes contextos, incluyendo desempleo y género.

Método

En una primera fase, para una aproximación a la metodología de estudios de diario, se ha partido de la lectura de publicaciones básicas introductorias del tema, extrayendo las ideas principales. Aunque los estudios de diario han empezado a ser más populares en los últimos años, las investigadoras e investigadores no están familiarizados con estos y encuentran dificultades para acceder a la información requerida (Ohly y cols., 2010). Existen diversas revisiones que sirven de introducción a la metodología de estudios de diario, entre los que caben destacar los de Bolger y cols. (2003), Ohly y cols. (2010) y Reis y Gable (2000), donde se contemplan los diferentes tipos de estudios de diario, las preguntas de investigación que se pueden examinar, el tamaño de la muestra, la tecnología utilizada para la obtención de los informes diarios o las estrategias de análisis de datos a través de modelos multinivel.

En una segunda fase, para detectar las investigaciones que utilizan estudios de diario, se ha recurrido a la búsqueda de información en las bases de datos científicas del ámbito de la psicología PsycArticles, PubPsych y PsycNet, incluyendo palabras clave relacionadas con nuestra temática de investigación: *diary study*, *emotion*, *work*, *unemployment* y *gender*.

En una tercera fase, se ha realizado una selección y revisión en profundidad de las investigaciones con estudios de diario publicadas, por temática, autoría y año que contemplan las variables emociones, desempleo y género. Se ha elaborado una tabla resumen con las diversas preguntas de investigación abordadas, el método de investigación utilizado, el formato de los cuestionarios, el tamaño y las características de la muestra, las variables de estudio, las medidas utilizadas y los análisis y resultados más significativos. No se ha realizado el análisis de investigaciones sobre empleo o contextos de trabajo al haber ya publicados otros artículos que realizan una revisión de los estudios de diario en el ámbito del trabajo y que muestran tablas resumen similares a la anteriormente indicada (Ohly y cols., 2010).

Resultados

En la primera fase, con la revisión bibliográfica se han extraído las características más relevantes de los estudios de diario, que se presentan a continuación.

Los estudios de diario utilizan cuestionarios estructurados con preguntas estandarizadas y una gran parte están basados en el muestreo de eventos o en el muestreo de experiencias. En el muestreo de eventos quien participa tiene que informar de un evento, por ejemplo una interacción con responsables, colegas o clientes, un conflicto o un evento estresante. La cuestión es limitar el número de eventos a informar y darle a quien participa una guía de los eventos de los que puede informar. El muestreo de experiencias implica el recuerdo *in situ* de los pensamientos, los sentimientos y las conductas, las señales y sus consecuencias. Con un ordenador portátil, por ejemplo, se puede dar una señal de aviso de forma aleatoria o en puntos fijos en el tiempo y quienes participan tienen que contestar de forma inmediata el cuestionario. Se ha usado por ejemplo para evaluar la frecuencia y el contexto de los estados de *flow*. En otras ocasiones, se evalúan las experiencias y procesos ocurridos durante el día sin hacer referencia a un evento en particular. Por ejemplo, la experiencia diaria de trabajo cambia y es evaluada por la tarde. En comparación con el muestreo de experiencias, aquí las respuestas se retrasan y los diarios son completados normalmente al final del día (Ohly y cols., 2010).

Interesa analizar si las variables de interés fluctúan de la mañana a la noche, si se comportan de manera diferente los fines de semana y los días entre semana o si tienen un cierto crecimiento durante varias semanas (Bolger y cols., 2003). Para ello, los cuestionarios se cumplimentan al final del día o en varios momentos del día, durante, por ejemplo, cinco días consecutivos entre semana o durante varias semanas.

Los estudios de diario tienen algunas ventajas en comparación con otros diseños de investigación. En primer lugar, permiten el examen de los eventos y experiencias en su contexto natural. En segundo lugar, reducen los errores de la retrospectiva (Reis y Gable, 2000), minimizando la cantidad de tiempo transcurrido entre una experiencia y el relato de esta experiencia. Una de las limitaciones que presentan los estudios de diario es el alto nivel de compromiso y dedicación de las personas que participan en el estudio, por las múltiples evaluaciones que se solicitan, siendo de gran importancia los mecanismos de reclutamiento y motivación de la muestra que se utilicen. Se recomienda que las evaluaciones diarias no excedan de 5-7 minutos (Reis y Gable, 2000), con escalas abreviadas y adaptadas, monoítems e ítems seleccionados con la mayor puntuación total en la correlación de escalas de ítems múltiples. Además, los estudios de diario a menudo requieren detalladas sesiones de formación para garantizar que quienes participan comprenden plenamente el protocolo.

Mayoritariamente se realizan estudios de diario con cuestionarios en formato de lápiz y papel, aunque en los últimos años se ha ido introduciendo el uso de las nuevas tecnologías como cuestionarios *online* o telefonía móvil, lo que está facilitando tanto la recogida de datos como su posterior análisis.

En la segunda fase, la búsqueda de información en bases de datos científicas realizada a través de operadores booleanos y palabras clave ha arrojado los primeros resultados que se muestran en la tabla 1.

Al observar los datos, se confirma el interés en los estudios de diario aplicados a la investigación del trabajo, a la vez que se detecta que en el campo del desempleo son muy reducidos. Respecto al estudio de las emociones y el género, vemos que las emociones aparecen como objeto de estudio destacado, pero la consideración del género como variable de estudio es limitada.

Tabla 1
Número de artículos encontrados por base de datos y palabras clave

Palabras clave	Bases de datos		
	PsycNet	PubPsych	PsyARTICLES
"Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary"	1699	458	253
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND (Employ* OR Work OR Job)	395	153	69
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND Unemploy*	2	0	0
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") aND Emotion*	551	154	111
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND Gender	103	26	17
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND Emotion* AND Gender	33	16	5
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND (Employ* OR Work OR Job) AND Emotion*	128	48	25
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND Unemploy* AND Emotion*	1	0	0
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND (Employ* OR Work OR Job) AND Gender	27	4	4

Palabras clave	Bases de datos		
	PsycNet	PubPsych	PsyARTICLES
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND Unemploy* AND Gender	0	0	0
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") aND (Employ* OR Work OR Job) AND Emotion* AND Gender	9	3	1
("Diary Method" OR "Diary Study" OR "Daily Diary") AND Unemploy* AND Emotion* AND Gender	0	0	0

En la tercera fase, del total de artículos encontrados (véase la tabla 1), diecinueve han sido analizados en profundidad. La tabla 2 presenta los resultados de una muestra representativa del total de los estudios de diario analizados. En el ámbito del desempleo y las emociones encontramos investigaciones que estudian la relación entre las experiencias diarias de búsqueda de empleo y los niveles de *distress* en la persona (Song, Uy, Zhang y Shi, 2009), cómo el estrés por desempleo afecta a nivel de pareja (Song, Foo, Uy y Sun, 2011)

o la relación entre desempleo, usos del tiempo y bienestar psicológico (Kilpatrick y Trew, 1985). Parte de los estudios evalúan la relación entre el funcionamiento emocional de las personas y diferentes estresores diarios como, por ejemplo, interacciones sociales y familiares negativas o eventos financieros negativos (Bolger, DeLongis, Kessler y Schilling, 1989; Genet y Siemer, 2012; Hankin, Fraley y Abela, 2005; Laurenceau y Bolger, 2005; Sturgeon, Zautra y Okun, 2014). La creatividad y las emociones (Conner y Silvia, 2015)

son otro ejemplo de estudios de diario. Otras publicaciones se centran en la relación entre género, como objeto principal de estudio, y emociones diarias (Aubé, 2008; Curran, McDaniel, Pollitt y Totenhagen, 2015; Witt y Wood, 2010)

Discusión y conclusiones

En el presente artículo se han revisado investigaciones previas basadas en estudios de diario y se han puesto de relieve diferentes cuestiones metodológicas que se deben abordar al llevar a cabo un estudio de este tipo. La investigación con estudios de diario nos brinda una oportunidad única de aproximarnos a los procesos intrapersonales que tienen lugar en el corto plazo. Para utilizar de manera efectiva los estudios de diario, debemos conocer sus ventajas y sus limitaciones. Así, el eje principal de todo estudio de diario tiene que partir de adecuar el diseño del estudio a las preguntas de investigación planteadas.

Con la metodología de estudios de diario se abre todo un abanico de posibilidades de investigación de los procesos psicológicos a corto plazo, estudiando pensamientos, sentimientos y comportamientos que se experimentan de forma diaria en su contexto natural. Y esto se está viendo ya reflejado en el incremento de las investigaciones que utilizan estudios de diario en el campo de la psicología del trabajo y las organizaciones. Sin embargo, para seguir contribuyendo al avance del conocimiento de los procesos a corto plazo, es necesario dar un paso más e incrementar los estudios de diario en áreas específicas como el desempleo y las emociones. Además, se vuelve cada vez más imprescindible incorporar el género en las investigaciones, tanto como variable de análisis como perspectiva transversal en toda investigación, tal y como marcan las políticas de investigación e innovación recientes (por ejemplo, en el actual Horizonte 2020). Este es un reto al que, desde la investigación, todavía tenemos que hacer frente.

Tabla 2
Estudios de diario sobre emociones, empleo, desempleo y género

Referencia	Preguntas de investigación	Muestra	Duración / N.º tomas diarias / Procedimiento	Variables	Análisis	Resultados
(Bolger y cols., 1989)	¿Cómo influyen los diferentes estresores diarios en la salud mental y el funcionamiento emocional de las personas?	166 parejas casadas	42 días consecutivos (6 semanas); una toma diaria; cada semana recibían por correo electrónico una carpeta con siete formularios para cada día	Estrés diario; estado de ánimo diario; día de la semana y número de encuestas anteriores completadas como variables control	Modelo estadístico de análisis multinivel	Los estresores diarios explican hasta el 20 % de la varianza en el estado de ánimo; los conflictos interpersonales son los eventos más estresantes; cuando los estresores ocurren en una serie de días, hay una habituación emocional para casi todos los eventos excepto conflictos interpersonales; múltiples estresores el mismo día no agravan los efectos de uno sobre otro y se da una meseta emocional en los días siguientes a un evento estresante
(Genet y Siemer, 2012)	¿El uso de la rumiación intensifica los efectos de los acontecimientos diarios desagradables en el estado de ánimo?	157 participantes de pregrado	Durante 6 días consecutivos. Cada tarde después de las 20 h y antes de ir a dormir	Rumiación; depresión; regulación emocional; acontecimientos vitales negativos	Modelo multinivel de coeficientes aleatorios (MRCM)	La rumiación modera la relación entre acontecimientos diarios desagradables y estado de ánimo negativo. En los días de un uso de la rumiación intenso, niveles más altos de acontecimientos diarios desagradables predijeron niveles más altos de estado de ánimo negativo. En los días de un menor uso de la rumiación, mayores niveles de eventos desagradables no se asociaron con mayores niveles de estado de ánimo negativo

Tabla 2
Estudios de diario sobre emociones, empleo, desempleo y género (Continuación)

Referencia	Preguntas de investigación	Muestra	Duración / N.º tomas diarias / Procedimiento	VARIABLES	Análisis	Resultados
(Song y cols., 2011)	¿Qué relación existe entre el nivel de <i>distress</i> experimentado por uno de los cónyuges y el experimentado por su pareja, tanto en situación de empleo como de desempleo?	100 parejas: una persona de la pareja desempleada (en búsqueda activa de empleo) y la otra contratada a tiempo completo. De las 100 personas desempleadas, 73 eran mujeres	14 días consecutivos, pero incluyendo solo en el estudio los días laborales; una toma diaria antes de irse a dormir	<i>Distress</i> diario; apoyo conyugal diario; dificultades familiares diarias; estresores diarios del desempleo (estrés financiero, carencia de una estructura temporal y experiencia negativa de búsqueda de empleo); estresores diarios del trabajo; conflicto trabajo-familia y familia-trabajo; satisfacción marital y género	<i>Multilevel structural equation modeling</i> (MSEM) Mplus 5.1	Existe una transferencia directa del <i>distress</i> entre parejas y una influencia de las dificultades diarias compartidas de la familia en el nivel de <i>distress</i> de la pareja; otros estresores (conflicto trabajo-familia o experiencia negativa de búsqueda de empleo) están relacionados con el <i>distress</i> de la persona desempleada y su pareja empleada; no resulta significativo el efecto moderador del apoyo conyugal; existe una interacción entre género, satisfacción marital y niveles de <i>distress</i> de la pareja empleada
(Song y cols., 2009)	¿Qué efecto tiene la búsqueda de empleo en los niveles de <i>distress</i> ? ¿Cuál es el impacto del <i>distress</i> en el esfuerzo en la búsqueda de empleo? ¿Qué influencia tiene el estrés financiero en la relación de búsqueda de empleo y <i>distress</i> ?	100 personas desempleadas en búsqueda activa de empleo; 74 mujeres	14 días consecutivos incluyendo dos fines de semana; una toma diaria antes de irse a dormir	<i>Distress</i> ; experiencias de búsqueda de empleo; estresores diarios (experiencia negativa de búsqueda y estrés financiero)	Modelo mixto: <i>Hierarchical Linear Model</i> o <i>Multilevel Random Coefficient Model</i> Stata versión 9	Existe relación directa entre búsqueda de empleo y <i>distress</i> y a la inversa; no se puede confirmar la influencia del estrés financiero; una experiencia negativa de búsqueda de empleo media en el efecto directo de búsqueda de empleo y <i>distress</i>

Tabla 2
Estudios de diario sobre emociones, empleo, desempleo y género (Continuación)

(Sturgeon y cols., 2014)	¿Existe relación entre los eventos financieros negativos diarios y los eventos interpersonales negativos y positivos? ¿Qué efectos moderadores tienen circunstancias de la vida como edad, ingresos, empleo, estado civil, hijos/as o un gran evento financiero negativo en el último año?	182 personas adultas entre 40 y 65 años: 95 mujeres y 85 hombres (dos sin indicar su género)	Diario de 30 días; los datos son recogidos entre el 2008 y el 2011 (período de gran crisis económica en EE. UU.); el cuestionario se presenta en una tableta y se completa cada noche antes de irse a la cama	Eventos interpersonales positivos y negativos; eventos financieros negativos; variables contextuales: grandes eventos estresores en el último año, edad, estatus de empleo (persona empleada / sin empleo), estado civil, ingresos, hijas/os que viven en el domicilio; covariables: género, nivel educativo y número de horas trabajadas cada semana	Multilevel modeling; lagged models; reversed models SAS PROC MIXED	Existe una relación positiva y significativa entre eventos financieros negativos diarios y eventos interpersonales diarios tanto negativos como positivos; esta relación varía en función de los ingresos, el estatus de empleo, los roles de paternidad y la experiencia de grandes eventos negativos financieros en el último año; no se encuentran grandes cambios en la relación al considerar género y nivel educativo, aunque sí algún cambio en el caso del número de horas trabajadas cada semana (para estatus de empleo)
(Witt y Wood, 2010)	¿Influye la identidad de género, a través de procesos de autoregulación (emociones, autoestima), en la conducta?	177 estudiantes universitarios: 115 mujeres y 62 hombres	Diario de interacciones sociales durante una semana; llevan consigo el diario y lo completan cada vez que tienen una interacción con una o más personas de al menos 10 minutos; lo completan durante los 30 minutos posteriores a la interacción	Variables previas: autoestima crónica y normas personales de género; variables diarias: autoestima estado, emoción y conducta	Modelo de regresión multinivel	Las personas se vuelven más positivas cuando actúan de modo que confirman las normas personales de género; para participantes con fuertes normas de género, con respecto a la personalidad y el romance, las emociones y la autoevaluación sirven como señales regulatorias de que la conducta se combina o no con esas normas; los resultados sugieren que el autoconcepto de género es un campo específico y no es bien capturado con un constructo individual que refleja identidad femenina o masculina

Referencias bibliográficas

- Aubé, J. (2008). Balancing concern for other with concern for self: links between unmitigated communion, communion, and psychological well-being. *Journal of Personality*, 76, 101-133.
- Bolger, N., Davis, A. y Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology*, 54, 579-616.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R. C. y Schilling, E. A. (1989). Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 808-818.
- Conner, T. S. y Silvia, P. J. (2015). Creative days: A daily diary study of emotion, personality, and everyday creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 9, 463-470.
- Curran, M. A., McDaniel, B. T., Pollitt, A. M. y Totenhagen, C. J. (2015). Gender, Emotion Work, and Relationship Quality: A Daily Diary Study. *Sex Roles*, 73, 157-173.
- Genet, J. J. y Siemer, M. (2012). Rumination moderates the effects of daily events on negative mood: results from a diary study. *Emotion (Washington, D.C.)*, 12, 1329-1339.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C. y Abela, J. R. Z. (2005). Daily depression and cognitions about stress: evidence for a traitlike depressogenic cognitive style and the prediction of depressive symptoms in a prospective daily diary study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 673-685.
- Kilpatrick, R. y Trew, K. (1985). Life-styles and psychological well-being among unemployed men in Northern Ireland. *Journal of Occupational Psychology*, 58, 207-216.
- Laurenceau, J. P. y Bolger, N. (2005). Using diary methods to study marital and family processes. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 19, 86-97.
- Ohly, S., Sonnentag, S., Niessen, C. y Zapf, D. (2010). Diary Studies in Organizational Research. *Journal of Personnel Psychology*, 9, 79-93.
- Reis, H. T. y Gable, S. L. (2000). Event-sampling and other methods for studying everyday experience. En H. T. Reis y C. M. Judd (eds.), *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology* (pp. 190-222). New York, NY: Cambridge University Press.
- Song, Z., Foo, M. D., Uy, M. A. y Sun, S. (2011). Unraveling the daily stress crossover between unemployed individuals and their employed spouses. *The Journal of Applied Psychology*, 96, 151-168.
- Song, Z., Uy, M. A., Zhang, S. y Shi, K. (2009). Daily job search and psychological distress: Evidence from China. *Human Relations*, 62, 1171-1197.
- Sturgeon, J. A., Zautra, A. J. y Okun, M. A. (2014). Associations between financial stress and interpersonal events: A daily diary study of middle-aged adults and their life circumstances. *Psychology and Aging*, 29, 803-813.
- Witt, M. G. y Wood, W. (2010). Self-regulation of Gendered Behavior in Everyday Life. *Sex Roles*, 62, 635-646.

Relación entre personalidad oscura, consumo de sustancias y felicidad

BENITO NOHALES NIETO
beninohales21@gmail.com

LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN
lmezquit@uji.es

MANUEL IGNACIO IBÁÑEZ RIBES
iribes@uji.es

Resumen

Introducción: La triada oscura divide la personalidad socialmente aversiva en tres dimensiones: maquiavelismo, narcisismo subclínico y psicopatía subclínica. Los instrumentos más utilizados para evaluarla de forma conjunta son el *Dirty Dozen* (DD) y el *Short Dark Triad* (SD3), que recientemente han sido adaptados a nuestro contexto sociocultural. Este estudio pretende examinar la red nomológica de estas escalas y cómo se relacionan con el consumo de sustancias (nicotina, alcohol y cannabis) y la felicidad subjetiva. **Método:** Una muestra de 217 sujetos cumplimentaron a través de internet nuestras versiones en español del DD y SD3, la escala AIS de consumo de sustancias y la escala de felicidad subjetiva. **Resultados:** Los resultados muestran que el maquiavelismo no se relaciona con ninguna sustancia en la regresión pero en las escalas se correlaciona con consumo de alcohol; el narcisismo se relaciona con el consumo de alcohol y cannabis, además el narcisismo SD3 con la felicidad; la psicopatía se relaciona con todas las variables de consumo, pero la psicopatía DD no tiene relación con el tabaco. **Conclusión:** En definitiva, y de acuerdo con lo esperado, la psicopatía sería la faceta que más se relaciona con el consumo de sustancias seguida del narcisismo; esta última es además la más relevante para el bienestar subjetivo. No obstante, los resultados obtenidos por ambos instrumentos muestran algunas diferencias, observando que el SD3 se ajusta mejor a lo esperado. Por ello, concluimos que la adaptación a nuestro contexto sociocultural del SD3 mostraría una mayor validez de constructo en la evaluación de la triada oscura que el DD.

Palabras clave: triada oscura, maquiavelismo, narcisismo, psicopatía, consumo de sustancias.

Abstract

Introduction: The Dark Triad divides socially aversive personality into three traits: Machiavellianism, subclinical narcissism and subclinical psychopathy. The most widely used instruments to measure the three traits together are Dirty Dozen (DD) and the Short Dark

Triad (SD3), which have recently been adapted to our socio-cultural context. This study aims to examine the nomological network of these scales, and how they relate to substance use (nicotine, alcohol and cannabis) and subjective happiness. **Method:** A sample of 217 participants completed our Spanish versions of DD and SD3, AIS Scale of Substance Use, and Subjective Happiness Scale online. **Results:** The results showed that: Machiavellianism is not related to any substance use in regression, but correlates with alcohol use on scales; narcissism is related to alcohol and cannabis use; SD3 narcissism correlates with happiness; psychopathy is related to all the substance use variables, DD psychopathy does not correlate with tobacco. **Conclusion:** Definitely, and as expected, psychopathy would be the most related triad aspect to substance use, followed by narcissism, and the latter would also be the most relevant to subjective well-being. However, the results obtained from both instruments showed some differences. We observed that SD3 better matched expectations. So we conclude that the adaptation of SD3 to our socio-cultural context would show higher construct validity in the Dark Triad evaluation than DD.

Keywords: Dark Triad, Machiavellianism, narcissism, psychopathy, substance use.

Introducción

Maquiavelismo, narcisismo y psicopatía son los tres rasgos de personalidad que componen la que se conoce como la triada oscura de la personalidad, también conocida como triope. El concepto original es *dark triad of personality*, adoptado por Paulhus y Williams en el año 2002 en el artículo «The Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy» (Paulhus y Williams, 2002)

para referirse a las tres grandes dimensiones de personalidad consideradas como dañinas o destructivas para las personas con las que interactúan los individuos con alta puntuación en estas dimensiones. Cabe destacar que el modelo se refiere a estos factores como características normales de personalidad que se pueden encontrar en la población general y con un nivel subclínico, es decir, que no tienen por qué suponer una patología para el individuo. Así pues, los términos exactos de sus constructos son maquiavelismo, narcisismo subclínico (diferenciar del narcisismo clínico del trastorno narcisista de la personalidad) y psicopatía subclínica (diferenciar de la psicopatía clínica). Sin embargo, nos referimos a ellos en todo el estudio como maquiavelismo, narcisismo y psicopatía. Estos son el significado y las características de cada constructo:

- Maquiavelismo: manipulación y explotación de otras personas para conseguir los propios fines; se refiere tanto a la capacidad de manipular realizando planes a largo plazo como a obtener satisfacción con esta manipulación. En un estudio reciente (Nohales, 2015) mediante análisis factorial, este constructo se podía diferenciar en dos tipos: maquiavelismo manipulador (más directo para conseguir un beneficio inmediato) y maquiavelismo estratégico (intentar controlar diversos aspectos sociales como la reputación o la información que puedan ser útiles con el objetivo de obtener de las personas un beneficio propio cuando sea preciso).
- Narcisismo: grandiosidad o admiración excesiva hacia uno mismo, querer la admiración del resto, creerte superior a las demás personas y que por ello mereces un trato especial.

- Psicopatía: baja empatía, impulsividad, conducta antisocial, insensibilidad hacia los sentimientos de los demás y ausencia o poco remordimiento sobre las conductas propias que dañan a otros, lo que implica poca o falta de moral en las acciones propias.

Existen diferentes instrumentos para evaluar las dimensiones de la triada de forma específica. No obstante, y con el fin de facilitar la investigación en este campo, en los últimos años se han desarrollado cuestionarios breves que permitan medir las tres dimensiones simultáneamente. Los dos principales instrumentos que sirven para medir los tres constructos en un mismo cuestionario y que han demostrado ser fiables y válidos son el *Dirty Dozen* de Jonason y Webster (2010) y el *Short Dark Triad* de Jones y Paulhus (2014), que recientemente hemos adaptado a nuestro contexto sociocultural (Nohales, 2015).

Los rasgos que componen la triada oscura han mostrado su relevancia en diferentes ámbitos de la vida, especialmente aquellos asociados a comportamientos más problemáticos, como la conducta antinormativa o la delincuencia (Chabrol, Van Leeuwen, Rodgers y Séjourné, 2009). Un aspecto fuertemente asociado al comportamiento antinormativo es el consumo de sustancias, especialmente abusivo. Aunque la investigación al respecto es todavía escasa, según los estudios realizados hasta el momento parece claro que el rasgo de psicopatía estaría moderadamente asociado a un mayor consumo (Chabrol y cols., 2009; Jonason, Koenig y Tost, 2010; Jonason, Baughman, Carter y Parker, 2015). En relación al narcisismo y maquiavelismo, los resultados son menos consistentes. Así, todos estos estudios encuentran relación entre la psicopatía y el consumo de diferentes sustancias. Jonason y cols. (2010) y Chabrol y cols. (2009) encuentran relación entre maquiavelismo y narcisismo con consumo de alcohol, pero estos resultados no se observan en el estudio de Jonason y cols. (2015). Además, en este último se encuentra relación entre la psicopatía y el narcisismo con el consumo de riesgo.

Por otra parte, los aspectos positivos de estas características de personalidad han sido poco explorados. Que conozcamos, tan solo unos pocos estudios han investigado la relación entre rasgos de la triada oscura y aspectos psicológicos beneficiosos como la felicidad o la autoestima. Concretamente, en el artículo «The Dark Triad, happiness and subjective well-being» (Egan, Chan y Shorter, 2014)

se encontró una correlación positiva entre el narcisismo y el bienestar subjetivo, mientras que otro estudio encontró relación entre el narcisismo y la autoestima (Raskin, Novacek y Hogan, 1991). Por otra parte, en el estudio citado anteriormente de Jonason y cols. (2015) que pretende medir la relación de la triada con más variables beneficiosas, se observa una relación positiva del narcisismo con autoestima, esperanza, bienestar emocional, bienestar psicológico y bienestar social.

El objetivo de este estudio es examinar la red nomológica de las escalas del DD y SD3 y saber cómo se relacionan las dimensiones de la triada oscura con el consumo de diferentes sustancias (alcohol, tabaco y cannabis) y con la felicidad subjetiva. Esto puede ser importante ya que la identificación de perfiles de personalidad propensos al abuso de drogas puede ser útil para su prevención.

De este modo, basándonos en los estudios citados anteriormente, las hipótesis del estudio son que el rasgo de la triada que más se relacionará con el consumo de sustancias será la psicopatía, seguida del narcisismo, y que se encontrará relación positiva entre el narcisismo y la felicidad subjetiva.

Método

Muestra

La muestra que cumplimentó telemáticamente todos los cuestionarios fue de 215 sujetos ($N = 215$). De ellos, 146 son mujeres (67,9 %) y 69 son hombres (32,1 %), la edad media de estos participantes se sitúa en 25,28 años (desviación típica = 7,67), teniendo sujetos desde los 18 hasta los 63 años.

Instrumentos

En el estudio se utilizan 4 instrumentos diferentes para medir las dimensiones de la triada oscura, consumo de sustancias y felicidad subjetiva. Los instrumentos son los siguientes:

- *Dirty Dozen* (DD; Jonason y Webster, 2010) y *Short Dark Triad* (SD3; Jones y Paulhus, 2014): estos dos instrumentos fueron usados para medir las dimensiones de la triada oscura de forma conjunta. Se utilizaron las versiones que recientemente hemos adaptado a nuestro contexto sociocultural (Nohales, 2015). Ambos instrumentos cuentan con 3 subescalas, una para cada dimensión de la triada, teniendo el DD 4 ítems por subescala (total = 12) y el SD3 9 ítems por subescala (total = 27). Además, los dos usan una escala tipo Likert de 5 opciones (totalmente en desacuerdo – totalmente de acuerdo).
- Escala AIS de consumo de sustancias (Grau y Ortet, 1999): evalúa el consumo por parte de los sujetos de nicotina, alcohol y cannabis entre semana y en fin de semana, además del consumo del mejor amigo, constando con un total de 12 ítems (los ítems de consumo del mejor amigo no se incluyeron finalmente en el estudio). Las respuestas a cada ítem son un valor numérico para indicar cuántos cigarrillos, cervezas o vasos de vino, cubatas o chupitos y porros se consumen. Para calcular los valores totales de consumo de nicotina y cannabis se suman las cantidades de estas sustancias; para calcular el consumo de alcohol cada cerveza o copa de vino es equivalente a 1 unidad de bebida estándar y cada cubata o chupito a 2 unidades de bebida estándar (UBES; Rodríguez-Martos, Gual y Llopis, 1999).
- Escala de felicidad subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999): evalúa la felicidad como bienestar subjetivo, es decir, el grado de felicidad que siente una persona visto desde la perspectiva de aquel que responde. Se compone de 4 ítems con escala Likert de 1 a 7.

Procedimiento

Una vez escogidos los instrumentos, se prepararon para que estuvieran disponibles en un enlace web mediante la plataforma Googleforms. Este enlace web con todos los instrumentos fue distribuido por correo electrónico para conseguir la mayor muestra posible. Para llevar a cabo esta distribución, el enlace con los instrumentos se envió a conocidos y se distribuyó por las redes sociales, mientras que los miembros del grupo IDAP enviaron un correo electrónico para pedir colaboración a los alumnos de las asignaturas que imparte cada uno. Además, también se pidió que después de realizar los cuestionarios se enviaran

a conocidos de los sujetos, con la intención de obtener un efecto *bola de nieve* que consiguiera más muestra.

Análisis

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa informático SPSS (versión 22.0). Para empezar, se calcularon las correlaciones bivariadas de Pearson para medir la relación de cada subescala de los instrumentos de la triada oscura con la felicidad y el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Seguidamente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple de pasos sucesivos, controlando por edad y sexo para poder saber el efecto directo de las variables de la triada sobre el consumo y la felicidad. En esta regresión se introdujeron, en un primer paso, la edad y el sexo y, en un segundo paso, como variables predictoras, se utilizaron el maquiavelismo manipulador, el maquiavelismo estratégico, el narcisismo y la psicopatía. Estos son los factores de personalidad oscura extraídos recientemente a partir de un análisis factorial conjunto de las escalas DD y SD3 (Nohales, 2015).

Resultados

Correlaciones bivariadas de Pearson entre DD y SD3 – Consumo de sustancias y felicidad.

A continuación se muestran los resultados entre las correlaciones de las subescalas de los instrumentos de la triada con los de consumo y felicidad; todas las correlaciones obtenidas pueden observarse en la tabla 1.

- Maquiavelismo: en el DD solo muestra correlación significativa con el consumo de alcohol entre semana ($r = ,137^*$), mientras que en el SD3 con el consumo de alcohol entre semana ($r = ,141^*$) y el total ($r = ,141^*$).
- Narcisismo: en el DD muestra correlación significativa con el consumo de alcohol total ($r = ,182^{**}$), en fin de semana ($r = ,169^*$), el cannabis total ($r = ,142^*$) y entre semana ($r = ,144^*$); mientras que en el SD3 con el consumo de cannabis total ($r = ,143^*$), entre semana ($r = ,152^*$) y con felicidad ($r = ,199^{**}$).
- Psicopatía: en el DD muestra correlación significativa con el consumo de alcohol total ($r = ,145^*$), en fin de semana ($r = ,148^*$), el cannabis total ($r = ,137^*$) y en fin de semana ($r = ,141^*$); mientras que en el SD3 la psicopatía muestra correlación significativa con todas la variables de consumo pero no con felicidad.

Tabla 1

Correlaciones bivariadas de Pearson entre DD y SD3 – Sustancias y felicidad

	DDMaqu	DDNar	DDPsic	SD3Maqu	SD3Nar	SD3Psic
Alcohol total	,121	,182**	,145*	,141*	,110	,286**
Alcohol entre semana	,137*	,121	,064	,141*	,065	,255**
Alcohol fin de semana	,090	,169**	,148*	,112	,106	,239**
Tabaco total	,075	,030	,055	,085	,060	,168*
Tabaco entre semana	,071	,016	,042	,069	,044	,150*

	DDMaqu	DDNar	DDPsic	SD3Maqu	SD3Nar	SD3Psic
Tabaco fin de semana	,079	,058	,080	,114	,092	,194*
Cannabis total	,099	,142*	,137*	,120	,143*	,237**
Cannabis entre semana	,097	,144*	,127	,113	,152*	,220**
Cannabis fin de semana	,092	,127	,141*	,121	,114	,243**
Felicidad	,008	-,029	-,028	,000	,199**	-,034

Nota. ** $p < ,01$; * $p < ,05$

Regresión lineal

En la tabla 2 se observan los resultados del análisis de regresión lineal entre las variables totales de consumo de sustancias y felicidad con sexo, edad y los factores totales de personalidad oscura. Los coeficientes con alta significación están marcados en negrita y asteriscos mientras que la tendencia está marcada en cursiva y con el símbolo de la suma (+). Controlando por edad y sexo, las variables totales de la triada oscura muestran las siguientes regresiones significativas:

- Maquiavelismo manipulador y maquiavelismo estratégico: ninguno de los dos tipos de maquiavelismo obtiene significación con el consumo total de ninguna sustancia ni con la felicidad.
- Narcisismo: obtiene significación con consumo total de cannabis y muestra tendencia al consumo de alcohol y a la felicidad.
- Psicopatía: obtiene significación con el consumo total de las tres sustancias (nicotina, alcohol y cannabis) pero no muestra ningún tipo de relación con la felicidad.

El paso 2 (las 4 dimensiones de personalidad oscura juntas) influye significativamente en el consumo de las tres sustancias pero no en felicidad. Respecto al sexo, los hombres obtienen coeficientes más altos que las mujeres en el consumo de alcohol y cannabis, pero en el consumo de nicotina no se encuentran diferencias significativas. Además, los más jóvenes muestran mayores puntuaciones en consumo de alcohol, mientras que los participantes de más edad tienden a mostrar un mayor consumo de tabaco. El paso 1 influye significativamente en el consumo de las tres sustancias pero no en la felicidad.

Tabla 2
Análisis de regresión lineal

	Alcohol		Tabaco		Cannabis		Felicidad	
	R ²	β	R ²	β	R ²	β	R ²	β
Paso 1	,091***		,061**		,030*		,000	
Sexo		,273***		,078		,153*		-,018
Edad		-,136***		,233**		-,085		,001

	Alcohol		Tabaco		Cannabis		Felicidad	
	R ²	β	R ²	β	R ²	β	R ²	β
Paso 2	,152***		,086**		,098**		,016	
Maquiavelismo Manipulador		-,116		-,055		-,123		-,030
Maquiavelismo Estratégico		-,028		,019		-,053		-,017
Narcisismo		,139+		-,008		,167*		,145+
Psicopatía		,241**		,185*		,243**		-,066

Nota. *** $p < ,001$; ** $p < ,01$; * $p < ,05$; + $p < ,10$

Discusión y conclusiones

Los resultados del estudio muestran que, de acuerdo con las hipótesis planteadas, la psicopatía es el rasgo de la triada que más se relaciona con el consumo de sustancias. Ello puede ser debido a que las personas con psicopatía destacan también por sus bajas puntuaciones en amabilidad y responsabilidad (Paulhus y Williams, 2002; Williams, Nathanson y Paulhus, 2010) si nos basamos en el modelo de los cinco factores de Costa y McCrae (Costa y McCrae, 1992). Esta combinación de rasgos están relacionados con el comportamiento antisocial y el uso y abuso de sustancias (Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010; Malouff, Thorsteinsson, Rooke y Schutte, 2007).

El narcisismo también muestra relación con el consumo de sustancias, en concreto con el consumo de alcohol y cannabis, aunque en menor grado que la psicopatía. Este resultado podría ser atribuible a la relación entre narcisismo y extraversión (Paulhus y Williams, 2002; Williams y cols., 2010; Vernon, Villani, Vickers y Harris, 2008), ya que se ha encontrado una cierta relación entre esta dimensión de personalidad y el consumo de sustancias, especialmente en adolescentes y jóvenes adultos (Ibáñez y cols., 2015).

Sin embargo, ninguno de los dos factores en los que se divide el maquiavelismo muestra relación directa con el consumo de ninguna sustancia una vez se ha controlado el efecto de la edad y el sexo, por lo que el maquiavelismo sería la dimensión de la triada oscura que menos se relaciona con el consumo de sustancias.

Respecto a la relación de la triada con el bienestar subjetivo o felicidad, el narcisismo es el único rasgo de la triada asociado a este factor, mostrando tendencia a la felicidad subjetiva. Ello estaría en consonancia con los estudios que encuentran relación del narcisismo con factores psicológicos beneficiosos como el bienestar subjetivo (Egan y cols., 2014) y la autoestima (Raskin y cols., 1991). De forma similar al consumo de alcohol, creemos que esta asociación positiva es atribuible a la relación del narcisismo con la extraversión, ya que esta dimensión de personalidad es, junto con la estabilidad emocional, el factor de personalidad más relevante para la felicidad o bienestar subjetivo (Lucas, Le y Dyrenforth, 2008; Otonari y cols., 2012; Tamir, 2009).

Por otra parte, centrándonos en los resultados de las correlaciones entre las escalas de los dos instrumentos de la triada por separado con el consumo de sustancias y felicidad, vemos que las dos escalas muestran algunas diferencias reseñables. Así, la psicopatía del SD3 se relacionaba con todas las variables de consumo, mientras que psicopatía del DD no

muestra relación con ninguna variable de consumo de tabaco. El narcisismo muestra la misma relación con cannabis en las dos escalas, pero la escala del DD muestra también relación con variables de consumo de alcohol no obtenida por el SD3, además solo el narcisismo del SD3 muestra relación con la felicidad como se esperaba en las hipótesis. Por otra parte, el maquiavelismo solo muestra relación con el consumo de alcohol en las dos escalas, pero el maquiavelismo del DD no muestra relación con el consumo total de alcohol a la semana.

En definitiva, y a nivel de constructo, los rasgos de psicopatía, narcisismo y maquiavelismo muestran relaciones esperadas con la red nomológica, específicamente con el consumo de sustancias y el bienestar subjetivo, y ello indicaría una adecuada validez de constructo. No obstante, y a nivel de escalas específicas, se observa que el SD3 muestra mayores resultados esperados. Por lo tanto, la adaptación a nuestro contexto sociocultural del *Short Dark 3* muestra mayor validez de constructo en la evaluación de la triada oscura que el *Dirty Dozen*.

Referencias

- Chabrol, H., Van Leeuwen, N., Rodgers, R. y Séjourné, N. (2009). Contributions of psychopathic, narcissistic, machiavellian, and sadistic personality traits to juvenile delinquency. *Personality and Individual Differences*, 47, 734-739.
- 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.
- Egan, V., Chan, S. y Shorter, G. W. (2014). The Dark Triad, happiness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 67, 17-22.
- Ibáñez, M. I., Camacho, L., Mezquita, L., Villa, H., Moya-Higueras, J. y Ortet, G. (2015). Alcohol expectancies mediate and moderate the associations between big five personality traits and adolescent alcohol consumption and alcohol-related problems. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-8.
- Jonason, P. K., Baughman, H. M., Carter, G. L. y Parker, P. (2015). Dorian Gray without his portrait: Psychological, social, and physical health costs associated with the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, 78, 5-13.
- Jonason, P. K., Li, N. P. y Teicher, E. A. (2010). Who is James Bond?: The dark triad as an agentic social style. *Individual Differences Research*, 8, 111-120.
- Jonason, P. K. y Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: a concise measure of the dark triad. *Psychological Assessment*, 22, 420-432.
- Jones, D. N. y Paulhus, D. L. (2014). Introducing the short Dark Triad (SD3): a brief measure of dark personality traits. *Assessment*, 21, 28-41.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821.
- Lucas, R. E., Le, K. y Dyrenforth, P. S. (2008). Explaining the extraversion/positive affect relation: Sociability cannot account for extraverts' greater happiness. *Journal of Personality*, 76, 385-414.
- Lyubomirsky, S. y Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Malouff, J., Thorsteinsson, E., Rooke, S. y Schutte, N. (2007). Alcohol Involvement and the Five-Factor Model of Personality: A Meta-Analysis. *Journal of Drug Education*, 37, 277-294.

- Nohales, B. (2015). *La triada oscura de la personalidad. Adaptación al español de los cuestionarios Dirty Dozen y Short Dark Triad*. Trabajo fin de grado. Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Otonari, J., Nagano, J., Morita, M., Budhathoki, S., Tashiro, N., Toyomura, K. y cols. (2012). Neuroticism and extraversion personality traits, health behaviours, and subjective well-being: The Fukuoka Study (Japan). *Quality of Life Research*, 21, 1847-1855.
- Paulhus, D. L. y Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.
- Raskin, R., Novacek, J. y Hogan, R. (1991). Narcissism, self-esteem, and defensive self-enhancement. *Journal of Personality*, 59, 19-38.
- Rodríguez-Martos, A., Gual, A. y Llopis, J. J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina Clínica*, 112, 446-450.
- Tamir, M. (2009). Differential preferences for happiness: Extraversion and trait-consistent emotion regulation. *Journal of Personality*, 77, 447-470.
- Vernon, P. A., Villani, V. C., Vickers, L. C. y Harris, J. A. (2008). A behavioral genetic investigation of the Dark Triad and the Big 5. *Personality and Individual Differences*, 44, 445-452.
- Williams, K. M., Nathanson, C. y Paulhus, D. L. (2010). Identifying and profiling scholastic cheaters: their personality, cognitive ability, and motivation. *Journal of Experimental Psychology Applied*, 16, 293-307.

Hospital optimista: juntos podemos cambiar el mundo

MARÍA JOSEFINA PELÁEZ
pelaezm@uji.es

MARISA SALANOVA SORIA
salanova@uji.es

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ
imartine@uji.es

Resumen

Introducción: Este trabajo tiene como objetivo presentar el proyecto Premios Hospital Optimista desde un planteamiento científico centrado en la mejora del bienestar de las personas y las organizaciones. Su objetivo es contribuir a la mejora de la salud de los pacientes hospitalizados fomentando y reconociendo las mejores iniciativas o prácticas llevadas a cabo en el ámbito sanitario que contribuyan a la creación de un entorno optimista para el paciente y su familia. **Método:** Durante la gala se da a conocer el *top ten* de las candidaturas que participan de la iniciativa para cada categoría (centros, servicios, proyectos y proyectos pediátricos). Las dos primeras categorías toman como base el modelo de organización sanitaria saludable y resiliente (*Healthy & Resilient Organization*) (Salanova, 2008, 2009; Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012). En este trabajo se presentan las líneas generales de estos premios, las diferentes categorías que participan y los criterios de participación, las metodologías de evaluación y los criterios de ponderación. **Resultados:** El mérito a las mejores prácticas, recursos y resultados organizacionales que desarrollaron los participantes de esta primera edición de premios (2015) fueron concedidos a 5 centros de atención primaria, 10 servicios/equipos multidisciplinares y 10 proyectos de actuación de todo el país. **Conclusión:** Este proyecto muestra un diseño innovador de investigación en el procedimiento y la recogida de datos, además de que utiliza una nueva forma de difundir los resultados de investigación a través de una gala de premios.

Palabras clave: organizaciones sanitarias saludables, psicología positiva, prácticas organizacionales, empleados saludables, resultados organizacionales.

Abstract

Introduction: The aim of this study is to present the project Hospital Optimista Awards based on a scientific approach focused on improving people's and organization's well-being. Its aim is to contribute to the improvement of hospitalized patient's health by encouraging and recognizing the best initiatives and/or practices carried out in the health sector that contribute to creating an optimistic environment for the patient and his/her family. **Method:** During the gala the Top Ten candidates that participate in each

category (hospitals, services, adult projects and paediatric projects) are announced. For the two first categories the ranking is based on the HERO-HOS model (Healthy and Resilient Healthcare Organizations; Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012). In this paper, the outlines of these Hospital Optimista Awards, the different categories involved and the criteria for participation, assessment methodologies and evaluation criteria are presented. **Results:** The merit to the best practices, resources and organizational outcomes developed by the participants of this first awards (2015) edition were awarded to 5 primary care centres, 10 multidisciplinary services and 10 action projects across the country. **Conclusion:** This project shows an innovative design research in the procedure and data collection, as it implements a new way of disseminating research results through an awards gala.

Keywords: Healthy healthcare organizations, positive psychology, organizational practices, healthy employees, organizational outcomes.

Introducción

Las sociedades modernas se caracterizan por conllevar períodos de crisis y de cambios sociales y económicos constantes. Esta situación requiere de organizaciones modernas que se enfoquen en la salud de sus empleados, los equipos de trabajo y el contexto organizacional. La investigación ha mostrado la importancia de integrar programas de salud en las políticas organizacionales y culturales, dentro de los planes estratégicos de las organizaciones (Llorens, Salanova, Torrente y Acosta, 2013; Salanova, 2009; Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2009).

De esta manera, si las organizaciones, además de buscar resultados excelentes, se esfuerzan por promocionar la salud psicosocial de sus trabajadores y buscan incrementar el capital psicológico positivo, nos encontramos ante una organización saludable y resiliente (*Healthy & Resilient Organization*, HERO) siendo HERO-HOS (*Healthy & Resilient Organization - Hospitales*) una adaptación de este modelo al ámbito sanitario (Salanova, 2008, 2009; Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012).

El concepto de HERO ha sido desarrollado por el equipo WANT, Prevención Psicosocial y Organizaciones Saludables¹ de la Universitat Jaume I de Castellón, a través de su investigación y publicaciones científicas. Este concepto se enmarca en la disciplina de la psicología de la salud ocupacional y sus más recientes avances en la psicología de la salud ocupacional positiva (PSOP) y en última instancia en la psicología positiva. Se trata de un modelo heurístico y teórico que integra evidencia proveniente de las investigaciones sobre estrés laboral, dirección de recursos humanos, comportamiento organizacional y PSOP (Salanova y cols., 2009).

De manera genérica, una HERO es considerada como una organización que lleva a cabo esfuerzos y acciones sistemáticas, planificadas y proactivas para mejorar la salud, los procesos y los resultados de los empleados y la organización. Esos esfuerzos suponen implementar buenas prácticas organizacionales relacionadas con la promoción y optimización de recursos relacionados con la mejora de las tareas (por ejemplo, autonomía), el ambiente social de la organización (por ejemplo, liderazgo transformacional y saludable) y la organización (por

1. Anteriormente se llamaba wONT (Work & Organization NetWork); ahora pasa a llamarse WANT por su significado en inglés.

ejemplo, estrategias de conciliación trabajo / vida privada). Estos aspectos se integran en tres grandes componentes interrelacionados: (1) recursos y prácticas organizacionales saludables, (2) empleados y grupos de trabajo saludables que gozan de bienestar psicosocial con la presencia de recursos personales y (3) resultados organizacionales saludables (Salanova, 2008, 2009; Salanova y cols., 2012).

Específicamente en el contexto sanitario, se considera una organización sanitaria saludable y resiliente (*Healthy & Resilient Organization - Hospital*) (HERO-HOS) como aquella que se esfuerza por garantizar la calidad de vida laboral de sus empleados, sobrevivir y prosperar en contextos de cambio económico y social, con la capacidad de crear ambientes de trabajo que contribuyan a mejorar la práctica profesional y la salud de los profesionales sanitarios y, en definitiva, a mejorar la calidad del servicio prestado al paciente/familiar (Hernández-Vargas, Llorens-Gumbau y Rodríguez-Sánchez, 2014; Matos, Neu-shotz, Griffin y Fitzpatrick, 2010; McAllister y Lowe, 2011; Salanova, Rodríguez-Sánchez, del Líbano y Ventura, 2012).

Para integrar estos tres componentes del modelo, la investigación realizada desde el equipo WANT de la Universitat Jaume I proporciona evidencia sobre el efecto positivo que los recursos y las prácticas organizacionales saludables tienen sobre el bienestar de los empleados (por ejemplo, eficacia colectiva, *work engagement* y resiliencia) y que, a su vez, tienen un impacto positivo sobre los resultados saludables (por ejemplo, desempeño evaluado por el propio supervisor) (Acosta, Salanova y Llorens, 2012; Salanova y cols., 2012). Específicamente en el contexto de las organizaciones sanitarias, se han llevado a cabo diversos estudios desde el equipo que ponen a prueba relaciones específicas entre las variables de los componentes del modelo HERO a partir de metodologías cuantitativas y cualitativas.

Con respecto a los estudios cuantitativos, numerosas investigaciones ponen de manifiesto la importancia de considerar variables psicosociales para explicar los resultados del trabajo ya sea sobre los trabajadores o sobre los resultados organizacionales. En una investigación llevada a cabo en el personal sanitario de un hospital de la Comunidad Valenciana se mostró cómo aquellos empleados con elevados niveles de creencias de eficacia presentan mayor afecto positivo y más *engagement* en el trabajo que, a su vez, se relaciona positivamente con mayor calidad de servicio (desempeño, compromiso y calidad percibida) (Hernández-Vargas y cols., 2014). En la misma línea se evidenció el papel de las creencias de autoeficacia de enfermeras de cuidados intensivos en la predicción de prácticas de colaboración futuras y se confirmó el papel mediador del compromiso grupal en esta relación (Le Blanc, Schaufeli, Salanova, Llorens y Nap, 2010). En otro estudio se mostró cómo la autoeficacia y el *engagement* en el trabajo de las enfermeras son los mecanismos psicológicos mediadores que explican la relación entre el liderazgo transformacional (de sus jefas) y su desempeño extra-rol (Salanova, Lorente, Chambel y Martínez, 2011). Los resultados de otros estudios apoyan estos datos sobre la importancia de los recursos interpersonales en el trabajo (por ejemplo, buena cooperación con compañeros), los cuales amortiguan los efectos negativos de la disonancia emocional en el desempeño laboral en un estudio longitudinal de 4 años, mientras que el rol de los recursos personales (por ejemplo, optimismo) parece ser menos importante para mantener un alto desempeño laboral bajo condiciones de disonancia emocional (Rodríguez-Sánchez, Hakonen, Perhoniemi y Salanova, 2013). En el ámbito de las intervenciones, se ha constatado el efecto de un taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras de un hospital de la Comunidad Valenciana (Rodríguez, Llorens y Salanova, 2006). Los resultados obtenidos muestran incrementos, tras la realización del taller, en competencias emocionales que podían influir en la disminución del sufrimiento empático.

Complementariamente a estos resultados obtenidos mediante metodología cuantitativa, se han mostrado evidencias sobre evaluación de las percepciones de organización saludable (Salanova y cols., 2011); el análisis de prácticas organizacionales saludables y los resultados orga-

nizacionales saludables (Salanova y cols., 2012); el análisis de las frecuencias de las prácticas organizacionales saludables en pequeñas y medianas empresas (pymes) (Acosta, y cols., 2012) y el análisis del significado del concepto de organización saludable y sus elementos clave a través de análisis de contenido (Acosta, Cruz, Salanova y Llorens, 2015), todo ello utilizando metodología cualitativa. Específicamente en el contexto sanitario, a través de un estudio de casos en hospitales, se puso en evidencia que las principales prácticas organizacionales saludables en estas organizaciones sanitarias fueron la gestión del impacto ambiental y la comunicación e información organizacional (Cifre, Acosta y Colombo, 2011; Acosta y cols., 2012).

Con el objetivo de integrar los estudios basados en el modelo HERO en el ámbito sanitario, este estudio pretende presentar los aspectos generales del proyecto Premios Hospital Optimista, que en sus categorías de centros y servicios reconocen las mejores iniciativas o prácticas llevadas a cabo en el ámbito sanitario, basándonos en el modelo HERO y sus tres componentes. El objetivo de estos premios es contribuir a la mejora de la salud de los pacientes hospitalizados, sus acompañantes o familiares y los propios trabajadores, fomentando y reconociendo las iniciativas que contribuyan a la creación de un entorno positivo y optimista para el paciente y su familia.

Método

Bases de la convocatoria

Los Premios Hospital Optimista se crearon en el año 2015 y constituyen una iniciativa privada sin ánimo de lucro. La idea surgió de Vygon y la organización de estos premios corre a cargo, además de Vygon, del equipo de investigación WANT de la Universitat Jaume I, la Fundación Grupo OTP y la Fundación Atresmedia. Todos ellos unidos con un objetivo común, que es contribuir a la mejora de la salud de los pacientes hospitalizados, fomentando y reconociendo, a través de una gala anual, las mejores iniciativas o prácticas llevadas a cabo en el ámbito sanitario, con el objetivo de fomentar la excelencia organizacional y dar a conocer y replicar las mejores iniciativas en el país. En cada categoría se da a conocer el *top ten* de las candidaturas que están invitadas a participar en la gala, a las cuales se las considera como organizaciones sanitarias saludables y resilientes (Salanova y cols., 2012). Se premian a las tres mejores con un trofeo conmemorativo y un premio en metálico de una cantidad de al menos 1000 €, dinero que es destinado a una ONG de su elección, a la cual desea ayudar a través de la entrega del importe.

Durante el periodo de inscripción, los hospitales, centros, servicios y representantes de proyectos de todo el país que deseen participar envían su candidatura. La participación en los premios es gratuita y el nivel mínimo de participación varía en función del número de empleados de la organización sanitaria. Cuanto más alta sea la participación, mayor fiabilidad tienen los resultados, y los resultados más fiables obtendrán mejor nota. Los datos proporcionados por los participantes son anónimos o confidenciales. Solo se dan a conocer los nombres de los diez mejores en cada categoría.

Categorías, criterios de participación y medidas de evaluación

Estos premios cuentan con cuatro categorías: (1) categoría hospitales y centros de atención primaria; (2) categoría servicios/equipos multidisciplinares; (3) categoría proyectos llevados a cabo por hospitales, ONG, fundaciones o empresas en los centros sanitarios y (4) cate-

goría proyectos pediátricos llevados a cabo por hospitales, ONG, fundaciones o empresas en los centros sanitarios.

Para las dos primeras categorías (centros y servicios), se ofrece la realización, sin coste, de un diagnóstico de salud y bienestar organizacional del equipo o del hospital. Se premian los hospitales y servicios con los mejores entornos psicosociales. La participación en esta modalidad de premios implica contestar un cuestionario *online* por parte de un número significativo de miembros del centro hospitalario. Consiste en una evaluación científico-aplicada reconocida por revistas e instituciones de impacto internacional: el cuestionario HERO-HOS del equipo de investigación WANT de la Universitat Jaume I, que lleva entre 15 y 20 minutos de rellenar, y evalúa, en 87 ítems, sus tres componentes relacionados con el entorno de trabajo: (1) recursos y prácticas organizacionales saludables (por ejemplo, estilo de liderazgo, autonomía, clima de apoyo social, nivel de exigencia respecto a la empatía); (2) empleados saludables, refiriéndose al nivel de bienestar psicológico de los profesionales (por ejemplo, optimismo, creencias de eficacia, *engagement*, confianza vertical, confianza horizontal, resiliencia); y (3) resultados organizacionales saludables (por ejemplo, calidad de servicio sanitario, desempeño intra y extra rol). Se responden a estas dimensiones utilizando una escala Likert de 7 puntos de anclaje que oscila de 0 (totalmente en desacuerdo / nunca) a 6 (totalmente de acuerdo / siempre). Un ejemplo de las preguntas respecto a la escala de clima de apoyo social del componente recursos y prácticas organizacionales es: «El supervisor/a manifiesta su preocupación por nuestros problemas personales».

Respecto a las dos últimas categorías, proyectos y proyectos pediátricos, se premian las mejores iniciativas y proyectos cuyos objetivos sean la promoción de la salud psicosocial del/la paciente y de sus familiares. El criterio de participación en estas categorías implica enviar dos documentos: una hoja de inscripción cumplimentada y una memoria explicativa, en la que se especifiquen los objetivos del proyecto y su relación con el plan estratégico de la organización, los antecedentes, la metodología, el plan de trabajo, las aportaciones del proyecto y la medición del mismo.

Criterios de selección y análisis de los datos

Con respecto a los criterios de selección de los trabajos para las categorías centros y servicios, es decir, para valorar si están dentro del *top ten* de los mejor evaluados, el ganador será aquel centro sanitario o servicio que obtenga mayores indicadores en los criterios de medida utilizados comparados con el resto de centros sanitarios y servicios participantes.

Para valorar los resultados y elegir a los ganadores, se utiliza el siguiente criterio de ponderación para las categorías centros y servicios: para la categoría centros, el 65 % corresponde a los resultados del cuestionario, el 25 % al nivel de participación y el 10 % restante a una entrevista y *checklist* realizados a la dirección del centro sanitario o a un representante de la organización; para la categoría servicios, el 75 % del total es atribuido a los resultados del cuestionario y el 25 % restante al nivel de participación de los trabajadores. Con respecto a la ponderación interna del cuestionario, a cada variable se le asignó un porcentaje dependiendo de la relevancia para este estudio (por ejemplo, 10 % a la media de optimismo, 10 % a la media de prácticas, 4,5 % a la media de autonomía para la categoría servicios).

Para el análisis de los cuestionarios HERO-HOS de las categorías centros y servicios, se obtiene, a partir de los resultados, la media general de cada variable y su desviación estándar, la cual es comparada con las demás medias para obtener el *ranking* final. Las entrevistas realizadas a los centros son analizadas mediante análisis de contenido (Ahuvia, 2001). Esta

técnica se utiliza para analizar categorías y obtener conclusiones basadas en un marco teórico previo (Denecke y Nejdí, 2009).

Para las categorías proyectos y proyectos pediátricos, el procedimiento de selección está organizado en dos fases. En la primera, los proyectos recibidos según las normas de los premios son puntuados por los organizadores según los criterios siguientes: (1) alcance, es decir, número de pacientes y familiares que se benefician de la medida; (2) impacto, esto es, en qué medida este proyecto genera bienestar; (3) medición, esto es, si se miden los resultados obtenidos y (4) originalidad, es decir, en qué medida este proyecto es novedoso. En la segunda fase, los 25 mejores proyectos según los criterios anteriores pasan a ser evaluados y votados por un jurado compuesto por personalidades relevantes en los ámbitos de la medicina, el *management*, la medicina del trabajo, la psicología positiva y el derecho del trabajo.

Resultados

Se comentarán a continuación los resultados de los *top ten* que participaron en la primera edición de los Premios Hospital Optimista (2015). Se inscribieron a estos premios un total de 130 hospitales, entre ellos 29 servicios, 13 hospitales y centros de atención primaria y 94 proyectos. Los que participaron de la evaluación mediante cuestionarios fueron 771 trabajadores pertenecientes a 5 hospitales y centros de atención primaria y 18 servicios/equipos multidisciplinares. El porcentaje de participación para las categorías centros fue de 57,3 %, mientras que para la categoría servicios, fue del 70,6 %.

En la primera gala de estos premios, llevada a cabo el 28 de abril del 2015 en Valencia, se dio a conocer el resultado de los *top ten* de las distintas categorías que participaron. Con respecto a las categorías centros y servicios, los resultados obtenidos mediante los criterios de evaluación, llevaron a establecer el *ranking top cinco* de las mejores candidaturas que participaron en la categoría centros y el *top ten* de la categoría servicios. En las figuras 1 y 2 se presentan las medias de las variables del resultado final, para las categorías centros y servicios respectivamente.

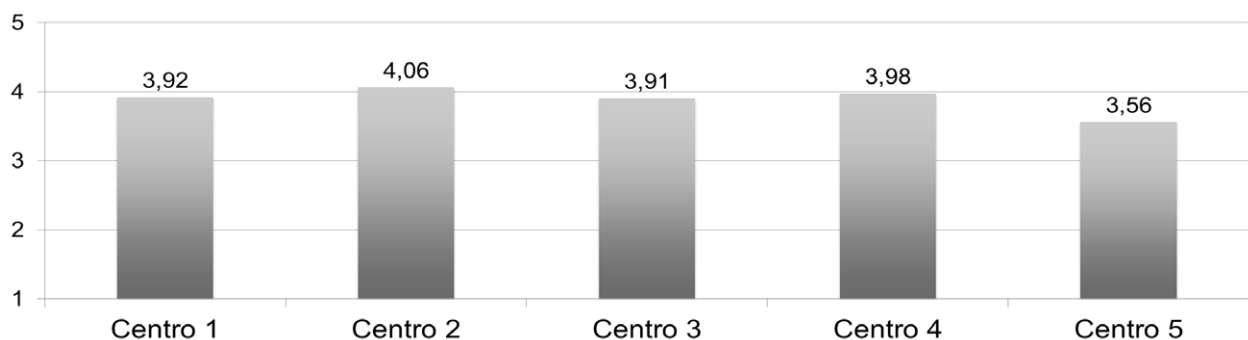


Figura 1. Medias de los resultados HERO-HOS (categoría centros)

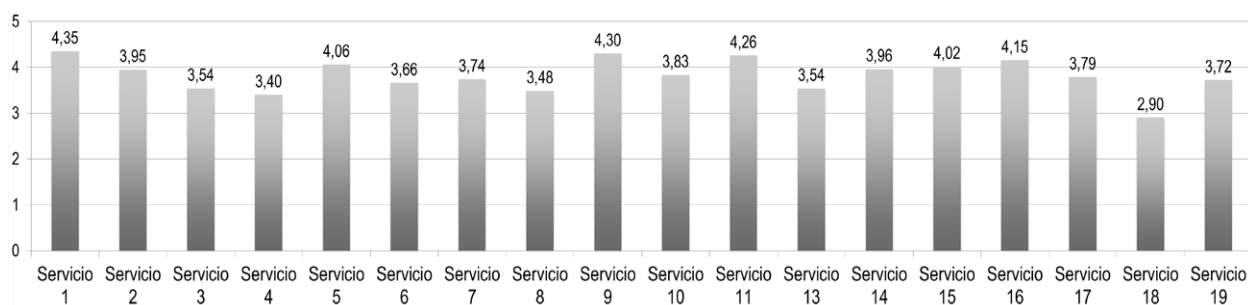


Figura 2. Medias de los resultados HERO-HOS (categoría servicios)

Respecto a la categoría proyectos llevados a cabo por hospitales, ONG, fundaciones o empresas en los centros sanitarios, se presenta a continuación el *top ten* de las mejores candidaturas:

- Proyecto HU-CI para la humanización de los cuidados intensivos: este proyecto busca promover una medicina más próxima al paciente y más respetuosa con sus necesidades y deseos.
- Proyecto 12 meses, 12 gestos: se trata de un programa de competencias profesionales que fomenta la atención cercana y humana. El principal objetivo del proyecto es humanizar los cuidados y lograr que tecnicismo y humanismo vayan de la mano.
- Proyecto Entorno más amable: cuidamos de ti, tú cuida de ellos. Se trata de un programa de humanización a la atención a los cuidadores de familiares con enfermedad crónica y estancia prolongada. Una de las acciones llevadas a cabo fue realizar un gimnasio para los cuidadores.
- Proyecto CuidART: es un proyecto integral de arte que se lleva a cabo en todo el hospital.
- Proyecto El sonido de la vida: programa de musicoterapia en paliativos pediátricos.
- Proyecto EmocionARTE: se trata de un amplio programa de actividades musicales y plásticas para el desarrollo emocional en aulas hospitalarias con evaluación posterior.
- Proyecto ¿Dónde te acompaño?: es un servicio de taxistas voluntarios que trasladan a pacientes y sus familias sin recursos en sus días libres.
- Proyecto Voluntariado y talleres informativos: se trata de un programa integral de servicios y formación a pacientes, familiares y personal sanitario. El programa consiste en un servicio de voluntariado que ofrece actividades a nivel asistencial y talleres de psicooncología informativos a nivel médico y psicológico para fomentar la parte activa del paciente en su recuperación.
- Proyecto Haciendo sonreír a los niños: es un taller para decorar espacios infantiles del hospital con materiales reciclados del área quirúrgica. La decoración es elaborada por usuarios/as de la comunidad terapéutica de salud mental en el taller color y taller del reciclado.
- Proyecto Efectos del yoga y la meditación: este proyecto es parte de un estudio para probar los efectos del yoga y la meditación sobre el estrés de los profesionales sanitarios de unidades de cuidados intensivos.

Con respecto a la cuarta y última categoría, la de proyectos pediátricos llevados a cabo por hospitales, ONG, fundaciones o empresas en los centros sanitarios, se realiza una mención especial en la gala a la mejor candidatura: el proyecto de estudio de la ansiolisis preoperatoria, una terapia combinada de fármacos con intervención de payasos de un hospital.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo era presentar el proyecto Premios Hospital Optimista, con datos de la primera gala, cuya misión es contribuir a la mejora de la salud de los pacientes hospitalizados fomentando y reconociendo las iniciativas que contribuyan a la creación de un entorno optimista para el paciente y su familia.

Este proyecto muestra un diseño innovador de investigación en el procedimiento y la recogida de datos, además de que utiliza una nueva forma de difundir los resultados de investigación a través de una gala de premios. A nivel práctico, pone de manifiesto el esfuerzo que se hace desde los centros y los servicios de salud, quienes ponen en valor lo que hacen para mejorar su entorno haciendo públicas sus iniciativas y a quienes se les reconoce a través de estos premios como organizaciones sanitarias saludables y resilientes (HERO-HOS). Así es como, al hacer públicas estas iniciativas a nivel nacional, las organizaciones dan a conocer su trabajo interna y externamente y, de esta manera, sirven de espirales virtuosas y contagio de positividad y optimismo a otros centros y servicios del ámbito de la salud.

Por medio de la participación en la gala, los servicios y los centros, al obtener de forma gratuita una evaluación científica del nivel de eficacia de sus equipos de trabajo, acceden a conocer su nivel actual y, a partir del mismo, pueden emprender acciones de mejora y evaluación en el tiempo.

A nivel teórico, los resultados obtenidos apoyan las evidencias proporcionadas por la investigación previa realizada por el equipo WANT en el contexto de las organizaciones sanitarias, sobre las relaciones específicas entre las variables de los componentes del modelo HERO, es decir, el efecto positivo que los recursos y las prácticas organizacionales saludables tienen sobre el bienestar de los empleados y que, a su vez, tienen un impacto positivo sobre los resultados saludables (Acosta, Salanova y Llorens, 2012; Salanova y cols., 2012), constatando la interrelación de los tres grupos de variables.

Una limitación de este trabajo es que, al estar acotado el objetivo a presentar las líneas generales de estos premios, no nos hemos centrado en realizar análisis estadísticos que muestren las relaciones y la incidencia entre las variables de los componentes que se han evaluado. Sin embargo, estos estudios están siendo realizados actualmente por el equipo WANT. Así mismo, para futuras investigaciones, sería interesante realizar análisis comparativos de los resultados del cuestionario HERO-HOS con otros estudios realizados a organizaciones sanitarias evaluadas con la misma metodología.

Por otro lado, el análisis se ha centrado en un estudio transversal de los resultados de la primera gala de estos premios (2015). Es por ello que futuros estudios podrían comparar resultados de esta primera edición con los de próximas ediciones mediante un diseño longitudinal con metodología cuantitativa y cualitativa que permita realizar análisis de las dinámicas temporales de los resultados.

Referencias bibliográficas

- Acosta, H., Cruz-Ortíz, V. M., Salanova, M. y Llorens, S. (2015). Organizaciones saludables: Analizando su significado desde el modelo HERO. *Revista de Psicología Social, 30*, 323-350.
- Acosta, H., Salanova, S. y Llorens, S. (2012). ¿Qué prácticas organizacionales saludables son más frecuentes en las empresas? Un análisis cualitativo. *Fórum de recerca, 16*, 1-16.
- Ahuvia, A. (2001). Traditional, interpretive, and reception based content analyses: Improving the ability of content analysis to address issues of pragmatic and theoretical concern. *Social Indicators Research, 54*, 139-172.
- Cifre, E., Acosta, H. y Colombo, V. (2011). Resultados de la evaluación cualitativa: Entrevistas a dirección. En S. Llorens y M. Salanova (eds.), *Organizaciones sanitarias saludables y resilientes: Un estudio de caso en hospitales* (pp. 63-67). Castellón: Fundación Dávalos-Fletcher.
- Bustamate, M., Llorens, S. y Acosta, H. (2014). Empatía y calidad de servicio: El papel clave de las emociones positivas en equipos de trabajo. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva, 1*, 7-17.
- Denecke, K. y Nejdil, W. (2009). How valuable is medical social media data? Content analysis of the medical web. *Information Sciences, 179*, 1870-1880.
- Hernández-Vargas, C. I., Llorens-Gumbau, S. y Rodríguez-Sánchez, A. M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología, 30*, 247-258.
- Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., Salanova, M., Llorens, S. y Nap, R. E. (2010). Efficacy beliefs predict collaborative practice among intensive care unit nurses. *Journal of advanced nursing, 66*, 583-594.
- Llorens, S., Salanova, M., Torrente, P. y Acosta, H. (2013). Interventions to promote Healthy & Resilient Organizations (HERO) from Positive Psychology. En G. F. Bauer y G. J. Jenny (eds.), *Salutogenic organizations and change: The concepts behind organizational health intervention research* (pp. 91-106). Zurich: Springer.
- McAllister, M. y Lowe, J. B. (2011). *The resilient nurse: Empowering your practice*. New York: Springer Publishing Co.
- Matos, P. S., Neushotz, L. A., Griffin, M. y Fitzpatrick, J. J. (2010). An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*, 307-312.
- Rodríguez-Sánchez, A., Hakanen, J. J., Perhoniemi, R. y Salanova, M. (2013). With a little help from my assistant: buffering the negative effects of emotional dissonance on dentist performance. *Community Dentistry & Oral Epidemiology, 41*, 415-423.
- Rodríguez-Sánchez, A., Llorens, S. y Salanova, M. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, 29*, 46-51.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos. *Estudios Financieros, 303*, 179-214.
- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión práctica de riesgos laborales, 58*, 18-23.
- Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I. M., Llorens, S. y Lorente, L. (2011). Psychosocial risks and positive factors among construction workers. En S. Clarke, C. Cooper y R. Burke (eds.), *Occupational health and safety: Psychological and behavioural challenges* (pp. 295-320). Farnham, England: Gower.

- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E. y Martínez, I. M. (2009). Psicología de la Salud Ocupacional: State of the art. En M. Salanova (ed.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 101-113). Madrid: Editorial Síntesis.
- Salanova, M., Llorens, S. y Rodríguez, A (2009). Hacia una psicología de la salud ocupacional más positiva. En M. Salanova (ed.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 247-284). Madrid: Editorial Síntesis.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E. y Martínez, I. M. (2012). We Need a Hero! Towards a Validation of the Healthy & Resilient Organization (HERO) Model. *Group Organization Management*, 37, 785-822
- Salanova, M., Llorens, S., Torrente, P. y Acosta, H. (2013). Intervenciones positivas para promover organizaciones saludables y resilientes. En F. Palací y M. Bernabé (eds.), *Consultoría Organizacional* (pp. 137-166). Madrid: Sanz y Torres.
- Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M. J. y Martínez, I. M. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 2256-2266.
- Salanova, M., Rodríguez-Sánchez, A. M., Del Líbano, M. y Ventura, M. (2012). Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes: Marco teórico y conceptual. En S. Llorens y M. Salanova (dirs.), *Organizaciones sanitarias saludables y resilientes: Un estudio de caso en hospitales de Castellón y provincia*. Castellón: Fundación Dávalos-Fletcher.

¿Qué beneficios aporta el pinzamiento tardío del cordón umbilical frente al precoz en recién nacidos a término?

ROCÍO PÉREZ SILVESTRE
al316140@uji.es

ÁGUEDA CERVERA GASCH
cerveraa@uji.es

Resumen

Introducción: El momento óptimo del pinzamiento del cordón umbilical causa controversia en las políticas sanitarias, sin existir un acuerdo a nivel nacional ni europeo. Hasta un período temprano, los países occidentales han llevado a cabo las intervenciones en el nacimiento de forma rutinaria, sin dar la importancia que precisa la relación madre-hijo. Por otro lado, está el nacimiento desde una forma fisiológica, que se centra en dejar que este se desarrolle de la forma más natural posible, respetando las elecciones autónomas de la madre y el bienestar del recién nacido. **Método:** Se realiza una revisión de la evidencia científica sobre los beneficios del pinzamiento tardío en recién nacidos a término comparando con el precoz, en Medline y Cochrane desde el 2009, completando la búsqueda con recomendaciones de la OMS, AEP, *Reduca* y *Anales de Pediatría*. **Resultados:** Las ventajas en que coinciden los artículos son que el pinzamiento tardío aumenta los depósitos de hierro, hematocrito y ferritina. Algunos corroboran que hay una diferencia positiva sobre los recién nacidos que se sometieron al pinzamiento tardío hasta los seis meses de edad. Los efectos secundarios no tienen alta prevalencia, siendo policitemia e ictericia, que en ocasiones precisan tratamiento. **Conclusiones:** Hay evidencia de que los beneficios del pinzamiento tardío superan a los del precoz, disminuyendo los porcentajes totales de anemia y las transfusiones y favoreciendo que los recién nacidos de países en vías de desarrollo con pocos recursos puedan optar por unos niveles férricos óptimos. Siempre teniendo en cuenta las contraindicaciones posibles y los efectos secundarios.

Palabras clave: cordón umbilical, pinzamiento tardío, pinzamiento precoz, a término.

Abstract

Introduction: The optimal timing of umbilical cord clamping is a controversial matter in health policies, with national or European agreements. For a considerable time, Western countries have carried out interventions at birth on a routine basis, without attaching the importance that the mother-child relationship requires. There is also birth from a physiological form, which focuses on allowing this to develop in the most natural way possible

by respecting the mother's autonomous choice and the newborn's welfare. **Method:** A review of the scientific evidence for the benefits of delayed clamping in at-term infants was performed compared to the early MEDLINE and Cochrane from 2009. The search was completed with who, AEP, REDUCA and annals of Paediatric recommendations. **Results:** The coinciding advantages found in the review indicated that delayed clamping increases iron, ferritin and haemotocrit deposits. Some confirm a positive difference in the newborns subjected to delay until the age of 6 months. Side effects appeared to have no high prevalence, and polycythaemia and jaundice sometimes required treatment. **Conclusions:** Evidence was found that delayed clamping benefits outweigh early clamping ones as the total percentages of anaemia and transfusions lowered. Encouragement is offered to developing countries with few resources as this practice allows them to opt for optimum iron levels, but possible contraindications and side effects must always be taken into account.

Keywords: umbilical cord, delayed clamping, at-term birth.

Introducción

El momento óptimo del pinzamiento del cordón umbilical causa controversia en las políticas sanitarias, sin existir un acuerdo a nivel nacional ni europeo, dado que los numerosos efectos beneficiosos o perjudiciales no disponen de evidencia científica suficiente. Hasta un período temprano, los países occidentales han llevado a cabo las intervenciones en el nacimiento de forma rutinaria, sin dar la importancia que precisa la relación madre-hijo. Durante los años 90 se medicalizó el proceso del parto de forma excesiva y un ejemplo es el tema a tratar: tras administrar fármacos uterotónicos y realizar la episiotomía, se procedía al pinzamiento y corte del cordón, para finalizar con la expulsión de la placenta; era entonces cuando se separaba de la madre. Por otro lado está el nacimiento desde una forma fisiológica y humanizada, que se centra en dejar que este se desarrolle de la forma más natural posible, siempre respetando las elecciones autónomas de la madre y la familia y el bienestar del recién nacido. Este modo de nacimiento que se empezó a considerar a partir del 2000 es en el que se evitan las intervenciones a no ser que haya una razón. Con ese cambio surge el tema a tratar, el pinzamiento tardío, dejando que la circulación fetal cese y hasta que la placenta se separa del útero.

Son estos los motivos por los que se han llevado a cabo estudios experimentales que prueban, mediante datos cuantitativos, los beneficios o las desventajas de cada tipo de pinzamiento tanto en el momento del nacimiento como a los cuatro o seis meses de este.

Según la OMS, se entiende como pinzamiento precoz el efectuado en los primeros 60 segundos tras el parto y el tardío es el que se realiza a partir de un minuto o hasta que las pulsaciones de cordón umbilical cesan (OMS, 2015). Hay numerosos estudios sobre las consecuencias de estas intervenciones para ambos, madre y recién nacido, y sobre aspectos como el peso, el test de Apgar, la ictericia o la morbilidad, pero la revisión se centra en las del recién nacido, valorando específicamente las diferencias que aporta sobre los niveles de hemoglobina, hematocrito y ferritina.

El feto contiene un volumen sanguíneo de alrededor de 70 ml/kg y la placenta 45 ml/kg. Esto supone que, después del nacimiento, mediante el pinzamiento tardío haya un mayor intercambio sanguíneo de la circulación placentaria, consiguiendo que aproximadamente 20-35 ml/

kg de sangre se transfunda, lo que supone un 5 % del volumen y de las células sanguíneas (Escarpa, 2012).

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los beneficios que aporta el pinzamiento tardío del cordón umbilical frente al precoz en nacidos a término. La búsqueda bibliográfica se ha realizado en dos bases de datos: Medline y Cochrane. Los criterios de inclusión en la selección de artículos son: nacidos entre la semana 37 y 42 por parto eutócico o distócico y artículos publicados en los últimos 7 años, excluyéndose los que trataban sobre recién nacidos prematuros. Tras la lectura de título y *abstract*, se han recuperado a texto completo los artículos que cumplían los criterios de inclusión. Se ha completado la búsqueda con apoyo bibliográfico y recomendaciones pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Española de Pediatría (AEP), la revista *Reduca* y un artículo publicado en el 2013 en *Anales de Pediatría*.

Resultados

La mayor parte de los artículos seleccionados aportan datos sobre los beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical, incluyendo también las contraindicaciones o los perjuicios que puede acarrear este proceso.

Según la OMS «se recomienda el pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical en todos los nacimientos, al tiempo que se inician simultáneamente los cuidados básicos del recién nacido» (OMS, 2015), incluyendo esta técnica en los alumbramientos de mujeres con VIH. También hay ocasiones en que está contraindicado; según la OMS, «no se recomienda cuando este sufre hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación» (OMS, 2015).

La Asociación Española de Pediatría recoge en su artículo una revisión de dos meta-análisis y estudios aleatorizados, ambos sobre lactantes de dos a seis meses. Los primeros se obtuvieron los siguientes resultados: mayor hematocrito en el grupo de pinzamiento tardío (2,00-5,40 %), mayor concentración de ferritina (16,58-19,21), depósitos de hierro (7,67-32,13) y una reducción del riesgo de anemia (0,40-0,70). Se observó un incremento del riesgo de policitemia asintomática sin otros efectos. En los segundos estudios, también hubo un incremento de la hemoglobina significativo, pero se indicó un aumento del riesgo de ictericia que precisó tratamiento (Sánchez, 2009).

Un estudio prospectivo publicado en *Anales de Pediatría* (Rincón, 2014) dividió a los pacientes en tres grupos, dependiendo del tiempo de pinzamiento (véase la tabla 1).

Tabla 1
Grupos en función del tiempo de pinzamiento

Grupo	Tiempo de pinzamiento
1	<60 sec.
2	1<2 min
3	2<3 min

Se realizaron análisis en el momento del nacimiento y a las 8 horas. Se obtuvieron los siguientes resultados: los niveles de hemoglobina, hematocrito, ferritina y bilirrubina aumentaron significativamente en el grupo 3, pero también los casos de policitemia asintomática.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España recoge que «la única ventaja del pinzamiento precoz es la disminución del tiempo de alumbramiento; en cambio se observa más anemia e hipovolemia en los recién nacidos. El pinzamiento tardío mejora la oxigenación cerebral, reduce la necesidad de trasfudir, disminuye las hemorragias intraventriculares y la sepsis; aunque también existe alguna contraindicación, como el crecimiento intrauterino retardado» (Ortega, 2009).

En la base de datos Cochrane un artículo que recoge 15 ensayos obtuvo los siguientes datos: los recién nacidos a los que se les intervino mediante el pinzamiento tardío tenían concentraciones de hemoglobina superior, persistiendo hasta los tres o seis meses, por lo tanto presentaban menor riesgo de anemia ferropénica. Pero también obtuvieron un pequeño riesgo adicional de ictericia que requería fototerapia (McDonald, 2013).

Sobre la búsqueda realizada en la base de datos Medline se refleja lo siguiente: un artículo (Nesheli, 2014) sobre un estudio ejecutado en 60 recién nacidos asignados aleatoriamente a grupos de pinzamiento precoz y tardío corroboró que, a los seis meses tras el parto, los niveles de hemoglobina, hematocrito y hierro sérico fueron significativamente superiores en los del grupo de pinzamiento tardío. Además, no registraron casos de policitemia, ictericia u otros efectos secundarios indeseables.

Otro artículo (Andersson, 2011) realizó un estudio con 400 recién nacidos para controlar el estado del hierro en lactantes de cuatro meses, asignados aleatoriamente a dos grupos (véase la tabla 2).

Tabla 2
Grupos en función del tiempo de pinzamiento

Tipo de pinzamiento	Tiempo de pinzamiento
Precoz	< 10 sec.
Tardío	> 180 sec.

Los resultados fueron unas concentraciones de hemoglobina 45 % superiores en el grupo del pinzamiento tardío, sin encontrar diferencias en los síntomas postnatales respiratorios, policitemia, hiperbilirrubinemia o que requirieran fototerapia.

Discusión y conclusiones

Los estudios citados anteriormente coinciden en los beneficios que se obtienen mediante el pinzamiento tardío, aunque algunos otros, como el realizado por McDonald y cols. (2013), aportan más información, asegurando que las concentraciones de hemoglobina perduran hasta los seis meses del lactante. Este aspecto se refuerza por el estudio que realizaron Andersson y cols. (2011), cuando los lactantes tenían cuatro meses, obteniendo unas concentraciones superiores a los del grupo de pinzamiento precoz. En cuanto a efectos adversos del pinzamiento tardío del cordón umbilical, solamente dos de los artículos seleccionados señalan que se

registraron: en el estudio de Sánchez y cols. (2009) y en el artículo de McDonald y cols. (2013) expuestos posteriormente.

Además se deben tener en cuenta unas consideraciones: el pinzamiento tardío se ha de considerar un impacto beneficioso en países en vías de desarrollo donde la anemia es más común en las madres o en los que no se dispone de los recursos alimentarios necesarios para una correcta nutrición de recién nacido (Van Rheenen, 2014). Por lo que el pinzamiento tardío puede ser un factor decisivo en el óptimo desarrollo y en la supervivencia del recién nacido. Por otra parte, se aconseja considerar el pinzamiento precoz en situaciones o características tanto del niño como de la madre; por ejemplo, en el sufrimiento fetal, la asfixia y el retardo del crecimiento intrauterino o si la madre tiene sensibilidad al factor Rh o diabetes (Rabe, 2007).

Por lo tanto, como conclusión, podemos citar que los numerosos estudios realizados en el tema aseguran que la modificación de un tiempo tan disminuido como uno o dos minutos en el clampaje del cordón umbilical en recién nacidos a término pueden aumentar de forma notable las concentraciones de hemoglobina y las reservas de hierro en los recién nacidos (Ortega, 2009). Esto produce una disminución en los primeros meses de vida de anemia y, por lo tanto, también disminuye la administración exógena de hierro, las transfusiones sanguíneas, etc. Se cita en alguno de estos estudios que se observan efectos nocivos como policitemia o ictericia, por ello sería un punto en contra realizar el pinzamiento tardío si no se disponen de medios para tratar la ictericia o hacer un buen control (Sánchez, 2009).

Referencias bibliográficas

- Andersson, O., Hellström-Westas, L., Andersson, D. y Domellöf, M. (2011). Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343, d7157. <http://doi.org/10.1136/bmj.d7157>
- Escarpa, M. M., (2012). Pinzamiento tardío vs pinzamiento precoz del cordón umbilical. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 4, 242-270.
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., y Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004074. Doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3
- Nesheli, H. M., Esmailzadeh, S., Haghshenas, M., Bijani, A. y Moghaddams, T. G. (2014). Effect of late vs early clamping of the umbilical cord (on haemoglobin level) in full-term neonates. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 64, 1303-1305.
- OMS (2015). Momento óptimo de pinzamiento del cordón umbilical para prevenir la anemia ferropénica en lactantes. Extraído de: http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/
- Ortega, E. M., Ruiz, A., Garrido, A. E. y Marchador, B. (2009). Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. *Matronas profesión*, 10, 25-28.
- Rabe, H., Reynolds, G. y Díaz-Rossello, J. (2007). Pinzamiento precoz versus pinzamiento tardío del cordón umbilical en prematuros. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003248. Doi: 10.1002/14651858.CD003248.pub2.
- Rincón, D., Foguet, A., Rojas, M., Segarra, E., Sacristán, E., Teixidor, R. y cols. (2014). Tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y complicaciones neonatales, un estudio prospectivo. *Anales de Pediatría*, 81, 142-148.
- Sánchez, M., Pallás, C. R., Botet, F., Echániz, I., Castro, J. R., Narbona, E. y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2009). Recomendaciones para el

cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71, 349-361.

Van Rheenen, P. y Brabin, B. J. (2004). Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialised countries: a systematic review. *Annals of Tropical Paediatrics*, 24, 3-16.

Violencia de parejas jóvenes a través de internet

BELÉN PIQUER BARRACHINA
al209517@uji.es

JESÚS CASTRO CALVO
castroj@uji.es

CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA
gimenezc@uji.es

Resumen

Introducción: El uso de internet amplía la cobertura en la que se puede ejercer la violencia de pareja entre los jóvenes. Por ello, el objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia de la violencia entre parejas jóvenes a través de internet, examinando diferencias en función del género. **Método:** Los participantes son 109 jóvenes (44 chicos y 65 chicas) con una edad promedio de 22,86 años (DT = 2,859), sin existir diferencias significativas en edad, orientación sexual y nivel de estudios, entre chicos y chicas. Los participantes cumplimentaron el *Cyber Dating Abuse Questionnaire* (Borrajó y cols., 2015) de manera confidencial y voluntaria. **Resultados:** Un 56,5 % de la muestra reconoce controlar las actualizaciones de estado de sus parejas y el 40 % asegura que sus parejas han empleado las nuevas tecnologías para saber dónde y con quién estaban, sin diferencias significativas por género. Según la prueba *t* ($t = 2,696$; $p \leq ,008$), solo se establecen diferencias significativas, a favor de los chicos, en publicar contenidos para insultar o humillar a la pareja. Además, un 4,5 % de chicos y chicas reconoce que podría ejercer algún tipo de abuso hacia su pareja, sin diferencias significativas de género. **Conclusiones:** Los resultados indican que entre esta población existen conductas que favorecen la exposición y realización de la violencia. En particular, el elemento de control prevalece en el uso de internet. Además, tanto chicos como chicas reconocen que podrían ejercer abuso hacia su pareja. Estos datos apoyan aquellos estudios que describen la violencia entre las parejas jóvenes cómo un fenómeno bidireccional.

Palabras clave: violencia, internet, jóvenes, género, pareja.

Abstract

Introduction: Internet use increases the possibilities of performing intimate partner violence among young people. Therefore, the objective of this study was to analyse prevalence of violence among young couples on the Internet by examining gender differences. **Method:** The sample included 109 young people (44 males, 65 females) whose average age was 22.86 years ($SD=2.859$), with no significant gender differences in age, sexual orientation and level of education. Participants confidentially

and voluntarily completed the Cyber Dating Abuse Questionnaire (Borrajo et al., 2015). **Results:** Of the sample, 56.5% reported the monitoring status updates on their partners' social networks, and 40% stated that their partners used new technologies to know where they were and who they were with. No significant gender differences were found. According to the Student's *t*-test ($t= 2.696$, $p\leq .008$), significant differences are observed for males related to posting content to insult and/or humiliate their partners. Moreover, 4.5% of males/females reported that they exerted some form of abuse on their partners, with no significant gender differences. **Conclusion:** These findings indicate behaviours among young people that encourage exposure and performing partner violence. In particular, the control element prevails in using new technologies. Both genders reported exerting abuse on partners. These data support studies that describe violence in young couples as a bidirectional phenomenon.

Keywords: violence, Internet, young people, gender, couples

Introducción

La violencia de pareja se ha reconocido en los últimos años como un problema social, convirtiéndose en el objetivo de numerosas investigaciones (Durán y Martínez-Pecino, 2015; Straus y Mickey, 2012). Parte de los estudios se han centrado más en la violencia que se da entre parejas adultas, en un contexto de convivencia, dejando de lado la que se puede producir en edades más tempranas y en situaciones de noviazgo. En cuanto a la perpetración y victimización de la violencia, clásicamente se ha visto que existen diferencias claras entre género, dándose tasas mayores de hombres que ejercen violencia y de mujeres víctimas de ella (Zweig y cols., 2013). Pero cabe destacar cómo según algunos autores (Fernández-González, 2013) esta regla cambia, encontrándose tasas similares de perpetración y victimización independientes del género. Así pues, en parejas jóvenes, el patrón de agresión podría darse de forma bidireccional (Straus y Luis, 2007; Straus y Mickey, 2012; Straus, 2004). Además, cuando se analiza la relación entre bidireccionalidad y edad, se encuentra que cuanto menor es la edad de los sujetos mayor es la bidireccionalidad y la prevalencia de agresión por parte de la mujer (Archer, 2002 en Fernández-González, 2013).

Por otro lado, las nuevas tecnologías amplían el campo en el que se puede ejercer violencia en las relaciones de pareja (Durán y Martínez-Pecino, 2015). Además, las personas jóvenes son consideradas *nativas digitales*. Por ejemplo, hasta el 75 % de los jóvenes europeos usa internet (Living-Stone y Haddon, 2009).

La aparición de las nuevas tecnologías ha cambiado nuestra sociedad y, sobre todo, las relaciones que se establecen entre las personas. Internet y las redes sociales tienen un impacto positivo ya que proporcionan herramientas que facilitan la creación de relaciones interpersonales, el mantenimiento así como el aumento de la satisfacción con las mismas, pero también entrañan nuevos riesgos que antes eran inexistentes. Las nuevas tecnologías constituyen una nueva herramienta para el control y la vigilancia, haciendo que los jóvenes sean más accesibles y, por lo tanto, más susceptibles a la intrusión interpersonal y el acoso (Van Ouytsel, Van Gool, Walrave, Ponnet y Peeters, 2016). En el contexto de una relación de pareja, las redes sociales y las aplicaciones móviles propician situaciones de ciberacoso, control y abuso (Burke, Wallen, Vail-Smith y Knox, 2011; Durán y Martínez-Pecino, 2015; Van Ouytsel y cols., 2016; Zweig,

Dank, Yahner y Lachman, 2013). Entendemos el ciberacoso como una forma de intimidación, acoso y malos tratos por parte de un individuo o grupo hacia otro, implicando el uso de las tecnologías como medio de agresión (Durán y Martínez-Pecino, 2015).

En cuanto a la prevalencia de la violencia de pareja en jóvenes, Durán y Martínez-Pecino (2015), en un estudio con población universitaria y edades comprendidas entre los 18 y 30 años, encontraron que un 57,2 % declaraba haber sido víctima de acoso por parte de su pareja a través del teléfono móvil y un 27,4 % a través de internet, siendo mayor el porcentaje de chicos victimizados. Además, un 47,6 % declaró haber acosado a su pareja a través del teléfono móvil y un 14 % a través de internet, siendo mayor el porcentaje de chicos acosadores. En otro estudio con población similar (Finn, 2004), se encontró que entre el 10 % y el 15 % habían sido víctimas de acoso por parte de sus parejas. Zweig y cols. (2013) encontraron que alrededor del 26 % fueron víctimas de ciberacoso por parte de sus parejas en el último año, siendo la forma más frecuente de acoso el uso de las redes sociales sin permiso del encuestado.

En cuanto a las diferencias de género, las investigaciones no son concluyentes. Algunos autores afirman que los hombres son más victimizados que las mujeres (Durán y Martínez-Pecino, 2015), aunque estos ejerzan mayor acoso a sus parejas. En otro estudio (Zweig y cols., 2013), las mujeres reportaron mayores tasas de victimización con un 29 % frente al 23 % de los hombres. Por último, en una investigación realizada por Burke y cols. (2011), se observó que las mujeres ejercían un control y supervisión hacía sus parejas significativamente mayor que los hombres; concretamente, algunas mujeres comprobaban las redes sociales de sus parejas (más del 50 %), los correos electrónicos (20 %) y utilizaban las contraseñas de sus parejas (20 %) sin permiso para supervisar las conversaciones.

Los trabajos existentes respecto al ciberacoso han tendido a centrarse en población adolescente y contextos escolares, dejando al margen otros importantes grupos de edad, como los jóvenes, y otros contextos, como pueden ser las relaciones de noviazgo. Por ello, el objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia de la violencia de pareja en jóvenes a través de internet, así como las diferencias de género que se puedan establecer.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 109 jóvenes, con un rango de edad comprendido entre los 18 y 28 años ($M = 22,86$; $DT = 2,859$). De la muestra total, 65 eran chicas (59,6 %) y 44 eran chicos (40,4 %). En cuanto a la ocupación de los participantes, un 61,5 % eran estudiantes, el 28,4 % se encontraban en activo y el 10,1 % estaban en una situación de desempleo. El nivel de estudios más prevalente fue estudios universitarios (49,5 %), seguido de máster o doctorado (20,2 %) y bachillerato (10,1 %). Tan solo el 2,8 % refirió no tener ningún tipo de estudio. En lo que se refiere a la nacionalidad, el 96,3 % de los participantes eran españoles y el 3,7 % de otras nacionalidades. Por otro lado, se registraron datos sobre la orientación sexual, con 98 participantes (89,9 %) heterosexuales, 7 (6,4 %) homosexuales y 4 (3,7 %) bisexuales. Después de los análisis pertinentes se demostró que no existían diferencias significativas en edad ($t = -1,228$; $p \leq ,222$), orientación sexual ($t = 0,147$; $p \leq ,677$) y nivel de estudios ($t = -1,598$; $p \leq ,113$) entre chicos y chicas.

Procedimiento

La obtención de los datos se realizó mediante un cuestionario *online* difundido a través de redes sociales y aplicaciones móviles. La información fue recogida entre enero y marzo del año 2016. La participación en el estudio fue totalmente anónima, confidencial y voluntaria. Antes de cumplimentar el instrumento, se informó a los participantes de la confidencialidad con la que se tratarían los datos y se obtuvo su consentimiento. Además, no se dotó de ningún tipo de remuneración económica.

Instrumento de evaluación

Para llevar a cabo el presente estudio se utilizó un cuestionario llamado *Cyber Dating Abuse Questionnaire* (CDAQ) (Borrajo y cols., 2015). Se trata de un instrumento compuesto por un total de 40 ítems en una escala tipo Likert de 6 puntos (nunca, no en el último año, raramente, a veces, frecuentemente, normalmente) que recogen información sobre distintos tipos de ciberacoso que se pueden dar en una relación de noviazgo como son: las amenazas, el robo de identidad, el control y la humillación. Existen 20 ítems donde se pide información acerca de la victimización y 20 ítems sobre la perpetración, es decir, la persona debe responder tanto si se lo hacen a ella como si ella lo realiza (por ejemplo, «Mi pareja o expareja ha creado un perfil falso de mí en una red social con el fin de causar problemas» o «He creado un perfil falso de mi pareja o expareja en una red social con el fin de causarle problemas»). Las instrucciones solicitan que señale las veces que la persona o su pareja/expareja han realizado alguna de las conductas durante el último año. En cuanto a la fiabilidad del instrumento, el α de Cronbach se encuentra entre ,73 y ,87 para las escalas que componen el instrumento (perpetración y victimización; control y agresión directa).

Por otra parte, también se recogió información de carácter demográfico: sexo, edad, nivel de estudios, ocupación y orientación sexual. A continuación, se pedía información sobre si alguna vez habían tenido pareja, si actualmente tenían pareja, el sexo de la pareja y la duración de la relación. Por último, se añadieron dos ítems sobre la percepción de riesgo ante la violencia de pareja y la posibilidad de ejercer abuso en una relación.

Análisis de datos

Se han realizado análisis descriptivos y análisis diferenciales (Chi-cuadrado y pruebas *t*). Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS statistics versión 23.

Resultados

Prevalencia de la perpetración y victimización en las relaciones de pareja y de los elementos de control y agresión directa

En lo que se refiere a la prevalencia de la victimización y la perpetración de la violencia, de los 109 jóvenes, un 18,63 % y un 18,23 % de chicos y chicas, respectivamente, han ejercido abuso hacia sus parejas a través de internet. Por otra parte, un 21,12 % de chicos y un 15,52 % de chicas se han sentido victimizados por sus parejas a través de internet. En cuanto a los datos más llamativos, cabe destacar que un 71,6 % reconoce comprobar la hora de la última conexión de sus parejas en aplicaciones móviles o redes sociales, seguido de un 56,9 %

que controla las actualizaciones de estado de sus parejas. Así mismo, un 67,9 % y un 51,4 % asegura que sus parejas comprueban la hora de sus últimas conexiones y controlan sus actualizaciones de estado, respectivamente (véase la tabla 1).

En los ítems relacionados con el control, en la perpetración, los datos se sitúan entre el 15,6 % («He llamado de forma excesiva a mi pareja o expareja para controlar dónde estaba y con quién») y el 71,6 % («he comprobado la hora de la última conexión de mi pareja o expareja en aplicaciones móviles o redes sociales»). En la victimización, los datos en el elemento de control se sitúan entre el 17,4 % («Me ha llamado de forma excesiva para controlar dónde estaba y con quién») y el 67,9 % («Ha comprobado la hora de mi última conexión en aplicaciones móviles o redes sociales»).

En los ítems relacionados con la agresión directa, tanto perpetración como victimización son menos prevalentes, aunque no por ello menos importantes; los datos en agresión directa en el factor *victimización* se sitúan entre el 0,9 % («Ha creado un perfil falso de mí en una red social con el fin de causar problemas») y el 9,2 % («Ha publicado música, poemas, frases, etc. en las actualizaciones de estado de su red social, refiriéndose a mí con la intención de insultarme y/o humillarme»). En el factor de *perpetración* las cifras se sitúan entre 0,9 % («He utilizado las nuevas tecnologías para hacerme pasar por mí pareja o expareja y causarle problemas») y el 8,3 % («He enviado mensajes a mi pareja o expareja insultándole y/o humillándole utilizando las nuevas tecnologías») (véase la tabla 1).

Tabla 1
Diferencias de género en CDAQ: perpetración y victimización de la violencia

CDAQ	Total (%)	Chicos (%)	Chicas (%)	X ²
He comprobado la última conexión de mi pareja o expareja en aplicaciones móviles o redes sociales.	71,6	63,6	76,9	5,667
Ha comprobado la hora de mi última conexión en aplicaciones móviles o redes sociales.	67,9	72,7	64,6	9,654
He controlado las actualizaciones de estado de mi pareja o expareja.	56,9	54,5	58,5	3,273
Ha controlado mis actualizaciones de estado en mi red social.	51,4	50,0	52,3	6,613
He controlado las amistades de mi pareja o expareja en sus redes sociales.	40,4	36,4	43,1	2,343
Ha controlado las amistades que tengo en mis redes sociales.	34,9	40,9	30,8	6,821
He revisado el teléfono móvil de mi pareja o expareja sin su permiso.	38,5	36,4	40,0	0,546
Ha revisado mi teléfono móvil sin mi permiso.	33,9	36,4	32,3	2,701
He revisado las redes sociales, WhatsApp o el correo electrónico de mi pareja o expareja sin su permiso.	34,9	27,3	40,0	5,713
Ha revisado mis redes sociales, WhatsApp o mi correo electrónico sin mi permiso.	25,7	31,8	21,5	6,565
He utilizado las nuevas tecnologías para controlar dónde y con quién ha estado mi pareja o expareja.	32,1	38,6	27,7	8,877

CDAQ	Total (%)	Chicos (%)	Chicas (%)	X ²
Ha utilizado las nuevas tecnologías para controlar dónde y con quién he estado.	33,0	36,4	30,8	4,825
He exigido a mi pareja o expareja que responda inmediatamente a mis llamadas o mensajes.	30,3	38,6	24,6	5,528
Me ha exigido que responda a sus llamadas o mensajes inmediatamente.	36,7	43,2	32,3	1,494
He utilizado las contraseñas, sin permiso, para examinar los mensajes o contactos de mi pareja o expareja.	23,9	22,7	24,6	1,047
Ha utilizado mis contraseñas, sin permiso, para examinar mis mensajes o contactos.	19,3	22,5	16,9	3,958
He llamado de forma excesiva a mi pareja o expareja para controlar dónde estaba y con quién.	15,6	22,7	10,8	4,031
Me ha llamado de forma excesiva para controlar dónde estaba y con quién.	17,4	25,0	12,3	4,176
He enviado mensajes a mi pareja o expareja insultándole y/o humillándole.	8,3	9,1	7,7	4,314
Me ha enviado mensajes insultándome y/o humillándome a través de las nuevas tecnologías.	6,4	9,1	4,6	7,996
He publicado frases, etc. en las actualizaciones de estado, refiriéndome a mi pareja o expareja con la intención de insultar y/o humillar.	4,6	11,4	0,0	7,741
Ha publicado frases, etc. en las actualizaciones de estado, refiriéndose a mí con la intención de insultar y/o humillar.	9,2	15,9	4,6	4,432
Me he hecho pasar por otra persona para poner a prueba a mi pareja o expareja.	3,7	0,0	6,2	2,811
Se ha hecho pasar por otra persona para ponerme a prueba.	2,8	4,5	1,5	3,656
He difundido rumores, chismes y/o mentiras sobre mi pareja o expareja, con la intención de ridiculizarle.	1,8	4,5	0,0	3,010
Ha difundido rumores, chismes y/o mentiras sobre mí, con la intención de ridiculizarme.	3,7	6,8	1,5	3,108
He revelado secretos o información comprometida sobre mi pareja o expareja.	1,8	0,0	3,1	1,379
Ha revelado secretos o información comprometida sobre mí.	1,8	4,5	0,0	3,010
He amenazado a mi pareja o expareja con revelar secretos o información comprometida sobre ella.	1,8	2,3	1,5	2,156
Ha amenazado con revelar secretos o información comprometida sobre mí.	2,8	6,8	0,0	4,557
He escrito un comentario en el muro de una red social para insultar o humillar a mi pareja o expareja.	0,9	2,3	0,0	1,491
Ha escrito un comentario en el muro de una red social insultándome o humillándome.	2,8	4,5	1,5	1,579

CDAQ	Total (%)	Chicos (%)	Chicas (%)	X ²
He utilizado las nuevas tecnologías para hacerme pasar por mí pareja o expareja y causarle problemas.	0,9	2,3	0,0	1,491
Ha utilizado las nuevas tecnologías para hacerse pasar por mí y causarme problemas.	3,7	6,8	1,5	5,185
Ha amenazado, a través de las nuevas tecnologías, con hacerme daño físicamente.	1,8	2,3	1,5	2,156
Ha creado un perfil falso de mí en una red social con el fin de causar problemas.	0,9	2,3	0,0	1,491

Nota. *p<,05; **p<,01; ***p<,001

Diferencias de género en cuanto a la prevalencia de la perpetración y victimización de la violencia

En lo que se refiere a las diferencias de género (véase la tabla 1), solo se han encontrado diferencias significativas en «publicar música, poemas, frases, etc. en las actualizaciones de estado de las redes sociales, con la intención de insultar y/o humillar», en la perpetración, a favor de los chicos ($t = 2,696$; $p \leq ,008$). En cuanto a la victimización, también hay diferencias significativas de género en el mismo ítem, donde los hombres se ven más afectados que las mujeres ya que sus parejas realizan esta conducta ($t = 2,098$; $p \leq ,036$). En el resto de ítems las respuestas de chicos y chicas son similares.

Posibilidad de padecer y ejercer abuso o maltrato

Los datos obtenidos (véase la tabla 2) reflejan que, al parecer, las chicas tienen una percepción de riesgo mayor que los chicos ante la posibilidad de padecer abuso en una relación de pareja, suponiendo el 15,4 % de las participantes, aunque no existen diferencias significativas entre chicos y chicas.

Tabla 2
Percepción de riesgo ante la violencia de pareja

	¿En qué medida crees que podrías padecer abuso o maltrato en una relación de pareja?				X ²
	Nada (%)	Algo (%)	Bastante (%)	Totalmente (%)	
Chicos	93,2	6,8	0,0	0,0	2,356
Chicas	84,6	12,3	1,5	1,5	

Nota. *p<,05; **p<,01; ***p<,001

En cuanto a la posibilidad de ejercer abuso, los datos están bastante igualados entre chicos y chicas, con un 4,5 % de los participantes (véase la tabla 3).

Tabla 3
Posibilidad de ejercer abuso en una relación de pareja

¿En qué medida crees que podrías ejercer abuso o maltrato en una relación de pareja?					
	Nada (%)	Algo (%)	Bastante (%)	Totalmente (%)	X ²
Chicos	95,5	4,5	0,0	0,0	0,831
Chicas	95,4	3,1	1,5	0,0	

Nota. *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Conclusiones

Los resultados apoyan estudios previos que también indican la exposición y realización de la violencia en la pareja joven (Fernández-González, 2013). Este trabajo estudia las conductas de victimización y perpetración de la violencia en una situación de noviazgo en población joven y analiza las diferencias de género que se pueden establecer en esta población, lo que contribuye a la literatura existente al respecto.

Respecto a los datos sobre victimización, un 18,3 % de los participantes han sido victimizados por sus parejas a través de internet. Estos resultados arrojan la existencia de víctimas de violencia entre las personas jóvenes, en la línea de Durán y Martínez-Pecino (2015), aunque sea con menores prevalencias. Dichos autores obtuvieron porcentajes de victimización entre el 27 % y el 57 %, aproximadamente. Sin embargo, en cuanto a la perpetración de la violencia, un 18,4 % de los participantes afirma haber ejercido algún tipo de acoso a sus parejas a través de internet, dato que está en consonancia con este mismo estudio (Durán y Martínez-Pecino, 2015), donde se obtiene que un 14 % ejerce acoso a través de internet.

En cuanto a las diferencias de género, en la línea de la misma investigación (Durán y Martínez-Pecino, 2015), hemos encontrado que los chicos (21,12 %) están más victimizados que las chicas (15,52 %). Aunque, por otra parte, chicos y chicas ejercen acoso en una medida similar, obteniendo porcentajes del 18,6 % para los chicos y del 18,2 % para las chicas, en contraposición con lo encontrado en dicho estudio. Más concretamente, las chicas demuestran, en mayor medida que los chicos, un mayor control sobre sus parejas, alcanzando cifras del 76,9 % en comprobar la hora de última conexión de sus parejas, frente al 63,6 % de los chicos; datos similares a los encontrados en otros estudios (Burke y cols., 2011). En cuanto a las diferencias, solo se han encontrado diferencias significativas en publicar contenidos en las redes sociales con el fin de humillar o insultar a su pareja, donde los chicos realizan esta conducta significativamente más que las chicas.

Los resultados obtenidos también ponen de manifiesto la bidireccionalidad de esta problemática, donde tanto chicos como chicas ejercen acoso hacia sus parejas en proporciones similares, apoyando aquellos estudios que describen la violencia entre las parejas jóvenes como un fenómeno bidireccional (Fernández-González, 2013; Straus y Luis, 2007; Straus y Mickey, 2012; Straus, 2004).

En conclusión, el elemento más prevalente de la violencia a través de internet parece ser el elemento de control, donde una gran proporción de los participantes realiza de forma casi rutinaria una supervisión de los comportamientos de su pareja a través de internet. Además, tanto chicos como chicas ejercen acoso hacia sus parejas a través de este medio.

Estos resultados cabría tenerlos en cuenta considerando algunas limitaciones. Por un lado, sería conveniente ampliar el número de participantes y las variables que podrían mediar

en el problema. Además, se podría investigar si existen relaciones entre ser víctima y convertirse en un futuro acosador o viceversa. La identificación de factores que medien en la incidencia del problema abre caminos hacia la prevención de este tipo de situaciones.

En cualquier caso, el estudio ofrece aportaciones relevantes al analizar la violencia de pareja y el ciberacoso que se produce en la población joven, los cuales son fuertes usuarios de internet. A su vez, esto sugiere una modernización de los medios de violencia, dejando de lado la violencia física y adentrándose en la monitorización de la pareja, suponiendo un control mucho mayor.

Referencias bibliográficas

- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 313-351, en Fernández González, L. (2013). *Prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo: Aplicación y valoración de un programa para adolescentes*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/13026/62477_FernandezGonzalezLiria.pdf?sequence=1
- Borrajo, E., Gámez-Guadix, M., Pereda, N. y Calvete, E. (2015). The development and validation of the cyber dating abuse questionnaire among young couples. *Computers in Human Behavior*, 48, 358-365.
- Burke, S. C., Wallen, M., Vail-Smith, K. y Knox, D. (2011). Using technology to control intimate partners: An exploratory study of college undergraduates. *Computers in Human Behavior*, 27, 1162-1167.
- Durán, M. y Martínez-Pecino, R. (2015). Ciberacoso mediante teléfono móvil e Internet en las relaciones de noviazgo entre jóvenes. *Comunicar*, 22, 159-167.
- Fernández González, L. (2013). *Prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo: Aplicación y valoración de un programa para adolescentes*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/13026/62477_FernandezGonzalezLiria.pdf?sequence=1
- Finn, J. (2004). A survey of online harassment at a university campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 464-483.
- Straus, M. A. (2004). Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. *Violence Against Women*, 10, 790-811.
- Straus, M. A. y Luis, I. (2007). Gender Symmetry in Prevalence, Severity, and Chronicity of Physical Aggression Against Dating Partners by University Students in Mexico and USA. *Aggressive Behaviour*, 33, 281-290.
- Straus, M. A. y Mickey, E. L. (2012). Reliability, validity, and prevalence of partner violence measured by the conflict tactics scales in male-dominant nations. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 463-474.
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Walrave, M., Ponnet, K. y Peeters, E. (2016). Exploring the role of social networking sites within adolescent romantic relationships and dating experiences. *Computers in Human Behavior*, 55, 76-86.
- Zweig, J. M., Dank, M., Yahner, J. y Lachman, P. (2013). The Rate of Cyber Dating Abuse Among Teens and How It Relates to Other Forms of Teen Dating Violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 1063-1077.

Principales fantasías sexuales en jóvenes españoles y diferencias en función de variables sociodemográficas

DAVID RAYA GÜMIL
al128587@uji.es

CARLA IBÁÑEZ NAVA
al128608@uji.es

IVÁN MARTÍNEZ NAVARRO
al311438@uji.es

PEDRO SALMERÓN-SÁNCHEZ
psalmero@uji.es

RAFAEL BALLESTER-ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

Introducción: El concepto *fantasía sexual* define cualquier pensamiento o imagen que provoca excitación en una persona, sea una historia real, una elaboración imaginaria o un pensamiento fugaz. Son frecuentes durante la masturbación o las relaciones sexuales pero también aparecen en situaciones no sexuales. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia de las fantasías sexuales más comunes entre los jóvenes, así como estudiar posibles diferencias según distintas variables demográficas. **Metodología:** Se analizaron las respuestas de 192 hombres y 208 mujeres entre 18 y 26 años ($M = 21,8$; $DT = 2,2$), que contestaron de forma *online* al cuestionario SFQ (Wilson, 1978), en su adaptación española de Sierra y cols. (2006) versionada para este estudio. **Resultados:** La edad media de inicio de fantasías sexuales es de 13,5 años (hombres: 12,7 y mujeres: 14,3; $t = -6,38$; $p < 0,05$). Se hallaron diferencias significativas en el número de fantasías sexuales que presentaban ambos sexos ($t = -2,062$; $p < 0,05$), siendo la media mayor en mujeres, y se encontró una media significativamente superior en el grupo de jóvenes con orientación bisexual respecto al de orientación heterosexual ($F = 9,607$; $p < 0,05$). Entre las cinco fantasías sexuales más prevalentes en cada sexo, cuatro de ellas coincidían en hombres y mujeres. **Conclusiones:** Los hombres experimentan fantasías sexuales a una edad más temprana que las mujeres. Existen diferencias significativas en el número de fantasías sexuales en función del género y la orientación sexual, pero no en su contenido.

Palabras clave: fantasías sexuales, edad de inicio, orientación sexual, acto sexual, población joven.

Abstract

Introduction: The concept “sexual fantasy” defines any thought or image that triggers excitation in a person. It might be a real story, a drawing imaginary or a fleeting thought. They are common during masturbation or sexual intercourse but also in non-sexual situations. The aim of this study is to analyze the prevalence of the most common sexual fantasies among youth, as well as to study possible differences based on demographic variables. **Methodology:** The responses of 192 men and 208 women aged between 18 and 26 ($M = 21.8$; $SD = 2.2$), to our particular online version of the Sierra et al. (2006) Spanish adaptation of the SFQ (Wilson, 1978) were analyzed. **Results:** The mean age of the onset of sexual fantasies is 13.5 years (men: 12.7 and women: 14.3; $t = -6.381$; $p < 0.05$). Significant differences on the number of sexual fantasies based on sex were found ($t = -2.062$; $p < 0.05$), in which women reported a higher mean. A significant higher mean in the bisexual orientation youth group compared to the heterosexual orientation group was also found ($F = 9.607$; $p < 0.05$). Among the five most prevalent sexual fantasies in each sex, men and women shared four of them. **Conclusions:** Men experience sexual fantasies at an earlier age than women. There are significant differences in the amount of sexual fantasies according to sex and sexual orientation, but not about the subject matter.

Keywords: sexual fantasy, age of the onset, sexual orientation, sexual intercourse, youth.

Introducción

Las fantasías sexuales hacen referencia a cualquier pensamiento o imagen capaz de provocar excitación en la persona. Pueden estar basadas en historias reales o responder a elaboraciones imaginarias, ya sean bizarras o realistas. Surgen en situaciones sexuales, como la masturbación o las relaciones sexuales, aunque también durante situaciones sin connotación sexual (Leitenberg y Henning, 1995).

Los pensamientos y cogniciones pueden incrementar o inhibir la respuesta sexual a cualquier forma de estimulación sensorial y, en ausencia de estimulación física, la fantasía sexual por sí sola es estimulante. Además, las fantasías sexuales pueden dirigir la conducta futura de una persona, así como reflejar experiencias pasadas, sin ser necesariamente personales.

Debido a que las fantasías sexuales son privadas y no dependen de la participación de ninguna otra persona para poder llevarse a cabo, pueden ser más reveladoras que la conducta real, tanto en hombres como en mujeres (Ellis y Symons, 1990). Pueden, incluso, ser la base de ofensas sexuales como el exhibicionismo, la violación y el abuso sexual, según su contenido. En el estudio realizado por Joyal, Cossette y Lapierre (2015) en el que se trabajó sobre la definición de las fantasías sexuales inusuales y raras, se encontró que dos fantasías sexuales fueron insólitas (expresadas por menos del 2,3 % de los participantes): tener sexo con un niño de una edad menor a 12 años y tener sexo con un animal.

Por otra parte, su ausencia o la culpa generada acerca de tenerlas puede contribuir al desarrollo de disfunciones sexuales. En el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), la presencia de pensamientos sexuales/eróticos o fantasías es considerada un indicador de

salud sexual, y la ausencia de estos sería uno de los criterios para diagnosticar un deseo sexual hipoactivo en el hombre y un trastorno del interés/excitación sexual en la mujer (Moyano y Sierra, 2014).

Numerosas investigaciones estudian las posibles diferencias de género a la hora de recurrir a fantasías sexuales. En su estudio, Moyano y Sierra (2014) indican que los hombres tienden a experimentar fantasías sexuales con más frecuencia que las mujeres, siendo ellos quienes presentan, además, más tipos diferentes de fantasías sexuales respecto a las mujeres (Wilson y Lang, 1981). También se ha encontrado que dedican más tiempo a pensar en dormir y comer, por lo que se concluiría que los hombres piensan más en sus necesidades básicas que las mujeres (Fisher, Moore y Pittenger, 2012).

Las fantasías sexuales empiezan a darse de forma regular durante la adolescencia temprana, coincidiendo con un aumento en el deseo y la excitación sexual. Gold y Gold (1991) informaron de que la edad media de aparición de fantasías sexuales en los chicos era a los 11,5 años, mientras que la edad media en las chicas era de 12,9. Algunas de las posibles explicaciones pueden ser las diferentes experiencias socializadoras, más que las capacidades psicológicas. Según el mismo estudio, las chicas eran más propensas a basar sus fantasías sexuales en relaciones que tenían o habían tenido, mientras que los hombres se basaban más en estímulos visuales.

Líneas de investigaciones actuales apuntan a la importancia del cerebro, así como de los órganos sexuales, en lo que se refiere al sexo, por lo que surgen las inquietudes acerca de si existen diferencias cerebrales, según género, a la hora de recurrir a las fantasías sexuales.

Por tanto, parece vital comprender las fantasías sexuales en el ámbito de la sexualidad y la salud humana. Sin embargo, su carácter subjetivo y cualitativo, unido a que sus descripciones son, en su mayoría, de carácter excitatorio, hacen que estas no hayan recibido demasiada importancia empírica por el momento.

Esta investigación tiene como objetivo estudiar la prevalencia de las fantasías sexuales más comunes en población joven española, la edad de inicio a la que los sujetos empiezan a experimentarlas, el número de fantasías sexuales que presentan hombres y mujeres recogidas a través de la adaptación española de Sierra, Ortega y Zubeidat (2006) del *Sex Fantasy Questionnaire* de Wilson (SFQ; Wilson, 1978), así como dar respuesta a preguntas tales como: ¿existen diferencias de género en el contenido y la frecuencia de las fantasías sexuales?, ¿varían las fantasías sexuales en función de la orientación sexual?, ¿en qué momentos se recurre más a ellas? y ¿qué estímulos provocan excitación sexual?

Método

Muestra y recogida de datos

En esta investigación se pretendía conseguir una muestra representativa de la población joven para explorar en ella las fantasías sexuales más prevalentes. Se obtuvo inicialmente una muestra de 1000 sujetos, de los cuales se descartaron aquellos con edades superiores a 26 años. A partir de la muestra original, se seleccionaron de forma aleatoria un total de 192 hombres y 208 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 26 años ($M = 21,8$; $DT = 2,2$), creándose una nueva muestra con un $n = 400$.

La población era mayoritariamente española (93,8 %), universitaria (78,3 %), heterosexual (68,3 %), soltera (98,0 %), con pareja estable (50,8 %), con orientación política mayoritariamente progresista (78,3 %), y de creencia atea (49,5 %).

Los datos de la muestra se obtuvieron a partir de un cuestionario en línea publicado en la plataforma virtual de Google Docs. El grupo de investigación preguntaba aleatoriamente a estudiantes del campus de la Universitat Jaume I si deseaban participar en una investigación sobre fantasías sexuales a cargo del departamento de Unisexsida y el Máster en Psicología General Sanitaria de la misma universidad. Si accedían a participar, se les facilitaba el enlace al cuestionario *online* a través de su correo electrónico. Así mismo, dicho enlace se compartió en diferentes redes sociales. Se estableció una ventana temporal de dos semanas para la recogida de datos.

Medidas e instrumentos

El instrumento de evaluación utilizado en este estudio ha sido la adaptación española de Sierra y cols. (2006) del *Sex Fantasy Questionnaire* de Wilson (SFQ; Wilson, 1978). Dicha adaptación surge de la reducción del número de ítems originales a 24, a partir de un análisis exploratorio factorial. Cada ítem hace referencia a un tipo de fantasía sexual. En esta investigación se ha trasladado a formato de Google Docs una versión adaptada de Sierra y cols. (2006).

Dentro de cada ítem se preguntó a la persona si había tenido la fantasía sexual en cuestión en algún momento de su vida y, en caso afirmativo, debía establecer el grado de satisfacción que le provocaba, responder si la había llevado a cabo o, en caso contrario, si le gustaría hacerlo.

Además, se incluyó una sección preliminar donde se recogían variables demográficas como sexo, edad, nivel de estudios, orientación política, creencia religiosa, estado civil y situación sentimental actual. Respecto a cuestiones relacionadas con fantasías sexuales, se preguntó la edad a la que el sujeto comenzó a tener fantasías sexuales.

Análisis de datos

Se realizaron distintos análisis estadísticos mediante el programa estadístico IBM® SPSS® statistics 22. Principalmente se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos para obtener los datos demográficos de la muestra; diferencias de medias (pruebas *t*) para ver si existían diferencias significativas en muestras independientes (hombres y mujeres) en alguna de las variables y análisis de varianza (ANOVA) con objeto de observar si existían diferencias significativas entre grupos de sujetos (por ejemplo, según orientación sexual).

La mayoría de análisis estadísticos se han basado en la frecuencia de respuestas obtenidas y en sus correspondientes porcentajes, dado que la mayoría de ítems del cuestionario representaban variables categoriales.

Resultados

Se obtuvo una media muestral de 13,5 años. Los hombres afirmaban haber tenido su primera fantasía sexual sobre los 12,7 años, mientras que las mujeres indicaban una edad mayor de inicio, situándola en torno a los 14,3 años. Se hallaron diferencias significativas en la edad de inicio según sexo ($t = -6,381$; $p < 0,01$).

Se analizó la media en el número de fantasías sexuales que presentaban los participantes. Se hallaron diferencias significativas en el número de fantasías sexuales que presentaban hombres ($M = 12,8$; $DT = 4,26$) y mujeres ($M = 13,7$; $DT = 4,33$), siendo la media mayor en mujeres ($t = -2,062$; $p < 0,05$).

También se encontraron diferencias significativas según orientación sexual, encontrando diferencias significativas entre los tres grupos ($F = 9,607$; $p < 0,01$). Si comparamos entre grupos (véase la tabla 1), la diferencia entre la media de sujetos con conductas heterosexuales y homosexuales no fue significativa pero sí entre sujetos con conductas heterosexuales y bisexuales, siendo la media de estos últimos mayor.

Tabla 1
Media de fantasías sexuales según orientación sexual

	N	Media	DT
Heterosexual	273	12,67	4,28
Homosexual	53	13,74	3,82
Bisexual	74	15,04	4,26
Total	400	13,25	4,31

A partir de las respuestas de los participantes, se establecieron los *rankings* de las fantasías más frecuentes según sexo, junto con el porcentaje de sujetos que afirmaron haber tenido dicha fantasía sexual en algún momento de su vida. Así mismo, se muestra el nivel de excitación media de cada una de las fantasías en una escala de 0 a 10.

Hombres

A continuación, se muestra el *ranking* de fantasías más frecuentes entre los hombres (véase la tabla 2).

Tabla 2
Fantasías más frecuentes en hombres

	Porcentaje (%)
1. Acto sexual con otras personas (i.e., realizar un trío)	92,19
2. Practicar un coito con alguien conocido, pero con el que no se han tenido relaciones sexuales	97,67
3. Acto sexual en lugar distinto al dormitorio (p. ej., en la cocina)	88,02
4. Practicar sexo oral activo (i.e. practicar <i>cunnilingus</i> o una felación)	87,5
5. Ser masturbado/a hasta el orgasmo por tu pareja	79,17

Se observó cómo el nivel de excitación (véase la tabla 3) no se asociaba con la posición en el *ranking*, puesto que la fantasía de «practicar sexo oral activo», situada en la cuarta posición, fue la que mayor excitación media provocaba en los participantes masculinos, mientras que la primera («acto sexual con otras personas»), señalada por un 92,2 % de los participan-

tes, fue la que menos excitación les producía. Respecto a esta fantasía, podemos observar que el momento en que los participantes afirmaron tenerla difiere según la orientación sexual (véase la tabla 4).

Tabla 3
Media de excitación de las cinco fantasías más frecuentes en hombres

	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º
Media	7,20	7,59	7,31	7,87	7,63
DT	2,18	2,18	2,28	2,15	2,13

Tabla 4
Momento en el que los hombres suelen tener la fantasía sexual más prevalente

		Orientación sexual		
		Heter.	Homo.	Bis.
Acto sexual con otras personas (i.e., realizar un trío)	Durante actividades no sexuales	50,5 %	38,9 %	38,1 %
	Durante masturbación	45,0 %	58,3 %	52,4 %
	Durante relaciones sexuales	4,5 %	2,8 %	9,5 %

Mujeres

Si tenemos en cuenta el *ranking* de fantasías más frecuentes en mujeres (véase la tabla 5), se observa una coincidencia entre hombres y mujeres en cuatro de las cinco fantasías sexuales más prevalentes, aunque en distinto orden. Las fantasías no coincidentes fueron «Practicar un coito con una pareja amada» (presente en mujeres y no en hombres) y «Practicar sexo oral activo» (presente en hombres pero no en mujeres).

Tabla 5
Fantasías más frecuentes en mujeres

	Porcentaje (%)
1. Acto sexual en lugar distinto al dormitorio (p. ej., en la cocina)	94,71
2. Acto sexual con otras personas (i.e., realizar un trío)	86,06
3. Practicar un coito con una pareja amada	86,06
4. Practicar un coito con alguien conocido, pero con el que no se han tenido relaciones sexuales	86,06
5. Ser masturbado/a hasta el orgasmo por tu pareja	83,17

Al igual que sucede en los hombres, en el caso de las mujeres es también una de las últimas fantasías del *ranking* la que mayor excitación les provocaba (véase la tabla 6).

Tabla 6
Media de excitación de las cinco fantasías más frecuentes en mujeres

	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º
Media	7,34	6,24	6,43	8,04	7,42
DT	2,22	2,69	2,43	2,24	2,53

Respecto a la fantasía más prevalente en mujeres, podemos observar que el momento en que las participantes afirmaron tenerla (véase tabla 7) difiere respecto al caso de los hombres: mujeres con conductas heterosexuales (47,4 %) y bisexuales (51,3 %) afirmaron tenerla durante sus relaciones sexuales (a diferencia de los hombres con conductas heterosexuales), mientras que las mujeres con conductas homosexuales (al igual que sus compañeros masculinos) refirieron experimentarla durante la masturbación.

Tabla 7
Momento en el que las mujeres suelen tener la fantasía sexual más prevalente

		Orientación sexual		
		Heter.	Homo.	Bis.
Acto sexual en lugar distinto al dormitorio (p. ej., en la cocina)	Durante actividades no sexuales	35,8 %	30,8 %	28,2 %
	Durante masturbación	16,8 %	38,5 %	20,5 %
	Durante relaciones sexuales	47,4 %	30,8 %	51,3 %

Discusión y conclusiones

¿Qué novedades aporta nuestra investigación respecto a la temática de las fantasías sexuales con respecto a estudios anteriores? Por lo que concierne a la edad de inicio de las fantasías sexuales, podemos afirmar que, en la actualidad y en nuestro estudio, los jóvenes españoles comienzan a fantasear a una edad más tardía respecto a los resultados de Gold y Gold (1991), pasando de 11,5 a 12,7 la media de edad en los hombres y de 12,9 a 14,3 años en las mujeres. Por lo tanto, continuarían siendo los hombres quienes comienzan a fantasear primero.

En cuanto a si existen diferencias de género a la hora de fantasear, hemos hallado que son las mujeres las que más realizan esta acción, ya que la diferencia entre las medias obtenidas fue estadísticamente significativa. Esto iría en contra de los resultados obtenidos por Leitenberg y Henning (1995) quienes aseguraban que los hombres fantaseaban más que las mujeres.

Al comparar las medias obtenidas sobre las fantasías sexuales más predominantes en la muestra poblacional, según género, de entre las que hace referencia el cuestionario utilizado se encontró que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres; sin embargo, al comparar los mismos índices según la variable orientación sexual, sí se encontraron diferencias significativas entre sujetos con conductas bisexuales y heterosexuales, siendo los sujetos con conductas bisexuales los que más fantasías presentaban.

De igual modo, se estableció a partir de las 24 fantasías recogidas en el SFQ, el *ranking* de las cinco más prevalentes en la población según género, encontrando que las fantasías «Acto sexual con otras personas», «Practicar un coito con alguien conocido, pero con el que no se han tenido relaciones sexuales», «Acto sexual en lugar distinto al dormitorio (p. ej., en la cocina)» y «Ser masturbado/a hasta el orgasmo por tu pareja» fueron comunes en hombres y mujeres, aunque no en el mismo orden, mientras que «Practicar sexo oral activo (p. ej., practicar *cunnilingus* o una felación)» fue también favorita entre el sexo masculino y «Practicar un coito con una pareja amada» entre el sexo femenino. Esto haría referencia a la aportación de diversas investigaciones que respaldan la idea de que las fantasías sexuales de las mujeres contienen más elementos como el afecto, la emoción y el argumento (Ellis y Simons, 1990; Follingstad y Krimbell, 1986; Gil, 1990; Hardin y Gold, 1988; Kelley, 1984).

En su revisión de varios estudios anteriores, Leitenberg y Henning (1995) encontraron que un 85,9 % de hombres y un 68,8 % de mujeres fantaseaba durante la masturbación. En nuestra investigación, se han encontrado evidencias de que la fantasía más prevalente en mujeres, «Acto sexual en lugar distinto al dormitorio (p. ej., en la cocina)», se da en mayor medida durante relaciones sexuales en mujeres con conducta heterosexual y bisexual y durante masturbación en mujeres con conducta homosexual. En cuanto al sexo masculino, la fantasía sexual más prevalente, «Acto sexual con otras personas», aparece con más frecuencia durante actividades no sexuales en hombres con conducta heterosexual y en mayor medida durante la masturbación en hombres con conductas homosexuales y bisexuales.

A pesar de que las fantasías sexuales sigan considerándose en gran medida un tema tabú en nuestra sociedad actual, lo cierto es que un gran porcentaje de hombres y mujeres experimentan estos pensamientos con frecuencia. En contra de lo que muestran estudios anteriores, podemos decir que las mujeres fantasean más que los hombres, aunque estas fantasías se sitúan en líneas muy similares, coincidiendo en aspectos como la temática, el contexto y el lugar de las mismas. También hemos podido encontrar diferencias por lo que respecta a la frecuencia de las fantasías en función de la orientación del deseo sexual, así como en el momento en que se recurre a ellas.

Futuras investigaciones

De cara a futuras investigaciones, planteamos una serie de medidas para mejorar nuestro estudio. En primer lugar, creemos conveniente especificar los contenidos de algunos ítems tras la adaptación española. Puede ser que algún ítem resulte ambiguo y esto produzca errores de comprensión, que luego se traducen en respuestas erróneas.

Por otra parte, sería interesante analizar el momento de aparición del resto de fantasías sexuales más prevalentes. De esta forma podremos aportar una visión más amplia de las fantasías sexuales y comprobar si hay diferencias entre diversas fantasías.

También sería conveniente equilibrar nuestra muestra según la orientación del deseo sexual. Si bien es sabido que hay una menor frecuencia de hombres y mujeres con conductas homosexuales y bisexuales entre la población, debemos intentar igualar la muestra, ya que

esto nos permitirá indagar más sobre las fantasías sexuales de las diferentes orientaciones sexuales y poder realizar análisis estadísticos con más validez.

Profundizar sobre qué factor provoca que las fantasías más excitantes no sean las más prevalentes es otra cuestión a estudiar en futuras investigaciones. Este dato nos ha parecido muy relevante, ya que la mayoría de sujetos contestaron que no habían llevado a cabo la fantasía sexual, lo que podría ir en relación con la propia excitación en el plano cognitivo y no tanto con el hecho de llevarla a cabo.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Barcelona: Masson.
- Ellis, B. J. y Symons, D. (1990). Sex differences in sexual fantasy: An evolutionary psychological approach. *Journal of Sex Research*, 27, 527-555.
- Fisher, T. D., Moore, Z. T. y Pittenger, M.J. (2012). Sex on the Brain?: An examination of frequency of sexual cognitions as a function of gender, erotophilia, and social desirability. *Journal of Sex Research*, 49, 69-77.
- Follingstad, D. R. y Kimbrell, C. D. (1986). Sex fantasies revisited: An expansion and further clarification of variables affecting sex fantasy production. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 475-486.
- Gil, V. E. (1990). Sexual fantasy experiences and guilt among conservative Christians: An exploratory study. *Journal of Sex Research*, 27, 629-630.
- Gold, S. R. y Gold, R. G. (1991). Gender differences in first sexual fantasies. *Journal of Sex Education and Therapy*, 17, 207-216.
- Hardin, K. y Gold, S. (1988). Relationship of sex, sex guilt, and experience to written sexual fantasies. *Imagination, Cognition, and Personality*, 8, 155-163.
- IBM Corp. Released (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Joyal, C. C., Cossette, A. y Lapierre, V. (2015). What Exactly Is an Unusual Sexual Fantasy? *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 328-340.
- Kelley, K. (1984). Sexual fantasy and attitudes as functions of sex of subject and content of erotica. *Imagination, Cognition, and Personality*, 4, 339-347.
- Leitenberg, H. y Henning, K. (1995). Sexual Fantasy. *Psychological Bulletin*, 3, 469-496.
- Moyano, N. y Sierra, J. C. (2014). Fantasías y pensamientos sexuales: Revisión conceptual y relación con la salud sexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25, 376-393.
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2006). Confirmatory Factor Analysis of a Spanish Version of the Sex Fantasy Questionnaire: Assessing Gender Differences. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 137-159.
- Wilson, G. D. (1978). *The Secrets of Sexual Fantasy*. London: Dent.
- Wilson, G. D. (1987). Male-female differences in sexual activity, enjoyment and fantasies. *Personality and Individual Differences*, 8, 125-127.
- Wilson, G. D. y Lang, R. J. (1981). Sex differences in sexual fantasy patterns. *Personality and Individual Differences*, 2, 343-346.

Un viaje a través de mí misma. Autoexpresión y plenitud vital en la danza

LORELCRIS RENGIFO RODRIGUEZ
al282846@uji.es

VIRGINIA CARRERO PLANES
carrero@uji.es

Resumen

Introducción: Diversos estudios muestran la influencia del trabajo corporal sobre variables psicológicas tales como la inteligencia emocional, las competencias sociales y el pensamiento creativo, lo cual derivó el interés por conocer los efectos de la danza sobre las habilidades emocionales en relación con la plenitud y el bienestar. La presente investigación tiene por objetivo explorar la vivencia de personas que practican danza en relación con su percepción de bienestar psicoemocional y plenitud vital. **Método:** Los datos se han recolectado mediante entrevistas en profundidad a nueve (9) personas dedicadas a la danza o actividades de movimiento y mediante revisión de fuentes secundarias de información. El análisis de datos se ha hecho siguiendo la metodología *grounded theory* (Glaser y Strauss, 1967) enmarcada en aproximaciones cualitativas constructoras de teoría, aplicando las técnicas de muestreo teórico, el método comparativo constante y la saturación teórica de categorías. **Resultados:** Se han obtenido un conjunto de categorías relacionadas con el bienestar psicoemocional y la plenitud vital (conciencia de sí mismo, conexión con otras personas, actualización del potencial personal, despertar de la vitalidad, expresión de emociones y comunicación), que son desarrolladas mediante ciertos procesos intrínsecos a la práctica de la danza (la atención plena, el *insight* corporal y la libertad en el movimiento). **Conclusiones:** Los elementos identificados presentes en la práctica de la danza actúan como facilitadores para la autoexpresión y la plenitud vital, desde la vivencia de una experiencia integradora entre cuerpo y mente, la ampliación de la percepción de las propias capacidades y el aumento de la valía personal.

Palabras clave: danza, plenitud, sentido vital, bienestar psicoemocional, autoexpresión, *grounded theory*.

Abstract

Introduction: Many studies have identified the influence of corporal work on different psychological variables such as emotional intelligence, social competences and creative thinking, this led the interest for knowing the effects or benefits of dancing on the emotional abilities in relation with plenitude and wellness. This investigation has the objective to explore the experience of people that practice dance in relation with their perception

of psychoemotional wellness and vital plenitude. **Method:** The recollection of data has been realized through deep interviews to nine persons dedicated to dancing activities or related with movement, and a review of secondary sources of information. The analyses of the data has been done by grounded theory (Glaser y Strauss, 1967) framed within qualitative approximations constructors of theory, applying the theoretical sampling, the systematic use of the constant comparative method and the theoretical saturation of categories. **Results:** The results obtained have shown a group of related categories with the psychoemotional wellness and vital plenitude (awareness of one self, connection with others, update of personal potential, awakening of the vitality, emotional expression and communication), which are developed through out certain intrinsic processes of dance practices (full attention, corporal insight and liberty in the movement). **Conclusions:** These elements facilitate the self-expression and vital plenitude, such as the living of an integrative experience of body and mind, the widening of the perception of the own capacities and the enhancing of the self-value.

Keywords: dance, plenitude, vital sense, psychoemotional wellness, self-expression, grounded theory.

Introducción

Las últimas investigaciones en neurociencia y los avances de un conjunto de disciplinas llamadas ciencias del desarrollo somático (*somatic movement sciences*) han apoyado, especialmente desde los años 70, la idea de que un apropiado desarrollo motor y corporal tiene impacto en las funciones de diferentes partes del cerebro (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006). La condición humana integra dos aspectos que están íntimamente relacionados, cuerpo y mente. Debido a esta unión, los cambios en el repertorio de movimientos pueden producir cambios en el nivel de la mente (Payne, 1990; Ratey, 2001). Estas ideas están apoyadas en teorías como la del *embodiment*, la cual señala la existencia de una modalidad perceptiva específica de representación del conocimiento, una modalidad guiada desde el sistema sensorio-motor y el uso de este sistema para pensar a través de las experiencias encarnadas (Koch, 2006).

El procesamiento, la representación y la percepción de señales corporales (interocepción y propiocepción) juegan un importante rol en la conducta humana. Las teorías de la cognición encarnada (*embodied cognition*) sostienen que la mayoría de los procesos cognitivos operan mediante símbolos perceptuales y el uso de este concepto implica la reactivación de los estados sensorio-motores que ocurren durante las experiencias con el mundo. Similarmente, la activación de las representaciones interoceptivas y las meta-representaciones de las señales corporales apoyan la toma de conciencia interoceptiva que está profundamente asociada con las experiencias emocionales y el funcionamiento cognitivo (Herbert y Pollatos, 2012).

Las ideas expuestas desde el *embodiment* apuntan a la idoneidad de la danza para la toma de conciencia de las señales sensorio-motoras, ya que su práctica se basa en el movimiento, el cual genera una serie de sensaciones interoceptivas y propioceptivas (Sheets-Johnstone, 2010)

Por otra parte, se han realizado algunos estudios que resaltan los beneficios del movimiento, el ejercicio físico y la danza. Dentro del ámbito educativo se ha encontrado que la implementación de programas de baile y danza creativa mejora las competencias sociales y la conducta (Lobo y Winsler, 2006) y el pensamiento creativo (Jay, 1991) y facilita el desarro-

llo de los niños (Mac Donald, 1991). En adolescentes y jóvenes que practican danza se ha observado que la misma actúa como un medio de expresión, de comunicación, de promoción comunitaria, de utilización del tiempo libre, como ejercicio espiritual, como medio de socialización y como agente educativo (Peña y Jaramillo, 1998).

También se ha observado cierta relación con la inteligencia emocional, como en el caso de la investigación de López y De Rueda (2013) en el que estudiantes universitarios mostraron mejoras significativas de los factores de percepción y comprensión emocional tras la aplicación de un programa basado en recursos dancísticos y patrones musicales. Igualmente se han evaluado las repercusiones del ejercicio físico y el movimiento regular, observándose que actúan como factor protector ante el deterioro de habilidades emocionales y favorecedor de estados emocionales positivos y estilos de respuesta más adaptativos ante trastornos como la depresión (Lima de Figueiredo Queirós, Fernández Berrocal, Extremera y Susana Queirós, 2006).

Al examinar los efectos de disciplinas que emplean la danza desde un enfoque terapéutico, se ha visto que la aplicación de un programa motor basado en la biodanza generó un aumento significativo de los niveles de inteligencia emocional percibido en mujeres (Abad, Castillo y Orizia, 2014). El desarrollo de un programa de psicoterapia del movimiento influyó de manera positiva en la comunicación de emociones de pacientes adolescentes esquizofrénicos (Salas-Calderón, 2007).

La danza movimiento terapia ha demostrado promover el incremento de aptitudes físicas y motoras, la exteriorización de emociones y una mejor y mayor capacidad de integración social al potenciar la cooperación en grupos (Martínez, J., Martínez, L., García y Martínez-Almagro, 2004). El uso de esta técnica en casos de enfermedades crónicas ha ayudado a aliviar efectos colaterales de las terapias tradicionales, reduciendo la fatiga, la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor y aumentando el vigor, la energía vital y mejorando la autoimagen y los estados internos positivos del paciente (Sebiani, 2005). Su práctica en entornos laborales ha influido en la mejora de la empatía, de las habilidades relacionales, de la inteligencia emocional, del bienestar psicológico y de la satisfacción vital (Fischman, 2005, c. p. Rodríguez, Caja y Gracia, 2013).

Tal como se puede ver a partir de las investigaciones reseñadas, la danza y el movimiento tienen una influencia positiva en la salud física y psicológica del individuo, siendo además un modo de expresión que ha formado parte de la cultura desde el principio de la vida en sociedad y que se mantiene aún en nuestros tiempos, demostrando su importancia en la vida humana. Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta las evidencias referidas sobre los efectos positivos de la danza, la presente investigación se focaliza en comprender los mecanismos mediante los que la práctica de danza favorece y desarrolla el bienestar psicoemocional y la vivencia de plenitud.

Partiendo de esta inquietud, el trabajo que se presenta tiene como objetivo general explorar la vivencia de personas que practican danza en relación a su percepción de plenitud y bienestar psicoemocional. Para alcanzar dicho objetivo se contempla, por una parte, reconocer el impacto que la práctica de la danza tiene sobre la plenitud y el bienestar psicoemocional y, en segundo lugar, identificar los mecanismos (procesos psicosociales) por los que la práctica de la danza influye en el desarrollo de la plenitud y el bienestar psicoemocional.

Finalmente, se pretende aportar información para generar directrices en la aplicación de acciones terapéuticas basadas en el movimiento para el desarrollo de la autoexpresión y la plenitud vital.

Método

Metodología de análisis

Se empleó la *grounded theory* o teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967) enmarcada en aproximaciones cualitativas constructoras de teoría. La teoría fundamentada «es una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva» (Glaser, 1992: 16, c. p. Carrero, Soriano y Trinidad, 2012).

El análisis se realiza empleando las siguientes técnicas (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012):

- El *muestreo teórico*: empleado para coleccionar, codificar y analizar los datos y decidir qué nuevos datos integrar y dónde encontrarlos para desarrollar una teoría mejor a medida que se va perfeccionando. No se comparan poblaciones, sino características de creación de ideas, que a su vez delimitan patrones comportamentales y actitudinales.
- El *método comparativo constante* (en adelante, MCC) consiste en la comparación para encontrar semejanzas y diferencias a través del análisis de los incidentes contenidos en los datos, para generar conceptos y sus características, basados en patrones del comportamiento que se repiten.
- La *saturación teórica* (en adelante, ST) es el criterio por el cual el investigador decide cesar el muestreo de los distintos grupos, pertinentes a cada una de las categorías. Significa que no se ha encontrado ninguna información adicional que permita desarrollar nuevas propiedades de la categoría o una nueva categoría.

Técnica de recolección de datos

Se ha empleado la técnica de entrevista en profundidad, que busca obtener descripciones del mundo de la vida del entrevistado con respecto a la interpretación del significado de los fenómenos descritos (Kvale, 2011).

Muestreo

Se aplicó un muestreo no probabilístico que siguió los criterios del muestreo teórico, para garantizar la representatividad de las categorías generales surgidas. Fueron seleccionadas 9 personas (7 mujeres, 2 hombres) con edades comprendidas entre 26 y 41 años, que realizan actividades relacionadas con la danza y el movimiento bien de manera profesional o por afición (ballet, danza contemporánea, mimo corporal dramático, pilates, yoga, biodanza, danza movimiento terapia, movimiento autentico o danza del vientre).

Procedimiento

Se realizaron 9 entrevistas en profundidad. Las primeras 3 entrevistas se plantearon con el fin de realizar un estudio exploratorio y en función del marco teórico producto de la revisión bibliográfica. Lo datos fueron analizados aplicando el MCC, emergiendo categorías y propieda-

des que sirvieron de base para guiar las entrevistas posteriores, resaltando el papel del movimiento dentro de la danza. Así mismo, se revisó material bibliográfico que fue tomado como dato secundario, analizado y categorizado, destacando el rol del movimiento como aspecto facilitador de la experiencia.

Las siguientes 3 entrevistas en profundidad se realizaron a personas no solo relacionadas con la danza sino también con otras actividades de movimiento, esto con la intención de ampliar la variabilidad de los datos y ensanchar la interpretación de los aspectos sobresalientes en los análisis anteriores. Los datos recabados fueron analizados permitiendo nutrir las categorías ya definidas y vislumbrar algunas nuevas, apuntando a la importancia del movimiento consciente como elemento facilitador para la percepción de bienestar.

Posteriormente se entrevistaron 2 personas con discapacidad que practican danza, con la finalidad de indagar más sobre el aspecto del movimiento como facilitador de la experiencia y el proceso de expansión del yo en este tipo de población. Así mismo, se entrevistó a una persona formada en danza contemporánea con experiencia en movimiento auténtico (técnica centrada en la búsqueda de patrones de movimientos espontáneos) para identificar los matices que aportan cada uno de estos tipos de práctica de danza y movimiento.

En la figura 1 se muestra el diseño resultante de la aplicación de la teoría fundamentada en el presente estudio.

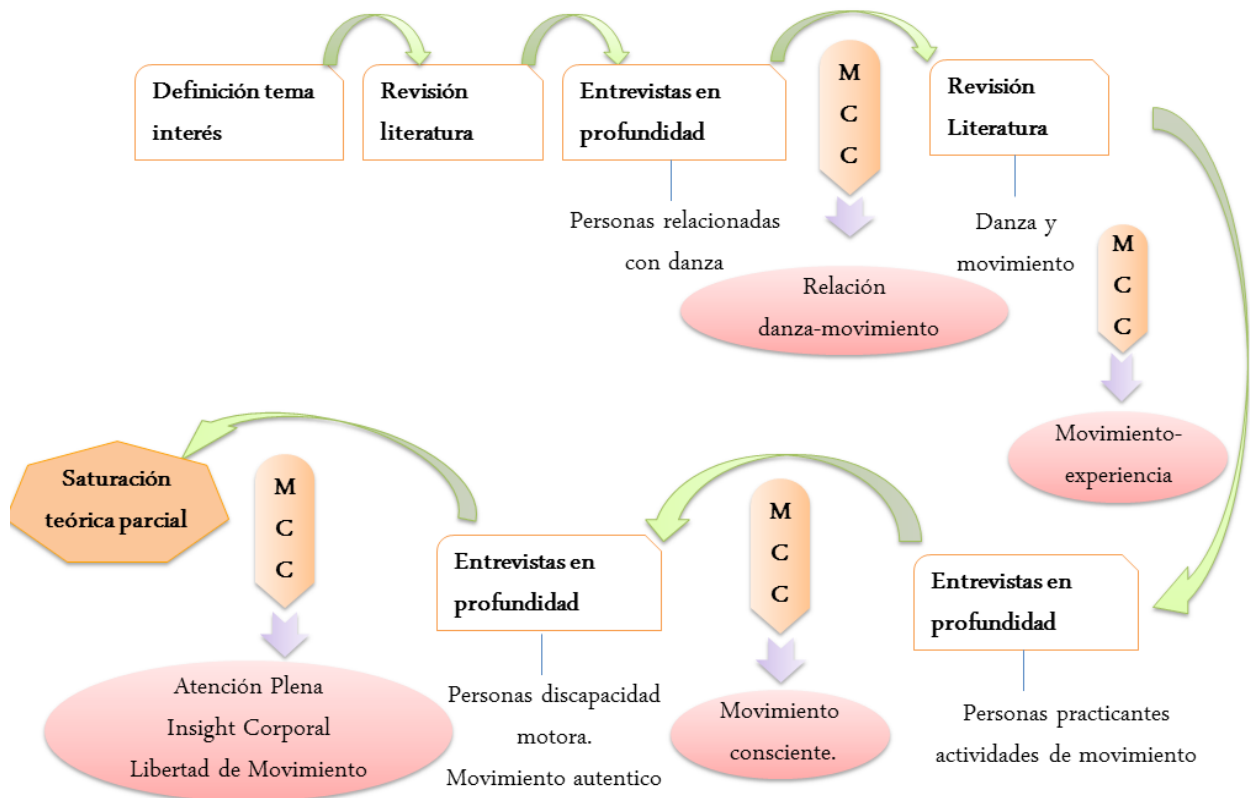


Figura 1. Aplicación de la metodología grounded theory

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos producto de la aplicación del MCC y de la ST parcial de las categorías, emergidas a raíz del análisis de la información contenida en las entrevistas realizadas. Se exponen las categorías con las propiedades representativas de cada una y las relaciones que se vislumbran entre ellas.

En primer lugar se distinguen tres categorías que representan factores inherentes a la práctica de la danza, ya que están presentes durante su ejecución. Estas categorías son:

- **Atención plena:** implica enfocar la atención en el movimiento y en los detalles y matices de lo percibido a través de los sentidos como consecuencia de dicho movimiento. Estar alerta a lo que pasa dentro de sí durante el movimiento y estar receptivo a lo que pueda estar ocurriendo fuera y a las sensaciones que eso produce.
- **Insight corporal:** entendimiento al que tiene acceso la persona mediante la concientización de las sensaciones y los cambios en su cuerpo debido al movimiento. Refiere a la capacidad de comprender aspectos de sí mismo en el movimiento y de notar los pequeños cambios que este genera. No necesariamente está asociado a un proceso reflexivo sino que puede ocurrir por un ligero cambio en la percepción del movimiento, implicando a su vez una modificación en la autopercepción y la percepción del entorno.
- **Libertad de movimiento:** refiere a la posibilidad que tiene la persona para moverse libremente, sin necesidad de realizar pasos específicos o previamente determinados. La libertad de movimiento parece lograrse debido a: 1) la ausencia del concepto de error, lo que propicia que la persona se permita experimentar sin considerar que existen determinadas formas de hacer en el movimiento que serán catalogadas como correctas o incorrectas, dando paso a la expresión propia y genuina y a la apertura hacia la capacidad creadora y 2) la posibilidad de improvisación, que brinda espacio para el reconocimiento de la propia manera de moverse y de la propia manera de expresión, así como para la exploración y búsqueda de nuevos caminos para hacer y la posibilidad de modificarlas o adaptarlas.

Se han identificado también categorías que revelan procesos que ocurren en las personas que practican danza, los cuales se activan debido a la influencia de los factores antes descritos. Entre estas categorías se encuentran:

- **Actualización del potencial:** la danza es un medio para experimentar, al propiciar la ampliación de la percepción de nuevas sensaciones y vivencias. Brinda una oportunidad para adquirir un conocimiento experiencial de sí mismo y de sí mismo en relación con el mundo. Se vuelve una oportunidad para conocer.
- **Despertar de la vitalidad:** la danza propicia que las personas noten su fuerza vital mediante la experiencia que se obtiene a través del movimiento. La vitalidad que despierta la práctica de la danza está asociada a que la persona contacta con sus sentidos y la posibilidad de apreciar diversas sensaciones internas y externas, alcanzando una experiencia cada vez más amplia y rica en detalles y contactando con la sensación de estar vivo.
- **Consciencia de sí mismo:** la práctica de la danza conlleva una toma de contacto consigo mismo y el entorno que ocurre como consecuencia del movimiento. Implica ser consciente del propio cuerpo, de los propios movimientos y de las sensaciones. Es un

volver la mirada hacia sí mismo y observar la propia manera de desenvolverse en el mundo.

- **Conexión con otros:** mediante la práctica de la danza se genera interconexión entre las personas, lo cual parece ser consecuencia de la conexión que la persona logra establecer consigo misma al concientizar las propias sensaciones y la propia experiencia y de la apertura y la disposición a mostrar aspectos de sí mismos y a compartir de manera genuina, conllevando a su vez un reconocimiento y respeto del otro y su vivencia.
- **Facilitación de la expresión y comunicación:** la consciencia de sí mismo que se logra en la práctica de la danza permite contactar con las propias emociones que, al estar encarnadas en el cuerpo, son susceptibles de ser evocadas mediante el movimiento. A su vez, el movimiento sirve como canal para la expresión de dichas emociones. Se convierte en un medio que le permite a la persona ampliar su lenguaje y la posibilidad de comunicación más allá de lo verbal, ganando recursos para la expresión.

Por último se presentan categorías que refieren a las consecuencias globales que experimentan las personas que practican danza, entre las que se han identificado las siguientes:

- **Expansión del yo:** las personas que practican danza experimentan un cambio en la percepción de sí mismos, asociado a un reconocimiento de las propias habilidades y la posibilidad de crear nuevas maneras de moverse y de existencia en el mundo. Este aspecto implica: 1) trascendencia de barreras reales (discapacidad física) o autoimpuestas (creencias), ya que la persona, al practicar danza, se abre a hacer cosas nuevas y probar nuevos movimientos, expandiendo los propios límites, trascendiéndolos en el hacer y experimentando una sensación de que puede llegar a lugares físicos que no se había planteado antes por la creencia de que no sería capaz, y 2) ampliación de la percepción de las propias capacidades, ocurriendo que la persona empieza a modificar la visión que tiene de sí mismo incluyendo nuevos aspectos en su autopercepción, bien porque va obteniendo avances en la ejecución de la actividad o porque se descubre realizando movimientos y experimentando sensaciones nuevas, y se genera un aumento de la valía personal.
- **Sensación de integración:** mediante el proceso de atención plena durante la práctica de danza se propicia la integración entre la mente y el cuerpo. Se lleva el pensamiento al cuerpo mediante la toma de consciencia de lo que está sucediendo en este. Así mismo, para poder realizar determinados movimientos o improvisaciones, existe una intención de hacer o moverse de determinada manera y, aunque no ocurra un análisis detallado para tomar decisiones sobre lo que se ejecutará, la mente está alerta para generar las respuestas necesarias. Esto brinda a la persona una sensación de unidad al poder integrar las sensaciones del cuerpo y la actividad mental mediante acciones expresivas.

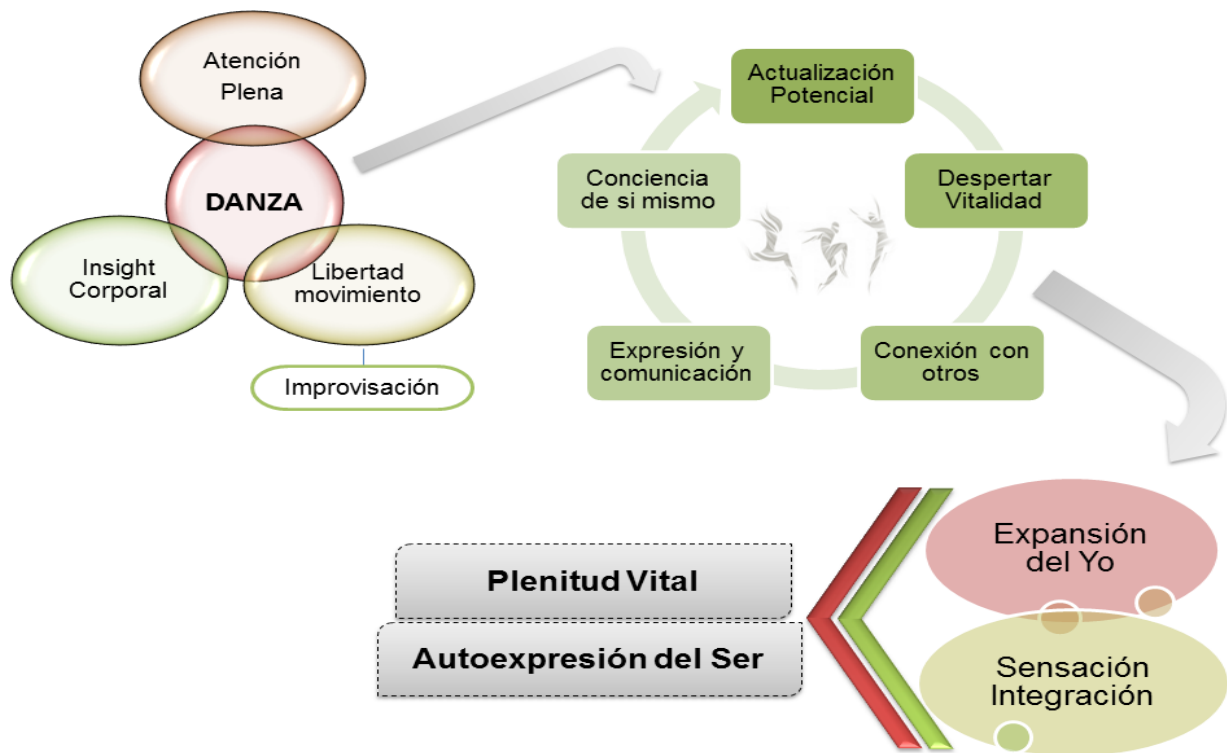


Figura 2. Relación entre categorías

Tabla 1. Categorías, indicadores y propiedades

Categorías		Propiedades
Inherentes a la práctica de la danza	Atención plena	<ul style="list-style-type: none"> - Atención focalizada en movimiento y sensaciones. - Estado de alerta a sensaciones internas y externas.
	Insight corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Entendimiento generado por concientización de sensaciones y cambios en el propio cuerpo. - Compresión de aspectos de sí mismo. - Cambio en la percepción del propio movimiento.
	Libertad de movimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Moverse sin seguir pasos predeterminados. - Ausencia de concepto de error. - Posibilidad de improvisación: exploración y búsqueda de maneras diferentes de acción y movimiento.

Procesos activados por la práctica de la danza	Actualización del potencial	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de nuevas sensaciones y vivencias. - Adquisición de conocimiento experiencial de sí mismo. - Oportunidad para conocer.
	Despertar de vitalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Notar la propia fuerza vital en experimentación del movimiento. - Ampliación de gama de detalles sentidos y percibidos. - Sensación de estar vivo.
	Consciencia de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencia del propio cuerpo, de movimientos y sensaciones propios. - Dirigir la mirada hacia sí mismo.
	Conexión con otros	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición a mostrar aspectos de sí mismos. - Apertura a compartir con otros de manera genuina, respetando y reconociendo su vivencia.
	Facilitación de expresión y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Evocación de emociones mediante movimiento. - Movimiento como canal para expresar emociones. - Ampliación del lenguaje y de recursos para expresión.
Consecuencia de la práctica de la danza	Expansión del yo	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio en la percepción de sí mismos. - Reconocimiento de habilidades y capacidades creativas propias. - Trascendencia de barreras reales (discapacidad física) o autoimpuestas (creencias limitantes).
	Sensaciones de integración	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar el pensamiento al cuerpo mediante toma de consciencia de movimiento y sensaciones. - Mente alerta para generar respuesta de acción y movimientos. - Integración mente-cuerpo en acciones expresivas.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos muestran un conjunto de categorías relacionadas con el bienestar psicoemocional y la plenitud vital, observándose que la práctica de la danza actúa como facilitador de la autoexpresión.

Las categorías encontradas se relacionan con los conceptos de experiencias cumbres (Maslow, 1972) y de estado de *flow* (Csikszentmihalyi, 1975). Específicamente, los factores de atención plena e *insight* corporal hacen referencia a un estado experimentado por aquellos que practican danza que se muestra congruente con la definición de estado de *flow*, en el que se enfoca la atención en una meta clara y definida, donde la persona se siente envuelta, concentrada, absorbida por la tarea y las horas pasan casi sin notarlo (Csikszentmihalyi, 1998).

Estas experiencias cumbres o de *flow* denotan estados intensos de júbilo o gozo, en los que la persona puede expresar de un modo unificado la vitalidad de *ser*, en un sentido genuino (Carrero, 2007), coincidiendo con lo encontrado en los resultados donde se puede ver que las personas experimentan una sensación de integración como consecuencia de la práctica de la danza.

Los factores inherentes a la danza y los procesos que estos activan promueven la experimentación de los estadios críticos en la manifestación de expresión del ser (Carrero, 2007). Las categorías referentes a «actualización del potencial» y «expansión del yo» se ven relacio-

nadas con el primer estadio en donde la persona atraviesa un estado de *yo resultado*, experimentando una vivencia de extrañamiento. Ocurre una sensación nueva, de disfrute y realización extraordinaria que provoca un descolocamiento en la percepción que la persona tiene de sí misma, caracterizado por la sorpresa y la novedad. La emergencia de procesos de autoexpresión genera un estado de intenso placer, a la vez que se da cuenta de su nivel de competencia y maestría en la actividad que realiza, en este caso específico, la danza.

El factor de «libertad de movimiento» dentro de la danza facilita la entrada en el segundo estadio crítico en la expresión del ser, el estado de *yo proceso*. En este ocurre un estado de despertar, en donde el ser se percibe a través de un yo que descubre, para el que el proceso es más importante que los resultados. En este estado ocurre una completa absorción y el ser se exalta en su condición genuina sin necesidad de mediadores, desaparece la distancia entre el sujeto y la acción, no es necesario interpretar las realizaciones, la persona puede ser ella misma y la alegría expresada como goce intenso emerge, dando sentido, potencia y distintividad a las actividades que se emprenden (Carrero, 2007).

En este punto parece tener un papel importante la improvisación dentro de la danza, permitiendo que la persona pueda descubrir nuevas maneras de moverse, de accionar y de aproximarse a otros, sin apegarse a una determinada manera de bailar y dándose la oportunidad de experimentar con formas diferentes, lo que le permite validar su propia manera de ser a través del movimiento, sin juzgarla como correcta o incorrecta.

La toma de consciencia de sí mismo que se activa en la práctica de la danza facilita el autoconocimiento, aspecto esencial para alcanzar una vida plena. Desde la experiencia vivenciada de *ser*, la persona siente la conexión vital y genuina de un ser humano con sentido (Carrero, 2007). Dichos aspectos se revelan en las categorías emergidas sobre «despertar de la vitalidad» y «sensación de integración» que experimentan aquellos que practican danza. Estas categorías, vinculadas con las demás señaladas en los resultados, facilitan la sensación de bienestar al permitir que se produzcan estados de *flow* o cumbres, que contribuyen a la expresión genuina del yo. Todo ello permite el desarrollo de procesos de autoexpresión, en la actualización del potencial del ser.

La relación que se observa entre la danza y los conceptos de estados de *flow* y autoexpresión del ser indica su idoneidad como herramienta en la prevención de riesgos psicosociales y la promoción del bienestar. A través de la danza se pueden potenciar recursos personales que permitan hacer frente a la erosión de los dinamismos vitales, la fragilidad cultural para dar sentido a la vida, el desánimo y el debilitamiento de la confianza, aspectos que conllevan situaciones personales de marginación (García Roca, 1993, c. p. Agust, García y Calvo, 2010).

Las categorías expuestas como resultados presentan una saturación teoría parcial, siendo una de las limitaciones del presente estudio, por lo que las conclusiones obtenidas solo muestran las tendencias hasta ahora observadas a raíz del análisis de los datos. Se requiere seguir indagando para lograr la saturación total de las categorías y sus propiedades, dar oportunidad al surgimiento de nuevas categorías y determinar de manera más clara la interrelación existente entre ellas. Investigaciones futuras deberían indagar en el papel de la improvisación dentro de la danza como medio para promover la libertad de movimiento y la vivencia de experiencias cumbres o de *flow*, así como su influencia en la autoexpresión del ser y la actualización del potencial.

Referencias bibliográficas

- Abad, M., Castillo, E. y Orizia, A. (2014). Los efectos de un programa motor basado en la bio-danza en relación con parámetros de inteligencia emocional en mujeres. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14, 13-22.
- Agost, R., García, R. y Calvo, H. (2010). Intervención comunitaria. Familia en situación de riesgo, discapacidad, adicciones y necesidades educativas especiales. En Francisco Juan García Bacete, Antonio V. Vaquer Chiva y Cristina Gommis Bru (coords.), *Intervención y mediación familiar: manual docente del máster de la Universitat Jaume I*. Castellon de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I.
- Carrero Planes, V. (2007). El sentido de "ser." *Revista Electronica de Motivación y Emoción*, 10, 26-27.
- Carrero, V., Soriano, R. y Trinidad, A. (2012). Elementos de la Teoría fundamentada. Teoría fundamentada. 2.^a ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Csikszentmihaly, M. y Csikszentmihaly, I. (1998). *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety: The experience of flow in work and play*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glaser, B. S. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Prevalencia y tipología de eventos estresantes en una muestra española con trastorno adaptativo: un estudio exploratorio

SANDRA ROJAS RODRÍGUEZ
al189941@uji.es

DANIEL CAMPOS BACAS
camposd@uji.es

MAR MOLÉS AMPOSTA
molesm@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO
squero@uji.es

Resumen

Introducción: El trastorno adaptativo (TA) se produce como respuesta a eventos estresantes que ocasionan sintomatología emocional o comportamental clínicamente significativa. El término *evento estresante* abarca acontecimientos muy variados. Las investigaciones a este respecto son escasas, por lo que es necesario evaluar la representación de estos en población española. El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia y la tipología de eventos estresantes en una muestra de pacientes con TA, así como explorar la existencia de diferencias entre los tipos de eventos estresantes y determinadas variables sociodemográficas y clínicas. **Método:** La muestra estaba compuesta por 91 pacientes con TA, con una edad media de 31,67 años (DT = 9,75). Se incluyeron variables sociodemográficas, así como variables clínicas evaluadas antes del tratamiento (depresión, síntomas de estrés y pérdida y crecimiento postraumático). **Resultados:** Los resultados revelaron cuatro categorías de eventos: ruptura de pareja (40,7 %), problemática familiar (29,7 %), problemas laborales (14,3 %) y enfermedad (15,4 %). No se hallaron diferencias significativas entre los tipos de eventos estresantes en ninguna de las variables sociodemográficas ni clínicas, a excepción de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de estrés y pérdida, siendo mayores en aquellas personas cuyo evento estresante fue una ruptura de pareja en comparación con la problemática familiar. **Conclusiones:** En este estudio se presentan, por primera vez, datos exploratorios sobre la prevalencia y tipología de eventos estresantes en una muestra clínica española con TA, así como su relación con variables sociodemográficas y clínicas. Es necesario continuar investigando para esclarecer el diagnóstico y proporcionar un adecuado tratamiento para los TA.

Palabras clave: trastorno adaptativo, tipología eventos estresantes, prevalencia, datos sociodemográficos.

Abstract

Introduction: Adjustment Disorder (AD) occurs in response to stressful events and it causes clinically significant emotional or behavioural symptoms. The term *stressful event* covers a wide variety of events. Research in this regard is limited, so it is necessary to evaluate the distribution of these events in Spanish population. The aim of this work is to study the prevalence and types of stressful events in a sample of patients with AD and explore whether there are differences between types of stressful events and some sociodemographic and clinical variables. **Method:** The sample consisted of 91 patients diagnosed with AD, with mean age of 31.67 (SD = 9.75). Sociodemographic variables and other clinical variables assessed before treatment (depression, stress and loss symptoms and posttraumatic growth) are included in this study. **Results:** The results revealed four types of events: relationship breakup (40.7 %), family problems (29.7 %), work problems (14.3 %) and disease (15.4 %). No significant differences between the types of stressful events in any of the sociodemographic and clinical variables were found, with the exception of the scores obtained for the inventory of stress and loss, being higher in those whose stressful event was a breakup, compared to family problems. **Conclusions:** This study presents, for the first time, exploratory data on the prevalence and type of stressful events in a Spanish clinical sample with AD, as well as their relationship with sociodemographic and clinical variables. More research is needed in order to clarify the diagnosis and to provide a suitable treatment for AD.

Keywords: Adjustment Disorder, stressful events typology, prevalence, sociodemographic data.

Introducción

A lo largo de nuestra vida nos enfrentamos a diversas situaciones estresantes que debemos afrontar, a la mayoría de las cuales conseguimos adaptarnos de modo apropiado. No obstante, en ocasiones algunas personas no poseen las estrategias de afrontamiento adecuadas, por lo que se generan en ellas síntomas emocionales y conductuales que repercuten de forma negativa en diversos ámbitos de sus vidas, dando lugar a lo que se conoce como *trastorno adaptativo* (TA).

Los TA se definen en el DSM-V (APA, 2013) como el desarrollo de sintomatología emocional o comportamental en respuesta a un factor o factores de estrés claramente identificables (criterio A). Esta sintomatología debe producirse en los tres meses siguientes al inicio del factor o factores estresantes (criterio A) y debe cesar dentro de los seis meses siguientes a la desaparición del evento estresante (criterio E). Así mismo, esta sintomatología resulta clínicamente significativa, bien provocando un malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés (teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas), bien provocando un deterioro significativo en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (criterio B). Solo se establecerá este diagnóstico si la persona no cumple los criterios exigidos para otros trastornos y siempre que no sea una exacerbación de otro trastorno mental persistente (criterio C). Además, los síntomas no deben representar al duelo normal (criterio D). Una vez se diagnostica este trastorno, se requiere especificar el subtipo en función de los

síntomas que predominan, pudiendo ser: con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, con alteración de la conducta, con alteración mixta de las emociones o la conducta o sin especificar.

En cuanto a los datos de prevalencia de este trastorno, las cifras varían en función de la población estudiada y del método de evaluación utilizado, aunque ciertamente constituye un problema frecuente de salud (APA, 2013). Únicamente existe un gran estudio epidemiológico que ha incluido el TA como categoría diagnóstica en su investigación, aunque solo el subtipo con estado de ánimo depresivo, el ODIN (*Outcomes of Depression International Network*; Ayuso-Mateos y cols., 2001). Este estudio incluía cinco países europeos (Irlanda, Reino Unido, España, Noruega y Finlandia) y se encontró una prevalencia global de 0,3 %, aunque esta cifra variaba en función de los países. Por otra parte, la APA (2013) indica que entre el 5 y el 20 % de las personas tratadas en régimen ambulatorio sufre este trastorno y, además, en el entorno hospitalario psiquiátrico, es de los trastornos más diagnosticados, alcanzando el 50 % de los casos. Igualmente, su prevalencia es frecuente en personas que padecen condiciones médicas, especialmente si estas son graves (Strain y cols., 1998). Esta notable diferencia en cuanto a índices de prevalencia podría deberse, según Casey y cols. (2006), a los problemas de definición del TA y a la escasa sensibilidad de los instrumentos de evaluación existentes para este problema.

En cuanto a la relevancia de este trastorno, cabe señalar que algunos estudios indican que este se relaciona con elevadas tasas de autolesiones, entre un 25 % y 60 % de los casos, dependiendo de la edad (Pelkonen, Marttunen, Henriksson y Lonnqvist, 2005; Kryzhanovskaya y Canterbury, 2001). Además, se ha encontrado que las conductas suicidas se producen antes en el curso del TA que en la depresión mayor (Runeson, Beskow y Waem, 1996), así como el suicidio (Portzky, Audenaert y van Heeringen, 2005; Schnyder y Valach, 1997). Así mismo, Casey, Jabbar, O'Leary y Doherty (2015) hallaron que las personas con TA muestran tendencias suicidas a menores puntuaciones de gravedad de los síntomas que aquellos con depresión mayor, cuando ambos trastornos son de elevada gravedad, sugiriendo que el grupo con TA es más vulnerable a la tendencia suicida. Igualmente, es importante destacar la influencia del mismo en la salud pública, en lo que a términos económicos se refiere, pues es uno de los trastornos que mayor bajas laborales causa, por encima de otros trastornos como la depresión mayor o los trastornos de ansiedad (van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk, 2003).

Por otra parte, el término *evento estresante* hace referencia a una diversa variedad de sucesos, como, por ejemplo, problemas familiares, económicos, sociales, etc. (Robles, 2011). Así mismo, el suceso estresante puede ser un único evento o puede haber múltiples sucesos estresantes, puede ser recurrente o continuo, afectar a un solo individuo o a un grupo más grande y puede estar relacionado con el cambio vital de la persona (APA, 2013).

Cabe señalar que son escasos los estudios que han investigado la prevalencia de los eventos estresantes que suelen desencadenar el TA. Por ejemplo, en el estudio de Despland, Monod y Ferrero (1995) se encontró que los eventos estresantes más prevalentes eran los problemas conyugales (43 %), seguidos de los problemas familiares (17 %), los problemas laborales (14 %) y otros (26 %). Otro ejemplo en población española es el de Mur, Díez-Caballero, Florensa y Pérez (2005), quienes hallaron que los factores estresantes más habituales eran los factores laborales (30 %), familiares (25 %) y cambios de ciclo vital (20 %).

Por otra parte, en función de ciclo vital, Newcorn, Strain y Mezzich (2000) indican que los principales factores estresantes encontrados en la población adulta con TA son los problemas de pareja, separación, cambio de lugar de residencia y problemas económicos, mientras que en adolescentes serían los problemas académicos. En línea con lo anterior, Robles (2011) señala que en los adultos son más frecuentes los problemas laborales, económicos y de pareja, las situaciones de duelo, el desgaste profesional (*burnout*) y el acoso laboral (*mobbing*),

mientras que en la adolescencia son más característicos los problemas académicos, la separación de los padres, el rechazo parental y las situaciones de acoso escolar (*bullying*) (Carson, Butcher y Mineka, 2000; Gómez-Macías y cols., 2006).

Con todo, es sorprendente el hecho de que el TA sea uno de los trastornos sobre los que menos se ha investigado y publicado desde que se identificó (Botella, Baños y Guillén, 2008). Por tanto, es necesario seguir investigando acerca de este trastorno, debido a la dificultad para establecer el diagnóstico y las grandes implicaciones que conlleva, como el elevado porcentaje de bajas laborales y el porcentaje de autolesiones y suicidios anteriormente mencionados. Así mismo, conocer aquellos eventos que han originado el trastorno, así como la posible influencia de los mismos en determinadas variables sociodemográficas y clínicas, nos ayudará a comprender mejor esta problemática con el fin de proporcionar un adecuado tratamiento a la misma.

De esta manera, el objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia y la tipología de eventos estresantes en una muestra de pacientes con TA, así como explorar la existencia de diferencias entre los tipos de eventos estresantes y determinadas variables sociodemográficas y clínicas.

Método

Participantes

En el estudio participaron 91 pacientes del Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I diagnosticados de TA. El 73,6 % fueron mujeres y el 26,4 % varones. La media de edad de los participantes fue de 31,67 (DT = 9,76) con un rango de 18 a 54 años. Los subtipos diagnosticados fueron: con estado de ánimo depresivo (15,4 %), con ansiedad (7,7 %), mixto con estado de ánimo depresivo y ansiedad (74,7 %) y alteración mixta de las emociones y del comportamiento (2,2 %).

Medidas

En las sesiones de evaluación para delimitar el diagnóstico de TA se recogieron datos acerca de los eventos estresantes que habían originado el trastorno, además de diversas variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel educativo.

A continuación se describen los instrumentos utilizados en el presente estudio para evaluar las variables clínicas:

Inventario de depresión de Beck (BDI-II: *Beck Depression Inventory-Second Edition*; Beck, Steer y Brown, 1996. Validado en población española por Sanz, Vázquez y Perdigón, 2003). Este instrumento evalúa la sintomatología depresiva. Se trata de un autoinforme de 21 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 0 (totalmente desacuerdo) a 3 (totalmente de acuerdo), en el que las puntuaciones finales indican: de 0 a 9, no sintomatología depresiva; de 10 a 18, sintomatología leve a moderada; de 19 a 29, sintomatología moderada a grave y, por último, de 30 a 63 sintomatología grave. La validación española ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas (Sanz y cols., 2003).

Inventario de estrés y pérdida (IEP; Quero, Molés, Mor, Baños y Botella, 2014; adaptado de Prigerson y cols., 1995). Este instrumento evalúa la intensidad con la que interfiere la situación o la persona perdida en la vida de la persona. Se trata de un autoinforme de 17 ítems que se contestan en una escala Likert de 0 (nunca) a 4 (siempre), siendo la puntuación mínima 0 y la máxima 68. Datos preliminares de la validación mostraron excelentes coeficientes de fia-

bilidad test-retest (0,90) y de consistencia interna en población española tanto general (0,91) como clínica con TA (0,86) (Quero y cols., 2014).

Inventario de crecimiento postraumático (PTGI: *Post Traumatic Growth Inventory*; Tedeschi y Calhoun, 1996). Este instrumento evalúa los posibles cambios positivos que pueden experimentar las personas tras haber sufrido un acontecimiento traumático o adverso. Se trata de un autoinforme de 21 ítems que se contestan en una escala Likert de 0 («No experimenté este cambio como resultado de la crisis») a 5 («Experimenté este cambio en medida muy grande como resultado de la crisis»), siendo la puntuación mínima 0 y la máxima 105. Puntuaciones elevadas en este inventario indican un mayor grado de crecimiento postraumático percibido. Se han obtenido elevados índices de consistencia interna tanto para las 5 escalas como para la puntuación total (Ho, Chu y Yiu, 2008; Tedeschi y Calhoun, 1996). Datos preliminares de la validación de este cuestionario en muestra española diagnosticada de TA (N = 101) mostraron excelentes coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach 0,90) y fiabilidad test-retest (0,95) para la puntuación total del cuestionario (Rachyla, Reyes-Torres, Molés y Quero, 2016).

Procedimiento

Se recogieron datos de pacientes del SAP diagnosticados de TA, referidos a las variables sociodemográficas y clínicas anteriores al tratamiento, correspondientes a las sesiones de evaluación inicial. Seguidamente, se procedió a la realización de los análisis correspondientes mediante el *Statistics Package for Social Sciences* (SPSS-22), versión en español. Todos los participantes formaron parte de un estudio de investigación donde posteriormente recibieron tratamiento psicológico para el TA y firmaron el consentimiento informado participando de forma voluntaria.

Resultados

En primer lugar, por lo que respecta a la tipología de los eventos estresantes, los pacientes se agruparon en cuatro grandes categorías: ruptura de pareja (incluye ruptura sentimental, divorcio, separación y problemas derivados), problemática familiar (incluye problemas con algún miembro de la familia y problemas económicos), problemas laborales (incluye problemas en el trabajo, despido, *mobbing* y problemas con los estudios) y enfermedad (incluye enfermedad propia o accidente y enfermedad en algún miembro de la familia). Los porcentajes hallados para cada categoría se presentan en la figura 1.

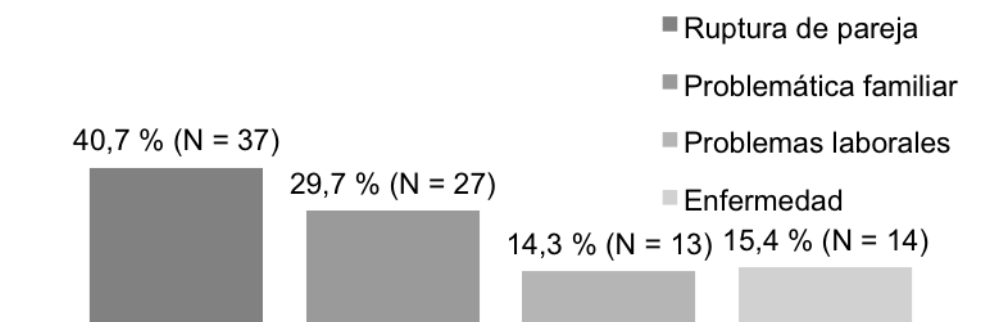


Figura 1. Prevalencia de la tipología de eventos estresantes

En segundo lugar, se analizaron las diferencias entre las categorías de eventos estresantes y determinadas variables sociodemográficas y clínicas. Para ello se realizó una prueba de Chi-cuadrado (χ^2) en aquellas variables cualitativas como el sexo y el nivel educativo (véase la tabla 1) y un ANOVA para las variables cuantitativas, como son la edad, las puntuaciones en el BDI-II, IEP y PTGI (véase la tabla 2). Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre tipos de eventos estresantes en ninguna variable, a excepción de las puntuaciones obtenidas en el IEP ($F = 3,460$; $p < 0,05$). Las pruebas *post-hoc* indicaron que aquellas personas cuyo evento estresante fue una ruptura de pareja obtuvieron puntuaciones mayores de estrés y pérdida en comparación con la problemática familiar.

Tabla 1

Diferencias entre las categorías de eventos estresantes en función de las variables sexo y nivel educativo

		f		χ^2	p
		Hombres	Mujeres		
Sexo	Ruptura	9	28	3,592	0,309
	Pb. familiar	5	22		
	Pb. laboral	6	7		
	Enfermedad	4	10		
		Prim./Secun.	Universitarios		
Nivel educativo	Ruptura	8	29	2,625	0,453
	Pb. familiar	8	19		
	Pb. laboral	5	8		
	Enfermedad	2	12		

Tabla 2

Diferencias entre las categorías de eventos estresantes en función de la edad y puntuaciones obtenidas en BDI-II, IEP y PTGI

		M	D.T.	F	p
Edad	Ruptura	30,86	9,461		
	Pb. familiar	31,41	9,974		
	Pb. laboral	34,77	10,059		
	Enfermedad	31,43	10,338		
BDI-II	Ruptura	25,50	10,796	2,196	0,094
	Pb. familiar	20,37	9,584		
	Pb. laboral	25,46	6,851		
	Enfermedad	19,64	10,485		

		M	D.T.	F	p
IEP	Ruptura	40,457	10,514		
	Pb. familiar	30,957	11,83	3,460	0,02
	Pb. laboral	31,167	8,233		
	Enfermedad	35,786	18,419		
PTGI	Ruptura	34,222	19,372		
	Pb. familiar	40,815	19,464	0,982	0,405
	Pb. laboral	30,846	19,261		
	Enfermedad	37,571	19,825		

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran datos exploratorios sobre la prevalencia y la tipología de eventos estresantes en una muestra clínica española con TA, así como su relación con variables sociodemográficas y clínicas.

En cuanto a la tipología de los eventos estresantes, se hallaron cuatro grandes categorías de eventos relacionados con: ruptura de pareja (ruptura sentimental, divorcio, separación y problemas derivados), problemática familiar (problemas con algún miembro de la familia y problemas económicos), problemas laborales (problemas en el trabajo, despido, *mobbing* y problemas con los estudios) y enfermedad (enfermedad propia o accidente y enfermedad familiar). Los porcentajes hallados en el presente estudio de prevalencia de las distintas categorías son semejantes a los obtenidos en el estudio de Despland y cols. (1995), quienes hallaron que la problemática más prevalente era la relacionada con los problemas maritales con un 43 % de los casos (siendo en nuestro estudio de 40,7 %, en el caso de ruptura de pareja), seguida de un 17 % en el caso de los problemas familiares (29,7 % en nuestro estudio) y de un 14 % en el caso de los problemas ocupacionales (14,3 % en nuestro estudio). No obstante, en el caso del estudio de Mur y cols. (2005), llevado a cabo en población española, nuestros resultados son diferentes por lo que se refiere a la problemática laboral, hallando estos autores un porcentaje mayor (30 %) que el obtenido en nuestro estudio (14,3 %), mientras que el porcentaje encontrado para los problemas familiares (25 %) fue más similar a los resultados hallados en el presente estudio (29,7 %). Por otra parte, teniendo en cuenta el ciclo vital, nuestros datos son similares con los obtenidos en estudios previos como el de Newcorn y cols. (2000), quienes mencionan que los factores estresantes más habituales en el TA en adultos son los problemas de pareja, separación, cambio de lugar de residencia y problemas económicos. De la misma manera, nuestros datos son semejantes a aquellos hallados en la literatura por Robles (2011) quien señala que los problemas estresantes más frecuentes en los adultos se relacionan con los problemas laborales, económicos, de pareja, situaciones de duelo, el *burnout* y el *mobbing* (Carson y cols., 2000; Gómez-Macías y cols., 2006).

Respecto a la diferencias entre las categorías de eventos estresantes en función de variables sociodemográficas y clínicas, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el caso de la puntuación obtenida en el IEP, siendo mayor en aquellas personas cuyo evento estresante había sido una ruptura de pareja en comparación con quienes habían sufrido un problema familiar. Que nosotros sepamos, no existe literatura relacionada con las diferencias entre estos eventos en función de las variables estudiadas, por lo que sería conveniente continuar con su estudio en el futuro.

Con todo, podemos concluir que, según nuestros resultados, el acontecimiento estresante más prevalente que daba lugar a un TA en esta muestra clínica fue haber sufrido una ruptura sentimental. Además, parece que sufrir este tipo de acontecimiento provoca una mayor sintomatología de estrés y pérdida.

Algunas limitaciones de nuestro estudio podrían estar relacionadas con las características de la muestra, ya que en nuestro caso podría existir un sesgo al tratarse de personas que acuden al SAP de la universidad, debido a que los pacientes que suelen acudir son personas jóvenes con estudios universitarios, lo cual podría explicar en parte las diferencias halladas con otros estudios. Así mismo, cabe señalar que se trata de un estudio exploratorio, por lo que los resultados hacen referencia a la muestra estudiada. Por otra parte, no se ha tenido en cuenta la implicación y la posible influencia de la tipología del estresor en los resultados de la terapia. En un futuro, se requieren estudios que aborden estos aspectos contando, al mismo tiempo, con una mayor muestra que permita la generalización de los hallazgos.

En conclusión, es importante continuar estudiando esta problemática debido a que los estudios acerca del TA son escasos, a pesar de ser uno de los trastornos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria (Carta, Balestrieri, Murru y Carolina-Hardoy, 2009). Por ello, es necesario continuar investigando acerca de la prevalencia de los eventos estresantes y la posible existencia de diferencias entre los mismos, lo cual ayudaría a mejorar el diagnóstico y, de esta manera, proporcionar un adecuado tratamiento a quienes padecen un TA.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P. y cols. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Botella, C., Baños, R. M. y Guillén, V. (2008). Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la diversidad. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp.129-154). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carson, R. C., Butcher, J. N. y Mineka, S. (2000). *Abnormal psychology and modern life*. Boston: Allyn and Bacon.
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A. y Carolina-Hardoy, M. C., 2009. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 5, 1-15.
- Casey, P., Jabbar, F., O'Leary, E. y Doherty, A. M. (2015). Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *Journal of affective disorders*, 174, 441-446.
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S. y cols. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders*, 92, 291-297.
- Despland J. N., Monod L. y Ferrero F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 454-60.
- Gómez-Macías, V., De Cos, A., García, C., García, F., Ballesteros, M. y Jiménez, M. C. (2006). Trastornos adaptativos: factores estresantes en el momento actual. *Interpsiquis*.
- Ho, S. M., Chu, K. W. y Yiu, J. (2008). The relationship between explanatory style and post traumatic growth after bereavement in a non-clinical sample. *Death Studies*, 32, 461-478.

- Kryzhananovskaya, L. y Canterbury, R. (2001). Suicidal behaviour in patients with adjustment disorders. *Crisis*, 22, 125-131.
- Mur, T., Díez-Caballero, M., Florensa, E. y Pérez, L. (2005). Descriptive study of adaptive disorders in a primary care centre. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 36, 404.
- Newcorn, J. H., Strain, J. J. y Mezzich, J. E. (2000). Adjustment disorders. En B. J. Sadock y V. A. Sadock (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. (pp. 1714-1722). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M. y Lonnqvist, J. (2005). Suicidality in adjustment disorder-clinical characteristics of adolescent outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 174-180.
- Portzky, G., Audenaert, K. y van Heeringen, K. (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 87, 265-270.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A. y cols. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Quero, S., Molés, M., Mor, S., Baños, R. y Botella, C. (2014). *Spanish Validation of the Complicated Grief Inventory adapted for Adjustment Disorders*. Póster presentado en *Association for Behavioral and Cognitive Therapies 48th Annual Convention*, Philadelphia, United States.
- Rachyla, I., Reyes-Torres, F., Molés, M. y Quero, S. (2016). *Validación española del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes con trastorno adaptativo: Análisis factorial exploratorio*. Póster presentado en *II Jornades d'Investigació per als Estudiants de la Facultat de Ciències de la Salut*, Universitat Jaume I, Castellón.
- Robles, H. (2011). Trastornos adaptativos. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroble (eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 707-727). Madrid: Pirámide.
- Runeson, B. S., Beskow, J. y Waem, M., (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35-42.
- Sanz, J., Vázquez, C. y Perdígón, A. L. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud: Revista de psicología clínica y salud*, 14, 249-280.
- Schnyder, U. y Valach, L. (1997). Suicide attempters in the emergency room population. *General Hospital Psychiatry*, 19, 119-129.
- Strain, J. J., Smith, G. C., Hammer, J. S., McKenzie, D. P., Blumenfeld, M., Muskin, P. y cols. (1998). Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 139-149.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- van der Klink, J. L. J., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. y van Dijk, F. J. H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437.
- Herbert, B. M. y Pollatos, O. (2012). The body in the mind: on the relationship between interoception and embodiment. *Topics in Cognitive Science*, 4, 692-704.
- Jay, D. (1991). Effect of a dance program on the creativity of preschool handicapped children. *Adapted physical activity quarterly*, 8, 305-316.
- Koch, S. C. (2006). Embodiment and creative arts therapy: From phenomenology to cognitive science. En S. Scoble (ed.), *European Arts Therapy. Grounding the vision to advance theory and practice*. Plymouth: University Plymouth Press.

- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Lima de Figueiredo Queirós, M. M., Fernández Berrocal, P., Extremera, N. y Susana Queirós, P. (2006). Perceived emotional intelligence, response style and physical activity in old age. *Ansiedad y Estrés*, 12, 293-303.
- Lobo, Y. B. y Winsler, A. (2006). The effects of a creative dance and movement program on the social competence of head start preschoolers. *Social Development*, 15(3), 501-519.
- López, C. y Rueda, B. (2013). Siento, me muevo, luego existo. *Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 1, 14-29.
- Mac Donald, C. J. (1991). Creative dance in elementary schools: A theoretical and practical justification. *Canadian Journal of Education*, 16, 434-441.
- Maslow (1972). *El Hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairos.
- Payne, H. (1990). *Creative movement and dance in groupwork*. United Kingdom: Speechmark.
- Peña, N. y Jaramillo, L. (1998). La danza, factor de promoción ético moral en los adolescentes marginados. *Apunts: Educación física y deportes*, 4(54), 12-21. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view/307339>
- Ratey, J. (2001). *A User's Guide to the Brain*. New York, NY: Random House Inc.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Rodríguez, R., Caja, M. y Gracia, P. (2013). Inteligencia Emocional y Comunicación: la conciencia corporal como recurso. *Revista de Docencia Universitaria*, 11, 213-241.
- Salas-Calderón, S. (2007). Psicoterapia del movimiento : herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos. *Actualidades en Psicología*, 21, 97-115.
- Sebiani, L. (2005). Uso de la danza-terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas. *Reflexiones*, 84, 49-56.
- Sheets-Johnstone, M. (2010). Why is movement therapeutic? *American Journal of Dance Therapy*, 32, 2-15.

Un estudio exploratorio sobre el uso de las tecnologías de la información y comunicación en adolescentes

SANDRA ROJAS RODRÍGUEZ
al189941@uji.es

ENCARNA MARTÍN-LORENTE
encarna.martinlorente@gmail.com

JUANA BRETÓN-LÓPEZ
breton@uji.es

Resumen

Introducción: Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han supuesto grandes beneficios. Sin embargo, pueden ocasionar graves problemas derivados del uso excesivo de las mismas. Una población de riesgo son los adolescentes, debido a las características que los definen y a que son quienes más las utilizan. El objetivo de esta investigación es estudiar el uso que hacen los adolescentes de un conjunto de tecnologías y comprobar si existe un abuso de las TIC en esta población. **Método:** Los participantes eran 47 estudiantes de un instituto de educación secundaria de la provincia de Castellón. Se les administró el cuestionario de detección de nuevas adicciones (DENA) de Labrador, Becoña y Villadangos (2008). **Resultados:** Los resultados hallados fueron un uso extendido de internet, teléfono móvil y televisión, pues un 91,5 %, un 89,1 % y un 76,1 % respectivamente utilizaban estas tecnologías a diario. Además, se encontró un uso elevado de internet y del teléfono móvil, pues un 46,7 % y un 65 % respectivamente los utilizaba de 3 a 6 horas diarias. También se hallaron importantes problemas derivados del uso de internet y del teléfono móvil, pues un 6,4 % y un 8,5 % respectivamente indicaron tener siempre problemas por su uso. Así mismo, se hallaron correlaciones significativas entre la frecuencia de uso y la frecuencia de problemas percibidos de internet ($r = 0,296$; $p = 0,043$), videojuegos ($r = 0,588$; $p = 0,000$) y televisión ($r = 0,355$; $p = 0,017$). **Conclusiones:** El estudio revela la necesidad de difundir pautas para un uso saludable de las TIC. Así mismo, es importante hacer énfasis en la necesidad de seguir estudiando esta problemática.

Palabras clave: tecnología, abuso, adolescentes, internet, teléfono móvil.

Abstract

Introduction: Information and Communication Technologies (ICT) have brought great benefits. However, they can also cause serious problems because of their excessive use. Teenagers are considered a population at risk due to their characteristics and because they are the ones who most use ICTs. The objective of this research is to

analyse the use of a set of technologies by adolescents and to find out if there is an abuse of ICTs in this population. **Method:** Participants were 47 students of one specific high school in the province of Castellon. The detection of new addictions questionnaire (DENA) by Labrador, Becoña and Villadangos (2008) was administered. **Results:** Results showed an extended use of the Internet, mobile phone and television among teenagers, as 91.5%, 89.1% and 76.1% respectively use these technologies daily. In addition, a 46.7% for the Internet and 65% for mobile phone use from 3 to 6 hours per day. Moreover, a high percentage of problems resulting from the use of the Internet and mobile phone were found, as 6.4% and 8.5% respectively have always perceived problems of use. Also, significant correlations between frequency of use and frequency of perceived problems were found on the Internet ($p = 0.043$; $r = 0.296$), video games ($r = 0.588$; $p = 0.000$) and television ($r = 0.355$; $p = 0.017$). **Conclusions:** The study shows that it is necessary to disseminate guidelines for a healthy use of ICTs and to continue studying this problem.

Keywords: technology, abuse, addiction, adolescents, Internet, mobile phone.

Introducción

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son herramientas que proporcionan grandes beneficios, como la obtención y transmisión de manera rápida de información, la comunicación entre personas de forma instantánea y el entretenimiento, entre otros (Labrador y Villadangos, 2009). Sin embargo, el inconveniente que presentan es cuando el uso de las mismas se convierte en abusivo o incluso adictivo, por lo que pasan a ser una parte central de la vida de la persona, ya que se les dedica gran cantidad de tiempo y atención y se dejan de realizar otras actividades, lo que genera una grave interferencia en la vida de las personas (Labrador y Villadangos, 2009).

No obstante, no existe un acuerdo claro sobre qué criterios caracterizan la adicción a las TIC. En algunos casos se considera la frecuencia o duración del uso de las mismas; sin embargo, la cantidad de horas dedicadas a una actividad no parece ser suficiente para establecer un problema adictivo (Labrador y Villadangos, 2010). Asimismo, ni en el anterior *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV) ni en el actual (DSM-V), existen criterios establecidos para determinar si una persona presenta adicción a las TIC, ni tampoco en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10). Sin embargo, los criterios se pueden inferir a partir de las características de las adicciones comportamentales. De esta manera, como señala Griffiths (2005), los componentes comunes en la adicción, ya sea comportamental o tóxica, son: saliencia, cambio de humor, tolerancia, síndrome de abstinencia, conflicto y recaída. Por tanto, una conducta será adictiva si es muy importante para la persona y domina sus pensamientos, sentimientos y comportamientos (esto es, saliencia). Así mismo, provocará un cambio en el humor, que será resultado de la implicación de la persona en una determinada actividad adictiva. También ocasionará tolerancia, que es el proceso en el que se requiere aumentar la cantidad de una determinada conducta para alcanzar los mismos efectos que esta producía al comienzo. De la misma manera, producirá síndrome de abstinencia en la persona; este es entendido como estados emocionales o efectos físicos displacenteros que ocurren cuando se deja de realizar la actividad. Además, provocará distintos tipos de conflictos, que pueden ser: entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), en el mismo in-

dividuo (conflicto intrapsíquico) o conflicto de la actividad con otras actividades, como pueden ser el trabajo, los estudios, la vida social, etc. Finalmente, se producirán recaídas, que son la tendencia a volver a realizar la conducta problemática incluso tras lograr permanecer un largo tiempo de abstinencia y control.

Además, cabe tener en cuenta que en el DSM-V (APA, 2013) se proponen para estudiar en el futuro los criterios diagnósticos del trastorno de juego en internet. Sin embargo, se requieren más investigaciones para establecerlos. Estos criterios estarían relacionados con el uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta durante un periodo de 12 meses. Por tanto, estarían relacionados con la adicción a los juegos de internet, por lo que debido a su semejanza con la adicción a las TIC, podrían ser adaptados y utilizarse para diagnosticar la adicción a las distintas tecnologías.

Los perjuicios que pueden causar estas adicciones se pueden dar a cualquier edad, aunque son los adolescentes quienes constituyen un grupo de mayor riesgo. Esto es debido a que la adolescencia es un periodo de mayor vulnerabilidad, por ser una edad en la que se está produciendo el desarrollo del control cognitivo (Casey, Tottenham, Liston y Durston, 2005) y el desarrollo de las habilidades de ajuste (Liu y Potenza, 2007). Así mismo, son los adolescentes quienes tienen mayor tendencia a buscar sensaciones nuevas, quienes más utilizan estas tecnologías y están más familiarizados con ellas (Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008). Además, las utilizan para jugar, comunicarse con otras personas y como fuente de conocimiento en su proceso de aprendizaje (Martín, Beltrán y Pérez, 2003), lo que lleva a convertir a las TIC en importantes e imprescindibles en sus vidas.

Algunos datos previos relacionados con el porcentaje de uso, abuso y adicción de estas tecnologías en los adolescentes son los siguientes:

En cuanto a internet, según el estudio realizado por la Fundación Pfizer (2009), el 98 % de los jóvenes españoles de 11 a 20 años era usuario del mismo; de ese porcentaje, siete de cada diez afirmaron acceder a la red por un tiempo diario de, al menos, 1,5 horas, pero en torno al 3 % o al 6 % de los mismos hacía un uso abusivo de internet (Echeburúa y Corral, 2010). Estos datos se ven confirmados en el estudio realizado por Carbonell y cols. (2012), pues un 6,1 % de los participantes mostraba problemas frecuentes del uso de internet.

En cuanto a los datos relacionados con el uso abusivo del móvil, en el trabajo realizado por Chóliz, Villanueva y Chóliz (2009) se halló que el 95 % de los adolescentes del estudio tenían móvil, cifra que llegaba al 99 % en adolescentes de 17 y 18 años. El 62,9 % de los menores lo tenían siempre conectado, incluso por la noche. En otro estudio posterior realizado por Carbonell y cols. (2012) se comprobó que un 2,8 % de los participantes presentaba problemas frecuentes con el uso del teléfono móvil.

En cuanto a los videojuegos, en el estudio de Protégeles de 2005 para el Defensor del Menor, se comprobó que el 69 % de los menores jugaba habitualmente con los mismos, pero esta prevalencia iba disminuyendo con la edad. También, los menores reconocieron que los videojuegos les quitaban tiempo de realizar otras actividades; así pues, el 28 % reconoció que le quitaba tiempo de estudio, el 21 % de estar con la familia y el 15 % de estar con los amigos. Finalmente, el 14 % reconoció tener conductas problemáticas.

En otro estudio, Labrador y Villadangos (2010) administraron a una población de adolescentes el cuestionario de detección de nuevas adicciones (DENA), cuyos resultados indicaron que la tecnología más utilizada era la televisión, pues un 97,23 % reconoció utilizarla con frecuencia o siempre, seguida de internet con un 87,43 % y teléfono móvil con un 80,81 %, siendo los videojuegos los menos utilizados, solamente por un 55,26 %. También se encontró una correlación positiva entre el tiempo de uso de las distintas tecnologías y la percepción de problemas; por tanto, cuanto más utilizan las TIC, más creen que pueden causarles problemas.

Así pues, la televisión es considerada como la que más problemas les genera, seguida de internet y teléfono móvil, mientras que son los videojuegos los considerados como menos problemáticos.

Con todo lo anterior, teniendo en cuenta las graves consecuencias que puede tener el uso adictivo de estas tecnologías y que son los adolescentes los que constituyen el grupo de mayor riesgo, el objetivo de la presente investigación es estudiar el uso que hacen los adolescentes de un conjunto de tecnologías, clasificar estas tecnologías de acuerdo a su frecuencia de uso y poner en relación la frecuencia de uso con la existencia de problemas en los adolescentes. Todo ello con la finalidad de conocer el uso que hacen de las mismas y concienciarles acerca de esta problemática, así como proporcionar a sus padres las pautas de prevención adecuadas.

Método

Participantes

En el estudio participaron una muestra de 47 estudiantes de educación secundaria de un centro educativo de la provincia de Castellón. El 53,2 % fueron mujeres y el 46,8 % varones. La edad de los participantes comprendía de los 16 a los 18 años, con una edad media de 16,51 (DT = 0,621).

Medidas

El instrumento utilizado fue el cuestionario de detección de nuevas adicciones (DENA) (Labrador y Villadangos, 2010). Las variables que se tuvieron en cuenta para realizar el presente estudio fueron la edad, el sexo, los datos relacionados con la frecuencia de uso de las tecnologías (internet, teléfono móvil, videojuegos y televisión), la percepción subjetiva de problemas derivados de su uso y el tiempo dedicado a ellas al día.

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo mediante observación, de acuerdo a la clasificación establecida por Montero y León (2005).

Procedimiento

Los datos se recogieron durante el curso académico 2013-2014. El cuestionario fue administrado por una psicóloga en el centro escolar. Las autoridades académicas del centro dieron la aprobación a la administración del cuestionario y hubo el correspondiente permiso de los padres. La aplicación fue colectiva, aunque cada estudiante respondía de manera individual y anónima a su cuestionario. Se recogieron los datos y se trasladaron a la base de datos para su posterior análisis. Se acordó con el centro informar debidamente de los resultados obtenidos y planificar una charla con los padres, tanto para mostrarles los resultados obtenidos como para enseñarles pautas de prevención sobre este tipo de abuso o adicción comportamental.

Resultados

En cuanto a la frecuencia de uso de las tecnologías, los participantes reconocieron que las tecnologías que utilizan con mayor frecuencia son internet, teléfono móvil y televisión. Así pues, la mayoría de los adolescentes hacen un uso diario de internet (91,5 % de los mismos), teléfono móvil (89,1 %) y televisión (76,1 %), así como otros las utilizan alguna vez por semana, en el caso de internet (6,4 %), del teléfono móvil (8,7 %) y de la televisión (23,9 %). Por otro lado, el uso de los videojuegos es menor si se compara con el uso que hacen de las otras tecnologías (tabla 1).

Tabla 1
Frecuencia de uso de las tecnologías

	Nunca		Alguna vez al mes		Alguna vez a la semana		Todos los días	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Internet	-	-	1	2,1	3	6,4	43	91,5
Videojuegos	21	44,7	13	27,7	10	21,3	3	6,4
Teléfono móvil	1	2,2	-	-	4	8,7	41	89,1
Televisión	-	-	-	-	11	23,9	35	76,1

En cuanto al tiempo dedicado a las TIC al día (en horas), existe un porcentaje importante de los adolescentes que utilizan internet y el teléfono móvil una gran cantidad de horas al día. De esta manera, en cuanto al uso de internet, un 46,7 % lo utiliza de 3 a 6 horas al día y, respecto al uso del teléfono móvil, un 65 % lo utiliza de 3 a 6 horas diarias. No obstante, respecto a la televisión y los videojuegos, los adolescentes hacen un menor uso al día. Así pues, en cuanto a la televisión, un 50,0 % la ven 1 hora al día, mientras que un 31,8 % la ven 2 horas al día y un 11,4 % la ven 3 horas al día. En relación a los videojuegos, las horas que les dedican al día aquellos que los utilizan oscilan entre 1 y 3 horas, siendo mayor el porcentaje que los utiliza 1 hora al día (68,8 %), seguido por el que los utiliza 2 horas al día (25,0 %) (tabla 2).

Tabla 2
Tiempo dedicado a las TIC al día (horas)

	1		2		3		4		5		6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Internet	16	35,6	8	17,8	8	17,8	7	15,6	1	2,2	5	11,1
Videojuegos	11	68,8	4	25,0	1	6,3	-	-	-	-	-	-
Telf. móvil	10	25,0	4	10,0	4	10,0	9	22,5	5	12,5	8	20,0
Televisión	22	50,0	14	31,8	5	11,4	2	4,5	-	-	1	2,3

*Resultados obtenidos en población válida.

En lo que se refiere a la frecuencia de problemas percibidos debido al uso de las tecnologías, los participantes consideran que internet y el teléfono móvil son las tecnologías que mayores problemas les generan. En concreto, perciben que internet les genera problemas con frecuencia a un 8,5 % de los adolescentes y siempre a un 6,4 %, y el teléfono móvil les genera problemas con frecuencia a un 10,6 % y siempre a un 8,5 %. En cuanto a la televisión, parece generar problemas con frecuencia a un 8,7 % y siempre a un 2,2 %. Por lo que respecta a los videojuegos, ninguno de los adolescentes contestó que le generen problemas con frecuencia y solo un 2,1 % contestó que les genera problemas siempre (tabla 3).

Tabla 3
Frecuencia de problemas percibidos debido al uso de las tecnologías

	Nunca		A veces		Con frecuencia		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Internet	17	36,2	23	48,9	4	8,5	3	6,4
Videojuegos	40	85,1	6	12,8	-	-	1	2,1
Teléfono móvil	16	34,0	22	46,8	5	10,6	4	8,5
Televisión	30	65,2	11	23,9	4	8,7	1	2,2

En referencia a la relación entre la frecuencia de uso de las TIC y los problemas percibidos por los adolescentes, se han encontrado relaciones significativas en el caso de internet ($r = 0,296$; $p = 0,043$), videojuegos ($r = 0,588$; $p = 0,000$) y televisión ($r = 0,355$; $p = 0,017$), sin embargo no se han encontrado en el caso del teléfono móvil (tabla 4).

Tabla 4
r de Pearson entre la frecuencia de uso de TIC y los problemas percibidos

		M	D.T.	r	P
Internet	Frecuencia	3,89	0,375	0,296	0,043
	Problemas	1,85	0,834		
Videojuegos	Frecuencia	1,89	0,961	0,588	0,000
	Problemas	1,19	0,537		
Teléfono móvil	Frecuencia	3,85	0,515	0,275	0,064
	Problemas	1,94	0,895		
Televisión	Frecuencia	3,76	0,431	0,355	0,017
	Problemas	1,48	0,752		

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que las tecnologías más utilizadas por los adolescentes son internet, teléfono móvil y televisión. Estos datos van en la línea de estudios anteriores sobre el uso de las distintas tecnologías, ya que en el estudio realizado por la Fundación Pfizer (2009) el 98 % de los jóvenes españoles era usuario de internet (siendo 97,9 % en nuestro estudio los adolescentes que lo utilizan diariamente o alguna vez a la semana). Lo mismo ocurre en el caso del teléfono móvil, incluso puede percibirse un aumento del uso del mismo en comparación con estudios anteriores pues, como Chóliz y cols. (2009) encontraron, el 62,9 % de los adolescentes lo tenían siempre conectado, siendo un 97,8 % en nuestro estudio los adolescentes que hacen un uso del mismo a diario o alguna vez a la semana. De la misma manera, en cuanto a los videojuegos, el porcentaje de uso disminuye comparándolo con las otras tecnologías, pues como indica el estudio de Protégeles del 2005, el 69 % de los menores jugaba habitualmente con videojuegos, siendo este uso todavía menor por parte de los adolescentes en nuestro estudio (27,7 % indicaron utilizarlo a diario o alguna vez a la semana).

Así mismo, los resultados obtenidos en el presente estudio son similares a los encontrados en el estudio realizado por Labrador y Villadangos (2010), quienes también utilizaron el cuestionario DENA y hallaron que la tecnología más utilizada por los adolescentes era la televisión con un uso de 97,23 % de los mismos con frecuencia o siempre (100 % en nuestro estudio), seguida de internet con un 87,43 % de los mismos (97,9 % en nuestro estudio) y teléfono móvil 80,81 % (97,8 % en nuestro estudio), siendo la menos utilizada los videojuegos por un 55,26 % (27,7 % en nuestro estudio). Estos datos reflejan que parece haber un aumento del uso de internet y del teléfono móvil en los adolescentes de nuestro estudio, mientras que en el caso de la televisión el uso se mantiene similar y disminuye en el caso de los videojuegos.

En el caso de las horas que los adolescentes utilizan las tecnologías al día, se encontró una gran proporción de los mismos que dedicaban entre 3 y 6 horas al día tanto a internet como al teléfono móvil. Cabe tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, este uso no es continuado, sino que se trata de una suma de intervalos de tiempo; aun así, esta cantidad es muy elevada pues les resta tiempo de hacer otras actividades, como las tareas que les mandan del instituto, compartir momentos con sus familiares y amigos, realizar actividades de ocio y tiempo libre, entre otras. Además, teniendo en cuenta el estudio realizado por la Fundación Pfizer (2009), en el que se encontró que siete de cada diez adolescentes utilizaban internet más de 1,5 horas al día, se puede ver cómo nuestros datos se encuentran relacionados con el mismo, pues un 64,5 % de los adolescentes de nuestro estudio lo utilizan dos o más horas al día.

Por lo que refiere a la frecuencia de problemas debido al uso de las tecnologías, los adolescentes consideran que las tecnologías que mayores problemas les generan son internet y el teléfono móvil. Estos datos se encuentran relacionados con el estudio de Carbonell y cols. (2012), quienes hallaron que un 6,1 % de los adolescentes mostraba problemas frecuentes por el uso de internet (siendo 6,4 % quienes percibían problemas siempre en nuestro estudio) y 2,8 % en el caso del teléfono móvil (siendo 8,5 % en nuestro estudio). Así mismo, parece haber aumentado la consideración de uso problemático del teléfono móvil. Estos datos son importantes, pues representan a una gran cantidad de adolescentes, a la par que llamativos, ya que debido al elevado porcentaje de aquellos que perciben siempre o con frecuencia problemas por el uso de internet y teléfono móvil, podríamos decir que algunos adolescentes sufren una gran interferencia en otras actividades, lo cual Griffiths (2005) define como *conflicto* y es uno de los componentes de la adicción comportamental. Por otra parte, en el caso de los videojuegos, comparando nuestros resultados con estudios anteriores como el de Protégeles del 2005, en el

que un 14 % reconoció tener conductas problemáticas, podríamos concluir que ha disminuido el uso problemático en los adolescentes de nuestro estudio, pues solo un 2,1 % lo consideran siempre problemático.

Teniendo en cuenta la relación entre la frecuencia de uso de las TIC y la frecuencia de problemas percibidos, esta es positiva y significativa para internet, videojuegos y televisión, pero no lo es para el teléfono móvil; parece ser que aquellos que utilizan más internet, videojuegos y televisión son quienes mayores problemas perciben. Sin embargo, en el caso del teléfono móvil no ocurre así, lo que podría explicarse por el hecho de que es una tecnología que suele llevarse siempre encima y cuyo uso, a pesar de que pueda ser elevado, puede que no sea percibido como interferente en otras actividades, por lo que probablemente no se es tan consciente de los problemas que genera. En el estudio realizado por Labrador y Villadangos (2010) se encontró de la misma forma correlaciones positivas entre el tiempo de uso de las distintas tecnologías y la percepción de problemas, incluyendo el teléfono móvil.

En conclusión, en la actualidad se puede observar un aumento en el uso de las TIC, como se puede apreciar en los resultados encontrados en el presente estudio, principalmente en relación a internet y teléfono móvil frente a estudios previos. Así mismo, son sorprendentes los resultados encontrados acerca de las horas que los adolescentes utilizan al día internet y el teléfono móvil. De la misma manera, se ha encontrado un importante porcentaje de adolescentes que percibe problemas derivados del uso de internet y del teléfono móvil. En cuanto a la televisión, el uso de la misma se produce principalmente de forma diaria o alguna vez a la semana, aunque las horas que dedican a la misma son inferiores en comparación con las que les dedican a internet y al teléfono móvil y también lo son los problemas percibidos. Por otra parte, en el caso de los videojuegos, se ha encontrado que su uso es inferior al del resto de las tecnologías, así como los problemas derivados del mismo.

Por lo tanto, se ha encontrado un uso abusivo en una parte importante de los adolescentes, principalmente en lo que a internet y teléfono móvil se refiere. Sin embargo, existen dificultades para determinar de un modo preciso cuándo una persona es adicta a las TIC ya que todavía no existen criterios específicos para definir la adicción a las mismas, por ello se hacen necesarios estudios futuros que permitan definir las características y los síntomas de este tipo de adicciones.

Cabe señalar que, con toda la información obtenida tras este estudio, especialmente descriptiva, se dio una charla informativa a los padres para comunicarles los resultados obtenidos y darles las principales pautas de prevención recogidas en la literatura.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talarn A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and young students. *Anales de Psicología*, 28, 789-796.
- Casey, B. J., Tottenham, N., Liston, C. y Durston, S. (2005). Imaging the developing brain: What have we learned about cognitive development? *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 104-110.
- Chóliz, M., Villanueva, V. y Chóliz, M. C. (2009). Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 34, 74-88.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Fundación Pfizer (2009). *La juventud y las redes sociales en Internet*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Griffiths, M. (2005). A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191-197.
- Labrador, F. J. y Villadangos, S. (2009). Adicciones a nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (coords.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 45-75). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J. y Villadangos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22, 180-188.
- Liu, T. y Potenza, M. N. (2007). Problematic Internet use: Clinical implications. *CNS Spectrums*, 12, 453-466.
- Martín, J. M., Beltrán, J. A. y Pérez, L. (2003). *¿Cómo aprender con Internet?* Madrid: Fundación.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Protégeles (2005). Seguridad infantil y costumbres de los menores en el empleo de la telefonía móvil. *Protégeles y Defensor del Menor* (en red).
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20, 149-160.

La percepción de control de la ansiedad en el trastorno límite de la personalidad

MINERVA ROMERO CLAUSELL
al225785@uji.es

MARÍA VICENTA NAVARRO

JORGE OSMA
osma@unizar.es

AZUCENA GARCÍA-PALACIOS
azucena@uji.es

Resumen

Introducción: El trastorno de personalidad límite (TLP) se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afecto, problemas en el control de la ira e impulsividad. La mayoría de estudios sobre las vulnerabilidades emocionales en el TLP se han centrado en el rol de la impulsividad-agresión, la inestabilidad afectiva y, más generalmente, sobre la vulnerabilidad emocional; sin embargo, no se ha prestado demasiada atención al papel de la ansiedad. La literatura muestra que existen algunos estudios sobre la ansiedad y también sobre la sensibilidad a la ansiedad en el TLP, pero se conoce muy poco sobre la influencia de la percepción de control de la ansiedad (PCA). Existe evidencia empírica sobre la influencia de la PCA en los modelos de trastorno de pánico (TP); por ello, dada la relevancia que la regulación emocional tiene en la etiología y mantenimiento del TLP, y la gran comorbilidad que existe entre el TLP y los trastornos de ansiedad, el presente estudio tiene como objetivo comparar los niveles de PCA entre el TLP y el TP. **Metodología:** Para medir el nivel de PCA administramos el inventario de control de la ansiedad (ACQ-R) a dos muestras distintas, una de pacientes con TLP (N = 53) y otra de pacientes con TP (N = 52). **Resultados:** Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en dos subescalas del ACQ-R (control de la amenaza y control del estrés) y en el ACQ-R total. **Discusión:** Los pacientes con TLP presentan una peor regulación de la ansiedad que los pacientes con TP.

Palabras clave: trastorno de personalidad límite, trastorno de pánico, ansiedad, percepción de control de la ansiedad, ACQ-R.

Abstract

Introduction: Borderline personality disorder (BPD) is characterized by a pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, affection, anger control and impulsivity. Most studies on the emotional vulnerabilities in BPD have focused on the role of

impulsivity-aggression, affective instability, and more generally about emotional vulnerability. However, the role of anxiety has not been studied in deep. Literature shows that there are some studies on anxiety and on anxiety sensitivity in BPD, but very little is known about the influence of perceived anxiety control (PAC). There is empirical evidence about the influence of PAC in models of panic disorder (PD). Therefore, considering the importance that emotional regulation has in the etiology and maintenance of PD, and the high comorbidity that exists between BPD and anxiety disorders, the aim of this research is to compare the levels of PCA between BPD and PD. **Method:** To measure the level of PCA, we used the Anxiety Control Questionnaire (ACQ-R) in two different samples of patients, BPD (N = 53) and PD (N = 52). **Results:** The results indicate statistically significant differences in two subscales of the ACQ (Anxiety Control Questionnaire) (control of the threat and control of stress) and in total ACQ. **Discussion:** BPD patients present a worse regulation of anxiety than PD patients.

Keywords: borderline personality disorder, panic disorder, anxiety, perceived anxiety control, ACQ-R.

Introducción

El trastorno de personalidad límite (TLP) se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afecto, problemas en el control de la ira e impulsividad (APA, 1994).

Se ha observado que los individuos con TLP comparten ciertas características en el contexto de desarrollo, lo que Linehan (1993) denominó *ambiente invalidante*. En el ambiente invalidante la experiencia emocional es desacreditada e invalidada independientemente de la validez real de la misma, por lo que los individuos no aprenden a etiquetar las emociones, a modular la expresión emocional o a tolerar el malestar. La combinación de un ambiente invalidante junto con una vulnerabilidad biológica a la experiencia emocional provoca que el individuo desarrolle una elevada sensibilidad a los estímulos emocionales, realice respuestas emocionales extremas y requiera de más tiempo de lo habitual para regresar a su estado anímico basal. Los individuos con TLP desarrollan una desregulación emocional que resulta en una subsecuente desregulación comportamental, es decir, llevan a cabo comportamientos difíciles de controlar que provocan un deterioro en el funcionamiento de la persona afectada. Aunque estos comportamientos produzcan alivio momentáneo, interactúan en un círculo vicioso donde el malestar de las consecuencias provoca altos niveles de rumiación, por lo que aumenta la intensidad del afecto negativo y, consecuentemente, la intensidad de respuesta emocional y así seguidamente (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009).

La mayoría de estudios sobre las vulnerabilidades emocionales en el TLP se han centrado en el rol de la impulsividad-agresión (Siever y Davis, 1991; Skodol y cols., 2002), la inestabilidad afectiva (Siever y Davis, 1991; Siever y cols., 2002; Skodol y cols., 2002) y, más generalmente, sobre la vulnerabilidad emocional (Linehan, 1993; Livesley y cols., 1998; Zanarini y Frankenburg, 1997); sin embargo, no se ha prestado demasiada atención al papel que desencadena la ansiedad (Gratz y cols., 2008).

Existe evidencia empírica de que los pacientes con TLP muestran síntomas elevados de ansiedad (Gunderson y Singer, 1975; Snyder y Pitts, 1988) y también observamos una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad (McGlashan y cols., 2000; Zimmerman y Mattia,

1999; Leichsenring y cols., 2011). Así mismo, la literatura señala que los sujetos con TLP utilizan la evitación para reducir los síntomas relacionados con la ansiedad que son percibidos como amenazantes; sin embargo, estos acaban acentuándose debido a una deficiencia en la regulación emocional (característica central en los pacientes con TLP) (Linehan, 1993; Gratz y Gunderson, 2006).

Otros estudios se han centrado en la influencia de la sensibilidad a la ansiedad (SA) en el TLP, concepto que difiere del rasgo ansiedad (Taylor, Koch y Crockett, 1991; Sandín, Chorot y McNally, 2001). Barlow (2002) describe la ansiedad como un proceso cognitivo-afectivo donde el individuo tiene un sentido de impredecibilidad e incontrolabilidad de los acontecimientos y las emociones potencialmente negativos y perjudiciales. Este sentido se asocia con activación fisiológica, aprensión ansiosa e incertidumbre sobre la habilidad de manejar los miedos. Por el contrario, la SA se entiende como la creencia que la ansiedad y sus sensaciones tienen consecuencias peligrosas o dañinas por lo que desarrollan miedo a las sensaciones de ansiedad (Reiss y McNally, 1985). De esta forma, una persona puede tener un elevado rasgo de ansiedad (tendencia a experimentar ansiedad ante cualquier evento estresante), pero no experimenta miedo a los síntomas de ansiedad (Sandin y cols., 2004). Se ha observado que los pacientes con TLP tienen mayores niveles de SA comparado con los pacientes sin un trastorno de personalidad (Gratz y cols., 2008). Además, estos pacientes mostraron niveles de SA comparables con pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad social (Taylor y cols., 1992).

Como hemos podido apreciar, existen varios estudios sobre la ansiedad y también sobre la sensibilidad a la ansiedad en el TLP; sin embargo, sabemos muy poco sobre la influencia de la percepción de control de la ansiedad (PCA) en el TLP. El PCA se podría definir como la creencia personal de que el individuo tiene capacidad de control sobre uno mismo y sobre las amenazas o eventos externos (Mardiyono, Songwathana y Petpichetchian, 2011). Las teorías actuales sobre desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales hacen especial hincapié en el control percibido (Chapman, Kertz y Woodruff-Borden, 2009). Algunos investigadores han propuesto que la percepción de que los eventos indeseables son impredecibles e incontrolables es una característica central de la ansiedad y de los trastornos del estado de ánimo, representada por las altas tasas de comorbilidad entre ellos (Barlow, 2002; Zvolensky, Lejuez y Eifert, 2000). En lo que respecta a los trastornos de ansiedad, existe evidencia empírica sobre la influencia de la percepción de control en los modelos del trastorno de pánico (Barlow, 2002; White y Barlow, 2002). De hecho, se ha observado que los individuos con TP a menudo piensan que no pueden controlar eficazmente sus experiencias emocionales o las situaciones vitales complicadas (Rapee, Craske, Brown y Barlow, 1996) y utilizan drásticos esfuerzos para prevenir o reducir temporalmente sus estados de ansiedad (Cox, Endler, Swinson y Norton, 1992; Zvolensky, Bernstein, Marshall y Feldner, 2006).

Sin embargo, no conocemos cómo funciona la PCA en uno de los trastornos de personalidad más estudiados, el TLP (Ferrer, 2013). Por lo tanto, dada la relevancia que la regulación emocional tiene en la etiología y el mantenimiento del TP (Osma, Garcia-Palacios y Botella, 2014), así como ocurre en el TLP (Linehan, 2003), y la elevada comorbilidad que existe entre el TLP y los trastornos de ansiedad, consideramos que un mejor conocimiento de la asociación entre el TLP y el TP, como conocer la influencia y el efecto modulador de la PCA en ellos, nos puede ayudar a desarrollar mejores técnicas de prevención y tratamiento así como contribuir a la comprensión de los mecanismos etiológicos. Por ello, el objetivo del presente estudio será comparar los niveles de la percepción del control de la ansiedad en dos muestras distintas, una de pacientes con TLP y otra de pacientes con TP. Nuestras hipótesis son dos, el grupo de TLP y el grupo de TP tendrán niveles parecidos de PCA y los dos grupos tendrán niveles bajos de PCA.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 105 participantes de los cuales 52 tienen como diagnóstico TP y 53 TLP. Los participantes con TP forman un grupo equitativo siendo 26 hombres y 26 mujeres, con una edad media de 32 años. De los 52 participantes con TP, el 76,9 % vinieron del Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I y el 21,2 % del centro clínico Creos. Respecto a los participantes con TLP, todas son mujeres y con una edad media de 26,6 años. El grupo de TLP proviene del centro clínico Previ.

Medidas

Anxiety Control Questionnaire-Revised (ACQ-R; Brown y cols., 2004). El ACQ (Rapee y cols., 1996) es un autoinforme de 30 ítems diseñado para analizar el nivel de percepción de control sobre la ansiedad y los eventos relacionados con esta (Brown, 2004). Su versión más reciente, el ACQ-R, está compuesto por 15 ítems y evalúa la percepción de control sobre las respuestas emocionales internas de ansiedad. Lo conforman tres factores: la percepción de control emocional, compuesto por 5 ítems que reflejan la habilidad que cree tener el individuo para controlar sus emociones («Soy capaz de controlar la intensidad de mi ansiedad»), la percepción de control de amenaza, formado por 6 ítems que refieren a la creencia de que los eventos amenazadores están fuera de control de uno mismo («Hay poco que pueda hacer para cambiar acontecimientos amenazantes») y, por último, la percepción de control de estrés, compuesta por 4 ítems, que reflejan la percepción de dificultad a la hora de manejar la emociones en situaciones estresantes («En momentos de estrés es probable que pierda el control»). La escala de respuesta es de 6 puntos que van desde «0 = totalmente en desacuerdo» a «5 = totalmente de acuerdo» (Aguilar y Osma, 2014). El ACQ-R ha mostrado buena consistencia interna y validez convergente (Brown y cols., 2004; White, Brown, Somers y Barlow, 2006). Para este estudio hemos utilizado la versión traducida al castellano y validada por Barrada y cols. (2012).

Procedimiento

El ACQ-R fue completado por los pacientes como parte de la evaluación que recibieron en sus centros clínicos respectivos. En el caso de los participantes con TLP, lo completaron en el centro clínico Previ, un centro especializado en la atención de los trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Respecto a los participantes con TP, la gran mayoría recibieron la evaluación en el SAP de la Universitat Jaume I, un servicio dirigido tanto a la comunidad universitaria como a personas externas de la universidad que requieran ayuda psicológica, y el resto en el centro clínico Creos, un centro de psicología clínica general.

Análisis de datos

Para analizar los datos hemos utilizado el programa estadístico SPSS versión 20.0. Hemos empleado una comparación de medias para muestras independientes (T de student) ya que, con ello, queremos evaluar si existen diferencias significativas entre las medias de dos grupos diferentes (TP y TLP) en una misma variable dependiente (PCA).

Resultados

Para observar las diferencias en la PCA hemos comparado las medias de las dos muestras independientes a través de la prueba T. Los resultados se muestran en la tabla 1:

Tabla 1
Comparación de medias de las diferentes subescalas del ACQ-R, ACQ-R total y edad en TP y TLP

	TP	TLP
Control emocional	8,42 (5,00)	8,64 (4,46)
Control del miedo	17,86 (5,9)	13,64 (6,95)
Control de estrés	8,9 (4,14)	6,09 (4,84)
ACQ-R-TOTAL	35,28 (10,94)	28,5 (12,6)
Edad	32,01 (10,39)	26,66 (8,49)

El análisis de comparación de medias muestra que el grupo de TP tiene una media de 35,02 (10,94) en el ACQ-R total, valor superior al del grupo de TLP, con una media de 28,50 (12,6). Respecto a las diferentes subescalas, observamos que en la subescala de control emocional el grupo de TP tiene una media de 8,42 (5,00) mientras que el TLP 8,64 (4,46); en la subescala de control del miedo, el grupo de TP muestra un valor medio de 17,86 (5,90), valor mayor al del grupo de TLP, con 13,64 (6,95); por último, en la subescala de control del estrés, el grupo de TP señala una puntuación media de 8,98 (4,14), valor también ligeramente superior al del grupo de TLP, con una media de 6,09 (4,84). También es necesario señalar edad la media en los dos grupos, que es de 32,01 (10,39) para TP y 26,6 (8,49) para TLP. Para apreciar si estos resultados son superiores o inferiores a la media, los comparamos con los resultados de una muestra de trastorno de pánico clínica española. Los resultados fueron 8,31 (4,42) en control emocional, 17,23 (5,88) en control del miedo, 8,10 (4,53) en control del estrés y 33,65 (10,69) en ACQ-R total (Osma y cols., en prensa). Como podemos observar, los resultados son similares en el caso TP e inferiores el TLP, de este modo podemos confirmar nuestra segunda hipótesis.

Tabla 2
Comparación de medias en muestras independientes con prueba T

	Prueba T para igualdad de medias		
	t	gl	Sig. (bilateral)
Edad	2,895	103	0,005
Control emocional	-,236	103	0,814
Control del miedo	3,35	103	0,001
Control de estrés	3,28	103	0,001
ACQ-R-TOTAL	2,94	103	0,004

Prueba de Levene para igualdad de varianzas > 0,05

Por un lado, la prueba Levene para la igualdad de varianzas nos muestra valores superiores a 0,05 en todas las variables, por lo que podemos asumir varianzas iguales. En cuanto a la prueba T para muestras independientes, observamos que en la variable ACQ-R total, $t(103) = 2,940$, $p = 0,004$ valor inferior a 0,05, por lo que podemos afirmar que hay diferencias significativas entre el grupo TP y TLP siendo más baja en el grupo de TLP (véase la tabla 1). En la subescala de control emocional muestra que $t(103) = -236$, $p = 0,814$, valor superior a 0,05, por lo que podemos concluir que no existen diferencias significativas entre ambos grupos. Respecto a las subescala de control del miedo apreciamos que $t(103) = 3,350$, $p = 0,001$ y en la escala de control de estrés observamos que $t(103) = 3,280$, $p = 0,001$, ambas con un nivel de significación inferior a 0,05, por lo que nos permite decir que existen diferencias significativas entre el grupo TLP y TP para estas dos subescalas, con un valor inferior en el grupo TLP (véase la tabla 1). De esto modo rechazamos la primera hipótesis, en la que predecíamos unas puntuaciones parecidas de PCA en ambos grupos, ya que en todas las variables existen diferencias significativas a excepción de la subescala de control emocional, donde no ha habido diferencias significativas.

Discusión

Este estudio tiene como objetivo comparar la PCA en dos trastornos distintos, en el trastorno límite de la personalidad, que es el que nos atañe, y en el trastorno de pánico. Debido a la gran comorbilidad que existe entre ambos trastornos (McGlashan y cols., 2000; Zimmerman y Mattia, 1999; Leichsenring y cols., 2011), nuestra primera hipótesis es que ambos obtendrán puntuaciones similares de PCA y, debido a la baja eficacia en la regulación emocional presente en ambos trastornos, nuestra segunda hipótesis es que ambos grupos tendrán niveles bajos de PCA. Los resultados nos indican que ambos grupos han tenido puntuaciones bajas en la escala ACQ-R total y en las diferentes subescalas (control emocional, control del estrés y control de la amenaza) comparadas con una muestra clínica española de TP (Osma y cols., prensa), por lo que se confirma nuestra segunda hipótesis. Sin embargo, es llamativo que las puntuaciones del grupo con TLP hayan sido significativamente más bajas, exceptuado en la subescala control emocional, donde han sido similares. De este modo, rechazamos nuestra primera hipótesis donde predecíamos un nivel similar de PCA entre los dos grupos.

Que el PCA sea bajo en ambos trastornos es congruente con la literatura, donde numerosos estudios han señalado que la percepción de eventos desagradables como impredecibles e incontrolables es una característica central de la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (Barlow, 2002; Mineka, Watson y Clark, 1998; Zvolensky, Lejuez y Eifert, 2000).

Por otro lado, que el TLP haya dado valores significativamente más bajos puede deberse, como señalaban Chorpita y Barlow (1998), a la exposición temprana de estímulos incontrolables o impredecibles, como viene a ser haber crecido en un ambiente invalidante, donde la expresión de las emociones es rechazada por los cuidadores y sus problemas son menospreciados; consecuentemente, el niño no aprende a modular la activación emocional o a manejar el estrés (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009). Bray y cols. (2007) también resaltaron la dificultad que tienen los individuos con TLP a la hora de resolver problemas, sobre todo bajo situaciones de estrés; sin embargo, no se conoce demasiado sobre esta variable.

Por último, que las puntuaciones en la subescala de control emocional no sean tan bajas podría tener que ver con algunos resultados que se están obteniendo recientemente. Kuo y cols. (2016) quisieron medir la reactividad emocional y la regulación emocional volitiva en pacientes con TLP. Contrariamente a lo que se ha hipotetizado en teorías prominentes sobre el TLP (por ejemplo, Linehan, 1993; Selby y Joiner, 2009), los resultados mostraron que los individuos con TLP podían reducir su reactividad emocional a través de la regulación (siguiendo instrucciones para aplicar estrategias de regulación como el *mindfulness* o la distracción) tan satisfactoriamente como los sujetos del grupo control, aunque representaban una actividad basal psicofisiológica anormal. Así mismo, otros estudios han señalado que la reactividad emocional en el TLP puede que sea específica a ciertas emociones (Gratz y cols., 2010; Kuo y cols., 2013), por lo que quizá sea necesario que los estímulos provoquen las emociones clave en los individuos con TLP (Kuo y cols., 2016). De este modo, que las puntuaciones en el control emocional hayan sido bajas es coherente con esta literatura, pero el motivo por el que no hayan sido tan bajas como en el resto de subescalas puede que se deba a que los individuos con TLP tienen mayor PC a ciertas emociones que a otras.

Las limitaciones de este estudio han sido varias. Por un lado, nos hemos encontrado con varios inconvenientes con la muestra. Hay diferencias significativas con la edad de los distintos grupos, por lo que quizá que el grupo TLP haya obtenido puntuaciones significativamente más bajas en casi todas las escalas puede haber estado influido en mayor o menor medida por la variable edad. De este modo, sería conveniente reproducir la investigación con una muestra de edad equilibrada con el fin de descartar posibles interacciones. También sería mejorable para futuras investigaciones el tamaño de la muestra si queremos generalizar los resultados. Por otro lado, hemos encontrado dificultades a la hora de comparar los resultados, ya que aún no existen baremos del ACQ-R en población española. De este modo, si queremos profundizar en el estudio de la PCA, sería recomendable validar los resultados del ACQ-R en población española y obtener baremos.

Como se plantea al inicio de este estudio, conocemos muy poco sobre la influencia que ejerce la ansiedad como factor de riesgo para el desarrollo y el mantenimiento del TLP, y aún menos la PCA. Los resultados obtenidos en este estudio han sido reveladores, mostrando que el TLP tiene una considerable peor PCA que el TP, el cual sí que había sido examinado más detalladamente, por lo que animamos a las futuras líneas de investigación a profundizar sobre esta área, detallar cuáles son los factores etimológicos y mantenedores relaciones con el bajo PCA en el TLP, como por ejemplo la influencia de la dificultad para resolver problemas en la PCA, así como analizar la relación existente entre la subescala emocional del ACQ-R y la reactividad a emociones específicas. El mejor conocimiento sobre esta área podría ayudarnos a mejorar los programas de tratamiento y, en última instancia, ayudar a mejorar el bienestar de uno de los trastornos de personalidad más problemáticos.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, A. y Osma, J. (2014). *Validación Española del Cuestionario de Control de la Ansiedad-Revisado (ACQ-R)*. España: Universidad de Zaragoza.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. Washington, DC: APA.
- Barrada, J. R., Osma, J., García-Palacios, A., Crespo, E., Fermoselle, E. y Castellano, C. (2012). *Validación española del cuestionario de percepción de control de la ansiedad-revisado*. Documento presentado en el V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, Santander, España.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Brown, T. A., Somers, T. J. y White, K. S. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 147-157.
- Bray, S., Barrowclough, C. y Lobban, F. (2007). The social problem-solving abilities of people with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1409-1417.
- Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P. y Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised anxiety control questionnaire. *Behavior Therapy*, 35, 75-99.
- Chapman, L. K., Kertz, S. J. y Woodruff-Borden, J. (2009). A structural equation model analysis of perceived control and psychological distress on worry among African American and European American young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 69-76.
- Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Crowell, S., Beauchaine, T. y Linehan, M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
- Cox, B., Endler, N., Swinson, R. y Norton, G. (1992). Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 67-69.
- Ferrer, M. (2013). *Trastorno Límite de la Personalidad: Diferentes manifestaciones de un mismo trastorno*. (Tesis Doctoral.) Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Gratz, K. L. y Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W. y Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 275-285.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. y Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 550-559.
- Gunderson, J. G. y Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-10.
- Kuo, J., Fitzpatrick, S., Metcalfe, R. y McMains, S. (2016). A multi-method laboratory investigation of emotional reactivity and emotion regulation abilities in borderline personality disorder. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111, 103-115.
- Kuo, J. R. y Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline

- intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 531-544.
- personality disorder. *Journal Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 50, 52-60.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 74-84.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.
- Livesley W., Jang K. y Vernon P. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.
- Mardiyono, M., Songwathana, P. y Petpichetchian, W. (2011). Concept analysis of perceived control. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1, 225-243.
- McGlashan, T., Grilo, C., Skodol, A., Gunderson, J., Shea, M., Morey, L., Zanarini, M. y Stout, R. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102, 256-264.
- Mineka, S., Watson, D. y Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Reiss, S. y McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. En S. Reiss y R. R. Bootzin (eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York: Academic Press.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Osma, J., Barrada, J. R, García-Palacios, A. y Botella, C. (en prensa). ACQ y gravedad de pánico.
- Osma, J., García-Palacios, A. y Botella, C. (2014). Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anales de Psicología*, 30, 381-394.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (2001). Anxiety sensitivity index: normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 213-219.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A. y Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33.
- Selby, E. A. y Joiner, T. E. Jr. (2009). Cascades of emotion: the emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 813, 219-229.
- Siever, L. y Davis, K. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Skodol, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T., Livesley, W. y Siever, L. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Snyder, S. y Pitts, W. (1988). Characterizing Anxiety in the DSM-III Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2, 93-101.
- Taylor, S., Koch, W. J. y Crockett, D. J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 293-311.
- Taylor, S., Koch, W. J. y McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 249-259.
- White, K. S. y Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. En D. H. Barlow (ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 328-379). London: The Guilford Press, New York.
- White, K., Brown, T., Somers, T. y Barlow, D. (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behavior Research and Therapy*, 44, 147-157.

- Zanarini, M. y Frankenburg, F. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *11*, 93-104.
- Zimmerman, M. y Mattia, J. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 245-252.
- Zvolensky, M., Lejuez, C. y Eifert, G. (2000). Prediction and control: operational definitions of the experimental analysis of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, *38*, 653–663.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Marshall, E. C. y Feldner, M. T. (2006). Panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: Associations with substance use, abuse, and dependence. *Current Psychiatry Reports*, *8*, 279-285.

Sexualidad y autoestima en personas con dolor crónico

MARTÍN SÁNCHEZ GÓMEZ
al225771@uji.es

ESTEFANÍA RUIZ-PALOMINO
eruiz@ipsic.es

RAFAEL BALLESTER-ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

Introducción: El estudio de la sexualidad y la autoestima en personas que padecen dolor crónico es de vital importancia a la hora de conocer el modo en que afrontan sus relaciones sexuales. Por otro lado, la satisfacción sexual constituye una dimensión importante de la calidad de vida, tan afectada en estos pacientes. Nuestro objetivo ha sido analizar la sexualidad de las personas con dolor crónico y su su autoestima y conocer qué factores sociodemográficos y médicos guardan relación con estas dimensiones. **Método:** Se administraron dos cuestionarios a una muestra de 62 personas (32 mujeres y 30 hombres) afectadas por dolor crónico y con edades comprendidas entre los 20 y 67 años (media = 46, DT = 9,8). Evaluamos los problemas sexuales y la afectación sexual mediante el cuestionario de sexualidad para pacientes de dolor crónico (Ballester y Ruiz, 2010) y la autoestima mediante el *Self-esteem Scale* de Rosenberg (Rosenberg, 1965). **Resultados:** Los resultados obtenidos en personas que padecen dolor crónico muestran afectación en la sexualidad, especialmente en la subdimensión referente a las relaciones sexuales, y en la autoestima, altamente relacionada con la dimensión problemas sexuales y la variable «Seguimiento de tratamiento psicológico». El sexo femenino, una edad avanzada y el dolor crónico derivado de la fibromialgia correlacionan negativamente con salud sexual y autoestima. **Conclusión:** A pesar de que existe una carencia palpable de la investigación sobre la sexualidad de las personas que padecen una dolencia crónica, es necesario incluir esta variable en los estudios sobre su calidad de vida y en los programas de intervención psicológica.

Palabras clave: dolor crónico, sexualidad, sexo y autoestima.

Abstract

Introduction: Studying sexuality and self-esteem in people with chronic pain is very important to know how they face their sexual relations. Sexual satisfaction is an important dimension of quality of life, which is greatly affected in these patients. Our objec-

tive was to analyse the sexuality and self-esteem of people with chronic pain, and to know what socio-demographic and medical factors are related to these dimensions.

Method: Two questionnaires were administered to a sample of 62 people (32 women and 30 men) affected by chronic pain, aged between 20 and 67 years (average=46, SD=9.8). We evaluated sexual problems and sexual involvement by the Sexuality Questionnaire for Chronic Pain Patients (Ballester & Ruiz, 2010) and self-esteem by the Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965). **Results:** The results showed that chronic pain affected sexuality, especially in the subdimension concerning sex. Self-esteem was also affected, and was highly related to sexual problems and psychological treatment monitoring. Female gender, advanced age, and chronic pain from fibromyalgia correlated negatively with sexual health and self-esteem. **Conclusion:** As research on the sexuality of people with a chronic health condition is evidently lacking, it is necessary to include this variable in quality of life studies and in psychological intervention programmes.

Keywords: Chronic pain, sexuality, sex, self-esteem.

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño actual o potencial. La misma organización, con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Europea de Secciones de la IASP (EFIC), considera el dolor crónico como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial, amenaza que va en aumento de forma paralela al aumento de la esperanza de vida (OMS, 1996).

Desde una perspectiva biopsicosocial, se asume que el dolor es un fenómeno complejo y subjetivo en el que intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, poco entendido y en muchas ocasiones sin resolver (IASP, 1986). Se trata de un serio problema sanitario con importantes consecuencias de sufrimiento y deterioro en calidad de vida de los pacientes, consecuencias que afectan a su entorno familiar, laboral y social; y tiene, además, serias repercusiones socioeconómicas y laborales para la sociedad (IASP, 1986). La presencia de dolor es fuente de trastornos conductuales y psicológicos importantes que precisan atención y tratamiento especializado (Wolfe, 1997). Estamos ante un problema de elevada prevalencia, insuficientemente controlado y con importantes repercusiones sanitarias y socioeconómicas (Rull, 2004). Y si todo ello es cierto, todavía lo es más cuando el dolor se prolonga a lo largo del tiempo convirtiéndose en una dolencia crónica.

Técnicamente se considera *dolor crónico* aquel que se prolonga durante más de seis meses y afecta la forma en que una persona lleva a cabo su vida cotidiana (Merskey, 1986). Desde el punto de vista epidemiológico, el dolor crónico es un problema extenso que afecta a 1 de cada 5 individuos; la prevalencia en España se sitúa en el 19 %, alcanzando los 9 millones de afectados (Casals y Samper, 2004). Según las mismas fuentes, 1 de cada 3 individuos con dolor crónico son incapaces o tienen muchas limitaciones para llevar una vida independiente. En el 25 % de los casos, los pacientes consideran que el dolor crónico supone el distanciamiento o la destrucción de las relaciones con familia y amigos. El dolor crónico cambia por completo la vida de las personas que lo sufren y sigue siendo un problema de salud sin resolver. Resulta evidente que el dolor crónico tiene un elevado impacto en la vida de quien lo padece, en sus

familias y en la sociedad. Más concretamente, la fibromialgia es un trastorno de la modulación del dolor caracterizado por un dolor crónico generalizado, donde hay una afectación muscular predominante y sensibilidad en distintos puntos del cuerpo que se asocia con fatiga, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas y otros síntomas somáticos variables (De Gracia, 2001). Su etiología y patogénesis no es clara todavía. La fibromialgia presenta una elevada comorbilidad con otros síndromes de sensibilización central que incluye entidades como el síndrome del intestino irritable, la disfunción temporomandibular, el dolor de espalda idiopático, el síndrome de sensibilidad química múltiple, cefalea, migraña y el síndrome de fatiga crónica. Entre la fibromialgia y estos síndromes parece existir una relación bidireccional (Aaron, 2001). Esta enfermedad tiene también un impacto negativo en las relaciones personales, el desarrollo profesional y la salud mental, aunque el tratamiento psicológico atenúa los problemas en diferentes variables mentales (Bernard, 2000).

Por su parte, el concepto *calidad de vida* se ha relacionado con dolor crónico y cada vez está recibiendo mayor atención por parte de los clínicos e investigadores. Estudios como el realizado en Brasil (Pereira y cols., 2014) señalan que, a menor intensidad y menor número de episodios de dolor crónico, se encontraba una mejor autopercepción de la salud y una mayor satisfacción con la vida en aquellas personas que lo padecían. Se encontraron diferencias de género en los patrones de las relaciones de la depresión, la actividad y el dolor. Para las mujeres, la depresión estaba estrechamente relacionada con el informe del dolor, mientras que para los hombres la depresión fue más fuertemente relacionada con la reducción de la actividad (Haley, 1985). Gracias a este estudio, los investigadores comenzaron a considerar las diferencias de género en sus investigaciones con pacientes con dolor crónico. La baja autoestima se ha asociado con muchas condiciones de salud crónicas, además de mostrar una indirecta pero fuerte implicación negativa en el pronóstico clínico (Hegarty, 2014). Esto podría deberse a que la baja autoestima ejerce interferencia en las actividades de los enfermos y limita ciertas esferas de su vida. Kreitler (1999) propone que el dolor continuo aumenta con la edad y correlaciona con un mayor uso de servicios de salud y baja autoestima. Otra muestra de la importancia del dolor crónico en la autoestima la encontramos en el estudio llevado a cabo por Diana Elton (Elton, 1978) en que las puntuaciones de autoestima de veinte pacientes con dolor crónico se compararon con los resultados de veinte pacientes con dolor orgánico agudo y otros dos grupos de veinte personas, un grupo control de adultos y otro de estudiantes. Los resultados arrojaron que las puntuaciones de autoestima de los pacientes con dolor crónico fueron significativamente inferiores a los de los otros tres grupos, que no mostraron diferencias significativas entre sí.

Por otra parte, dentro de la calidad de vida general, la salud sexual constituye una dimensión importante (Lindau, 2010). Estudios en distintos países utilizando muestras de población general y muestras clínicas han puesto de manifiesto que la mayoría de los hombres y las mujeres consideran de gran importancia el bienestar sexual (Basson, 2007). La disfunción sexual es la manifestación más frecuente de una enfermedad física (Rico-Villademoros, 2014). Esto afecta especialmente a pacientes crónicos, con niveles de afectación todavía mayores a los estudiados en población general, afectando además a la pareja de forma muy directa. En una encuesta realizada en EE. UU. para evaluar el impacto de la fibromialgia en la salud general y la salud reproductiva, se observó que las mujeres con fibromialgia tenían significativamente menos excitación, más dolor durante el coito, menos orgasmos y menos actividad sexual que aquellas sin fibromialgia (Shaver y cols., 2006). En el estudio de Ryan y cols. (2008) el 63 % de las mujeres encuestadas señalaron que la fibromialgia había alterado sus relaciones sexuales y el 71 % que la enfermedad limitaba de alguna manera la realización del coito. El 80 % de estas mujeres consideraban que el sexo era un aspecto importante de sus vidas. Orellana y cols. (2008) realizaron un estudio en España para evaluar la prevalencia de disfunción sexual en

mujeres con fibromialgia en comparación con controles sanas. El 97 % de las mujeres con presentaban disfunción sexual, en comparación con un 55 % de las mujeres del grupo control.

En otro estudio (Izquierdo y cols., 2007) se evaluó a un grupo de mujeres sometidas a tratamiento oncológico y se demostró que las pacientes lograron recuperar una vida sexual satisfactoria, aunque con afectaciones del deseo, la autoestima y la excitación respecto a niveles anteriores a la enfermedad. En este caso, la enfermedad no ha impedido el mantenimiento de relaciones sexuales, aunque sí ha reducido la satisfacción que estas producen.

Estos estudios muestran que los pacientes con dolor crónico, en especial fibromialgia, presentan una elevada frecuencia de disfunción sexual y ciertas deficiencias en su satisfacción sexual. De todas formas, estos datos deben ser tomados con cautela y su generalización está limitada, ya que ningún estudio incluyó hombres y la mayoría fueron realizados en poblaciones muy seleccionadas.

El dolor crónico no ha recibido toda la atención que debería; por tanto, es urgente responder de forma coordinada a las necesidades y demandas de este colectivo de pacientes. Y todavía han recibido menos atención algunas dimensiones fundamentales para la calidad de vida de estas personas como su vivencia de la sexualidad. Por todo ello, esta investigación pretende conocer cómo es la sexualidad de las personas con dolor crónico y si esta condición médica interfiere en la misma.

El primer objetivo de este trabajo es analizar la sexualidad de las personas con dolor crónico, evaluada a través de distintas dimensiones como relaciones sexuales, afectividad, comunicación, satisfacción y respuesta sexual.

El segundo objetivo de la investigación es analizar la autoestima de las personas afectadas por dolencias crónicas.

El último objetivo es conocer qué factores sociodemográficos y médicos guardan relación con la salud sexual y la autoestima de personas con dolor crónico.

En cuanto a lo que respecta a las hipótesis nos planteamos las siguientes:

- Hipótesis 1: las personas afectadas por dolor crónico presentarán afectación en diferentes dimensiones de su sexualidad.
- Hipótesis 2: la autoestima de personas afectadas por dolor crónico estará en niveles bajos.
- Hipótesis 3: diferentes factores sociodemográficos y médicos estarán en relación con la salud sexual y la autoestima de personas con dolor crónico.

Método

Participantes

La recogida de datos original nos dejó una muestra de 172 sujetos pero, tras eliminar del estudio todas aquellas personas que no habían realizado correctamente el cuestionario, se obtuvo una muestra final de 161 pacientes con algún tipo de dolor crónico. De estos 161, consideramos adecuado seleccionar a un número similar de hombres y mujeres, ya que de este modo podríamos comparar diferencias entre sexos controlando variables extrañas. Tradicionalmente, los estudios sobre sexualidad analizan separadamente hombres y mujeres por las grandes diferencias que se suelen dar en su vivencia de la sexualidad. Por tanto, la muestra final estuvo compuesta por 62 sujetos, todos ellos procedentes de distintas asociaciones de enfermos crónicos. Todos los participantes aceptaron colaborar voluntariamente en el estudio.

El rango de edad estaba comprendido entre 20 y 67 años, con una media de edad de 46,1 años (DT = 9,82). El estado civil de los participantes era mayoritariamente el de casado (66,9 %), el 73,8 % tenía al menos un hijo y la edad media de estos era de 20,4 años (DT = 9,03). El 77,7 % de la muestra indicó tener estudios más allá del título de graduado escolar. El 30,7 % de la muestra declaró estar en activo, mientras que el 69,3 % restante estaba compuesto por incapacitados (26,2 %), desempleados (23,8 %), amos de casa (13 %), jubilados (4,6 %) y estudiantes (1,6 %). En cuanto al nivel socioeconómico, el 66,9 % declaró situarse en un nivel medio. En el ámbito de las creencias religiosas, el grupo más abundante fue el de católicos no practicantes (45,4 %). Por último, en lo relativo a las variables médicas, el 86,1 % padecía fibromialgia, en término medio, desde hace 11 años (DT = 7,88) mientras que el 13,9 % restante padecía otro tipo de enfermedades crónicas como espondilitis, enfermedades cardíacas y respiratorias, etc. desde hace una media de 11 años y medio (DT = 8,67).

Instrumentos

Protocolo de datos. Para la obtención de la información descriptiva utilizamos un protocolo de datos *ad hoc* dividido en dos partes. En la primera (10 ítems) se preguntó sexo, edad, estado civil, número de hijos y edad de los mismos, nivel de estudios, religión, profesión, situación laboral actual y nivel socioeconómico. En la segunda parte (18 ítems) se obtuvieron los datos referentes a la enfermedad y el tratamiento de cada persona.

Cuestionario de sexualidad para pacientes de dolor crónico (Ballester y Ruiz, 2010). Utilizamos este cuestionario para evaluar la sexualidad en personas que padecen dolor crónico. Se divide en dos bloques: el primero (30 ítems, $\alpha = ,94$) evalúa las subdimensiones de relaciones sexuales ($\alpha = ,87$), afectividad ($\alpha = ,90$), comunicación ($\alpha = ,92$), satisfacción ($\alpha = ,91$) y problemas en la respuesta sexual ($\alpha = ,89$); el segundo (8 ítems, $\alpha = ,91$) evalúa la atribución que los sujetos le dan al dolor en sus problemas sexuales. El cuestionario consta de 38 ítems, 10 de los cuales son inversos. El α de Cronbach general obtenido en nuestro estudio fue ,93.

Self-esteem Scale de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Evalúa la autoestima general con 10 afirmaciones que aluden a sentimientos globales de autovaloración (en general, estoy satisfecho conmigo mismo), 5 de los cuales están redactados en sentido positivo y 5 en sentido negativo. La fiabilidad obtenida en nuestro estudio, evaluada a través de la consistencia interna, también es buena ($\alpha = ,89$).

Procedimiento

Tras un primer contacto con más de 30 asociaciones españolas de pacientes crónicos, pudimos contactar en segunda instancia a través de correo electrónico y teléfono con los responsables de varios centros (AVAFI, ADEC, AVAFAS, APAFIMA y AFIBROSE), donde explicamos el objetivo del estudio y pudimos llevar a cabo la administración del cuestionario. Los participantes declararon su consentimiento para participar en esta investigación y se les explicó que los datos iban a ser utilizados de manera anónima y confidencial.

Análisis de datos

Una vez obtenidas las respuestas, se procedió a almacenar los datos en la base estadística y posteriormente a su análisis mediante el programa estadístico SPSS (versión 21.0). Efec-

tuamos un análisis de fiabilidad para conocer la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach; obtuvimos correlaciones bivariadas mediante la r de Pearson; la diferencia de medias mediante la t de Student para muestras independientes y ANOVA en el caso que hubiera más de dos variables implicadas en cada caso.

Resultados

En primer lugar, trataremos la información acerca de características médicas de los participantes. En segundo lugar, atenderemos a la afectación sexual y en autoestima. En tercer lugar, analizaremos las correlaciones obtenidas entre las variables de estudio. Por último, explicaremos los resultados obtenidos en los análisis diferenciales realizados mediante prueba t de Student y ANOVA.

Características médicas

Partiendo de la base de que todos los participantes estaban afectados por un dolor crónico, el 86,2 % de ellos padecía fibromialgia, mientras que el 13,8 % restante sufría otro tipo de dolencia crónica. El tiempo medio desde que este dolor comenzó se sitúa en los 11 años (DT = 7,88). Por otra parte, se les preguntó a los participantes si sus parejas sentimentales padecían algún tipo de enfermedad crónica, a lo cual contestaron afirmativamente el 10,8 %. En cuanto al tratamiento, el 80 % de la muestra declaró tomar fármacos, siendo el tipo más usado los analgésicos (52,4 %). En lo que respecta al aspecto psicológico, el 47,7 % de los participantes están inmersos en algún tipo de tratamiento; de ellos un 66,1 % utilizan psicofármacos, mientras que el 33,9 % restante acude regularmente a terapia clínica de tipo psicológico.

Afectación sexual y en autoestima

El análisis de frecuencias y descriptivos de los ítems relacionados con la sexualidad permite apreciar datos clínicamente relevantes. Los ítems en que se han encontrado puntuaciones medias más extremas, indicando de esta forma mayor afectación, han sido el 2 («Tengo relaciones sexuales más de una vez por semana», estando el 63,8 % nada de acuerdo con la afirmación), el 1 («Considero que mi vida sexual es activa», con un 46,2 % nada de acuerdo con la afirmación) y el 20 («Estoy satisfecha con mi vida sexual», estando el 45,4 % nada de acuerdo).

En cuanto a los resultados en autoestima obtenidos en el cuestionario de Rosenberg, observamos una puntuación media de 26,02 en hombres y de 24,89 en mujeres. Comparando estas puntuaciones con los baremos en población española, observamos que tanto los hombres como las mujeres del estudio se encuentran una desviación típica por debajo de la media, 32,53 (DT = 3,92) y 31,14 (DT = 4,55) respectivamente.

Relación entre variables sociodemográficas y médicas con problemas sexuales y autoestima

En la tabla 1 podemos observar la correlación relativa a las variables sociodemográficas (del número 1 al 5), variables médicas (6) y las variables dependientes del estudio: problemas sexuales (de 7 a 8) y autoestima (9).

Destacaremos únicamente las correlaciones observadas en las variables dependientes del estudio. En primer lugar, la puntuación total de «Problemas sexuales» correlaciona positiva y significativamente con edad (.21), número de hijos (.19) y afectación sexual atribuida al dolor (.61), además de hacerlo con todas las subdimensiones sexuales evaluadas en el cuestionario (variables 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 y 7.5), mientras que correlaciona significativa y negativamente con nivel de estudios (-.18) y autoestima (-.36). En segundo lugar, la puntuación total en «Afectación sexual atribuida al dolor» correlaciona positiva y significativamente con tiempo desde que la pareja tiene dolor crónico (.55), con el constructo problemas sexuales (.61) y todas sus respectivas subdimensiones, además de hacerlo significativa y negativamente con autoestima (-.23). Por último, «Autoestima», además de correlacionar negativa y significativamente con problemas sexuales (-.36) también lo hace con todas las correspondientes subdimensiones y con la dimensión «Afectación sexual atribuida al dolor» (-.23).

Tabla 1
Correlación de las variables de estudio (Pearson)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	8
1. Edad													
2. Núm. hijos	,44**												
3. Edad hijos	,25*	-,40**											
4. Estudios	-,08	-,15	-,13										
5. Socioeconómico	,02	-,05	,09	,29**									
6. Enf. crónica	,36**	,06	,02	-,05	,12								
7. Problema sex.	,21*	,19*	,11	-,18*	-,11	-,06							
7.1 Rel. sex.	,31**	,34**	,14*	,04	,06	,08	,78**						
7.2 Afectividad	,32**	,36**	,11	-,17*	-,20*	-,01	,60**	,39**					
7.3 Comunicación	,20*	,19*	0,2	-,22*	-,09	-,01	,74**	,42**	,53**				
7.4 Satisfacción	,11	,18*	,06	-,10	-,16	,05	,71**	,34**	,49**	,67**			
7.5 Respuesta sex	,20*	,10	,27*	-,11	-,04	-,03	,84**	,27**	,31**	,47**	,55**		
8. Afectación por dolor	,17	,10	,01	-,13	-,05	-,01	,61**	,34**	,18*	,30**	,34**	,71**	
9. Autoestima	,16	-,08	,15	,17	,15	,23	-,36**	-,33**	-,29**	-,20*	-,25**	-,32**	-,23**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Análisis diferenciales en función de variables sociodemográficas

La prueba *t* de Student relativa al nivel socioeconómico compara las puntuaciones medias entre el grupo de participantes que declararon pertenecer al nivel bajo y medio. Los análisis únicamente han encontrado diferencias significativas entre grupos en la variable autoestima ($t = -2,04$, $p < 0,5$), siendo mayor en el grupo de nivel medio, con un tamaño del efecto pequeño ($d = 0,38$).

En el ANOVA correspondiente al estado civil (soltero, casado y separado) se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de los tres grupos en la dimensión «Problemas sexuales» ($F = 2,50$, $p < ,05$) y en su subdimensión «Afectividad» ($F = 3,98$, $p < ,02$). La prueba de Scheffé nos permite conocer con precisión entre qué grupos se establecen diferencias; en la variable «Problemas sexuales» encontramos que el grupo de solteros tiene significativamente menos problemas que los otros dos grupos; del mismo modo, en la variable «Afectividad» es el grupo de solteros el que muestra puntuaciones significativamente más bajas en cuanto a problemas en afectividad.

En el ANOVA correspondiente a religión (practicante, no practicante y ateo) se han encontrado diferencias significativas entre las medias de los grupos en la dimensión «Problemas sexuales» ($F = 3,65$, $p < ,02$) y la subdimensión «Relaciones sexuales» ($F = 3,78$, $p < ,02$). El grupo de ateos ha obtenido una puntuación significativamente inferior a la del resto de grupos en la variable «Problemas sexuales». En la variable «Relaciones sexuales», el grupo de ateos tiene significativamente menos problemas que el grupo de no practicantes, el cual, a su vez, también tiene menos problemas que el grupo de religiosos practicantes.

Análisis diferenciales en función de variables médicas

La prueba *t* de Student relativa a la presencia o no de dolor crónico en la pareja sentimental revela diferencias en las puntuaciones medias entre el grupo de participantes en que su pareja padece una afectación crónica frente a los participantes que no. Existen diferencias significativas entre grupos en la dimensión «Problemas sexuales» ($t = 1,18$, $p < ,04$) y la subdimensión «Afectividad» ($t = 1,77$, $p < ,05$). En ambos casos, el tamaño del efecto es moderado ($d = 0,57$) y es el grupo sin dolor crónico en la pareja el que presenta puntuaciones menos afectadas.

En la prueba *t*, con respecto al seguimiento o no de tratamiento, encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a las subdimensión «Relaciones sexuales» ($t = 1,85$, $p < ,04$) con un tamaño del efecto moderado ($d = ,58$) y la dimensión «Afectación sexual debida al dolor» ($t = 1,79$, $p < ,05$) y un tamaño del efecto también moderado ($d = 0,49$). El grupo que no sigue tratamiento muestra puntuaciones, en promedio, más bajas en ambas variables. Esto indica la presencia de menos problemas en las relaciones además de una menor afectación derivada del dolor.

Con respecto al seguimiento o no de tratamiento para sus problemas psicológicos, los resultados obtenidos evidencian diferencias que alcanzan cotas significativas en la dimensión «Autoestima» ($t = -2,76$, $p < ,001$) con un tamaño del efecto moderado ($d = ,49$). El grupo que sigue tratamiento muestra puntuaciones más altas, lo cual viene a indicar mayor nivel de autoestima.

Discusión y conclusiones

El primer objetivo de este trabajo era analizar la sexualidad de las personas con dolor crónico, evaluada a través de distintas dimensiones como relaciones sexuales, afectividad, comunicación, satisfacción y respuesta sexual. Los resultados obtenidos muestran que la esfera sexual de los participantes se halla afectada de forma importante, especialmente la subdimensión referente a las relaciones sexuales. Los problemas sexuales encontrados están en relación con la edad, el número de hijos, el nivel de estudios, el estado civil, la religión, la existencia de dolor crónico en la pareja, el tipo de tratamiento farmacológico, el uso de tratamiento alternativo, la coexistencia de enfermedades crónicas y la autoestima.

El segundo objetivo de la investigación era analizar la autoestima de las personas afectadas por dolencias crónicas. Los resultados señalan que la autoestima de estas personas se encuentra en niveles por debajo de lo que cabría esperar. Esta problemática está relacionada con el nivel socioeconómico, la adherencia al tratamiento psicológico, la afectación sexual derivada del dolor y los problemas sexuales.

El tercer y último objetivo era conocer qué factores sociodemográficos y médicos guardan relación con la salud sexual y la autoestima. Como más arriba hemos detallado, se ha demostrado que tanto factores sociodemográficos (edad, nivel de estudios, religión) como médicos (seguimiento de un tratamiento farmacológico, psicológico y alternativo; tiempo desde que comenzó su dolencia y la de su pareja; existencia y modalidad de un dolor crónico secundario, y la coexistencia de otra enfermedad no crónica) influyen directamente en las relaciones sexuales y la autoestima.

Tras haber analizado los resultados de forma pormenorizada, podemos decir que se encuentran en consonancia con las hipótesis planteadas al principio del trabajo. Las personas afectadas por dolor crónico presentan afectación en diferentes dimensiones de su sexualidad; la autoestima de estas personas se encuentra en niveles bajos; diferentes factores sociodemográficos se relacionan con la salud sexual y la autoestima y, por último, diferentes factores médicos están en relación con la salud sexual y la autoestima de personas con dolor crónico.

Uno de los problemas encontrados durante el estudio fue el tamaño muestral. Las dificultades para encontrar participantes puede deberse a la falta de incentivos por participar en el estudio o bien por la complejidad propia de encontrar una muestra clínica. Los estudios futuros deben tratar de continuar con la línea aquí propuesta e intentar encontrar la igualdad de género con el fin de obtener resultados más estables, de esta manera será posible generalizar los datos a toda la población afectada y no solo a las mujeres como se ha estado realizando mayoritariamente hasta la fecha.

Referencias bibliográficas

- Aaron, L. A. y Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals of Internal Medicine*, 134, 868-881.
- Ballester, R. y Ruiz, E. (2010). Cuestionario de sexualidad para pacientes de dolor crónico. Manuscrito no publicado.
- Basson, R. (2007). Sexuality in chronic illness: no longer ignored. *The Lancet*, 369, 350-352.
- Bernard, A. L., Prince, A. y Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care & Research*, 13, 42-50.
- Bonet, J. V. (1997). *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. Santander: Sal Terrae.
- Casals, M. y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 260-269.

- De Gracia, M., Marcó, M., Ruiz, J. y Garabieta, F. (2001). Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Análisis y modificación de conducta*, 27, 959-980.
- Elton, D., Stanley, G. V. y Burrows, G. D. (1978). Self-esteem and chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, 22, 25-30.
- Haley, W. E., Turner, J. A. y Romano, J. M. (1985). Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*, 23, 337-343.
- Hegarty, D. y Wall, M. (2014). Prevalence of stigmatization and poor self-esteem in chronic pain patients. *Journal of Pain & Relief*, 3, 3-6.
- International Association for the Study of Pain (1986). Classification of chronic pain. *Pain*, 3, 19-32.
- Izquierdo, M., Torres, B. T., González, M. y Jauregui, U. (2007). Sexualidad en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Revista Sexología y Sociedad*, 13, 19-27.
- Kreitler, S. (1999). Denial in Cancer Patients: Psychosocial Issues. *Cancer investigation*, 17, 514-534.
- Lindau, S. T. y Gavrilo, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, 340, c810. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c810>
- Merskey, H. E. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3, 226-238.
- Organización Mundial de la Salud (1996). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability.
- Orellana, C., Casado, E., Masip, M., Galisteo, C., Gratacós, J. y Larrosa, M. (2008). Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 26, 663-666.
- Pereira, L. V., Vasconcelos, P. P., Souza, L. A. F., Araújo, G., Nakatani, A. y Bachion, M. (2014). Prevalencia, intensidad de dolor crónico y autopercepción de la salud entre ancianos: estudio de base poblacional. *Revista Latino-América Enfermagem*, 22, 662-669.
- Rico-Villademoros, F. (2014). Evaluación de la función sexual en mujeres y hombres con fibromialgia. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rull, M. (2004). Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 119-121.
- Ryan, S., Hill, J., Thwaites, C. y Dawes, P. (2008). Assessing the effect of fibromyalgia on patients. *Nursing Standard*, 23, 35-41.
- Shaver, J. L., Wilbur, J., Robinson, F. P., Wang, E. y Buntin, M. S. (2006). Women's health issues with fibromyalgia syndrome. *Journal of Women's Health*, 15, 1035-1045.
- Wolfe, F. (1997). The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 56, 268-271.

Influencia de los trastornos de la personalidad en la eficacia en el tratamiento de los trastornos adaptativos: un estudio preliminar

CRISTINA SANAHUJA LEIRA
al260571@uji.es

IRYNA RACHYLA
rachyla@uji.es

MAR MOLÉS AMPOSTA
molesm@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO
squero@uji.es

Resumen

Introducción: Los pocos estudios llevados a cabo ponen de manifiesto que los trastornos adaptativos (TA) presentan una alta comorbilidad con los trastornos de la personalidad (TP) (Doherty y cols., 2014). Se sugiere que esto influye en la respuesta al tratamiento del TA. El objetivo de este trabajo es analizar si existen diferencias en la eficacia del tratamiento entre pacientes con TA y comorbilidad con TP o rasgos patológicos y pacientes que solamente presenten TA. **Método:** La muestra incluyó 97 participantes: 55 con TA y comorbilidad con TP o rasgos de personalidad patológica y 42 sin TP. Los participantes recibieron un protocolo de tratamiento que incluía técnicas cognitivo-conductuales (TCC) y estrategias de psicología positiva en dos formas: tradicional o apoyado en realidad virtual (RV). Como medidas de eficacia, se calcularon los índices de cambio fiable obtenidos tras el tratamiento y seguimiento a los tres meses para el inventario de depresión de Beck, el inventario de estrés y pérdida, el inventario de crecimiento postraumático y la escala de afecto negativo del PANAS. **Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las medidas ni en el postratamiento ni en el seguimiento. **Conclusiones:** Los resultados preliminares obtenidos parecen indicar que la presencia de un TP o rasgos patológicos de la personalidad no influyen en la eficacia del tratamiento para los TA y tampoco en el mantenimiento de los cambios a medio plazo. Por tanto, ambos grupos parecen beneficiarse por igual de un tratamiento TCC en formato tradicional o apoyado en la RV.

Palabras clave: trastorno adaptativo, trastorno de personalidad, eficacia, TCC, psicología positiva, realidad virtual.

Abstract

Introduction: Very few studies have been conducted to show that Adjustment Disorders (AD) have a high comorbidity with personality disorders (PD) (Doherty & cols, 2014.). It has been suggested that this influences response to treatment for AD. The aim of this work was to analyse whether there were differences in treatment efficacy between patients with AD and comorbidity with PD and/or pathological traits, and the patients that present only AD. **Method:** The sample included 97 participants: 55 with AD and comorbidity with PD or pathological personality traits, and 42 without PD. Participants received a treatment protocol that included cognitive-behavioural techniques (CBT) and positive psychology strategies in two forms: traditional or supported by virtual reality (VR). As efficacy measures the reliable change, the indices obtained at post-treatment and 3-month follow-up were calculated for the Beck Depression Inventory, the Stress and Loss Inventory, the Posttraumatic Growth Inventory, and the PANAS negative affect scale. **Results:** No statistically significant differences were found in any outcome measures at either post-treatment or follow-up. **Conclusions:** The obtained preliminary results seem to indicate that presence of PD and/or personality pathological traits affects neither AD treatment efficacy nor maintenance of short-term changes. Therefore, both groups seem to equally benefit from CBT treatment in the traditional format or supported by VR.

Keywords: Adjustment Disorder, Personality Disorder, efficacy, CBT, positive psychology, virtual reality

Introducción

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo hasta el momento indican que los trastornos adaptativos (TA) son uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria (por ejemplo, Carta, Balestrieri, Murru y Carolina-Hardoy, 2009). El DSM-V define los TA como una reacción emocional y comportamental negativa que interfiere en distintas áreas de la vida de la persona y aparece en respuesta a un evento estresante identificable dentro de los tres meses siguientes a la aparición de este (APA, 2013). Los clasifica en el capítulo «Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés». Así pues, se trata de un trastorno con un gran impacto negativo en la vida de la persona que lo sufre así como un grave problema de salud que se asocia a un importante deterioro en las áreas social y laboral como, por ejemplo, un alto porcentaje de bajas laborales (Calvo, 2009). Además, se trata de un trastorno en el que existe un alto porcentaje de riesgo de suicidio (Cassey, Jabbar, O'Leary y Doherty, 2015).

Por lo que se refiere al abordaje terapéutico de los TA, la escasa atención e interés por parte de los investigadores ha llevado a que contemos con muy pocos estudios realizados acerca de su tratamiento (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001). Además, los pocos estudios publicados que utilizan diseños entregrupos presentan limitaciones metodológicas importantes (por ejemplo, Ben-Itzhak y cols., 2012; Hsiao y cols., 2014; Srivastava, Talukdar y Lahan, 2011). Por lo tanto, actualmente no existe un tratamiento de elección basado en la evidencia para los TA. En este sentido, nuestro grupo de investigación ha diseñado y desarrollado un protocolo de tratamiento para los TA (Botella, Baños y Guillén, 2008) que incluye técnicas de

terapia cognitivo-comportamental (TCC) y estrategias de psicología positiva y que, además, se apoya en el uso de la realidad virtual (RV). Este protocolo para los TA ha mostrado su eficacia en diversos estudios (Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén y Baños, 2012; Baños y cols., 2008; Botella, Osma, García-Palacios, Guillén y Baños, 2008; Baños y cols., 2011; Quero y cols., en prensa).

Por otro lado, los escasos estudios llevados a cabo acerca de la comorbilidad que presentan los TA indican que este trastorno presenta alta comorbilidad con los trastornos de personalidad (TP) (Doherty, Jabbar, Kelly y Casey, 2014). Algunos estudios realizados ponen de manifiesto que existen indicios de que el tratamiento de algunos trastornos del eje I se complica con la presencia de un TP (Reich y Green, 1991; Reich y Vasile, 1993). Así, estos estudios concluyen que las patologías de personalidad afectan de forma negativa al tratamiento de algunos trastornos del eje I (trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de abuso y dependencia de sustancias). Además, esta interferencia negativa se muestra en relación al uso de programas de TCC (Black y cols. 1994). Por lo que se refiere a los TA, no se ha encontrado en la literatura ningún estudio que explore la eficacia del tratamiento del TA cuando existe comorbilidad con un TP o con rasgos patológicos de personalidad. Sin embargo, existen estudios más recientes que exploran la eficacia del tratamiento cuando hay comorbilidad con un TP en trastornos de ansiedad (Dressen y Arntz, 1998) y en pacientes con depresión (Newton-Howes, 2008). Según Dressen y Arntz (1998), a partir de la revisión de los 15 trabajos incluidos en su estudio, no se puede concluir que, en general, la presencia de un TP afecte de forma significativa a los resultados del tratamiento para los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada). Además, añaden que solamente se puede sospechar que algunos TP específicos, tales como el TP evitativo comórbido en pacientes con trastorno de pánico y el TP esquizotípico en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivo, afectan negativamente al resultado del tratamiento y estos trastornos deberían investigarse más. Por su parte, en el estudio llevado a cabo por Newton-Howes (2008) en el que realiza un metanálisis de diferentes estudios en pacientes con depresión, se concluye que presentar un TP llevaba a un peor pronóstico de la depresión, aunque no se hallaron diferencias significativas en la eficacia del tratamiento del trastorno depresivo.

El objetivo del presente estudio es explorar si existen diferencias en la eficacia del tratamiento entre pacientes con TA y comorbilidad con TP o rasgos patológicos y pacientes que solamente presenten TA.

Método

Participantes

La muestra incluida en este estudio estaba compuesta de 97 participantes diagnosticados de TA, según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992). Todos ellos se seleccionaron de entre las personas que solicitaron ayuda en el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I de Castellón (España). La gran mayoría de la muestra eran mujeres (74,2 %). El rango de edad se situó entre los 18 y los 54 años con una media de 31,85 (DT = 9,531). Respecto al estado civil, el 58,8 % de la muestra estaban solteros, el 28,9 % casados o conviviendo con pareja y el 12,4 % estaban separados/divorciados o eran viudos. Por último, en cuanto al nivel educativo, predominaron los participantes con estudios universitarios (74,2 %), mientras que el 25,8 % tenían estudios primarios o secundarios.

Por lo que se refiere al subtipo diagnóstico del TA, 15 participantes cumplían criterios para TA subtipo depresivo (15,5 %), 7 presentaron TA subtipo ansioso (7,2 %), 73 mostraron subtipo

mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (75,3 %) y 2 cumplían criterios para el subtipo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (2,1 %).

Por último, en cuanto a la presencia de patología del eje II, 55 participantes se incluyeron en el grupo denominado TA con rasgos o trastorno de personalidad patológica (56,7 %), de los cuales 7 cumplían criterios para un TP (2 TP dependiente, 1 TP obsesivo-compulsivo, 1 TP depresivo, 1 TP por evitación y 2 TP paranoide) y 47, aunque no llegaban a cumplir criterios para un TP, mostraban algunos rasgos de personalidad patológica. Entre los rasgos de personalidad patológica que más abundaban en el estudio se encuentra la tendencia a la rigidez e inflexibilidad (que se llegaba a presentar en más de la mitad de los pacientes que no llegaban a cumplir criterios para un TP). El restante 43,35 (N = 42) de la muestra no presentaban comorbilidad con el eje II.

Medidas

Todos los participantes pasaron por un protocolo de evaluación más amplio que incluía los instrumentos específicos para evaluar TA, así como instrumentos que recogen aspectos relacionados con el problema en concreto. A continuación se describen las medias utilizadas en este trabajo.

Medidas diagnósticas

Entrevista diagnóstica para los trastornos adaptativos (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008). Consiste en una entrevista semiestructurada desarrollada por nuestro grupo de investigación para la evaluación de los TA. Para su elaboración, se tuvieron en cuenta los criterios diagnósticos tanto de la CIE-10 como del DSM-IV-TR, así como la entrevista SCID-IV y los hechos considerados relevantes en la literatura en relación a este trastorno. La entrevista incluye la exploración de la existencia de uno o varios eventos estresantes, una valoración de los síntomas presentes (evaluando su gravedad con una escala de 0 a 8, siendo 0 = nada y 8 = muy grave) y de las características principales de los mismos (tipo de síntomas predominantes, tiempo de latencia de aparición y duración de los síntomas, posible existencia de consecuencias en la actualidad y evolución), cuestiones que permiten realizar el diagnóstico diferencial, cuestiones que rastrean la existencia de consumo de sustancias o de condiciones físicas graves, una evaluación del malestar y la interferencia causada por el problema (mediante una adaptación de la escala de inadaptación de Echeburúa y Corral, 2000) y preguntas cualitativas sobre el acontecimiento estresante.

Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II; First y cols., 1999). Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 119 preguntas (más otras adicionales para el trastorno antisocial) de respuesta abierta o cerrada. La entrevista diagnóstica recoge los criterios según la APA para los TP del cluster A (esquizoide, esquizotípico y paranoide), del cluster B (antisocial, histriónico, límite y narcisista) y del cluster C (dependiente, depresivo, evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo). Además de la entrevista, contiene un cuestionario de personalidad autocumplimentado que actúa como cribado. Consta de 119 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) y su corrección se basa en el número de respuestas afirmativas que la persona ha dado en cada uno de los posibles trastornos evaluados. En el presente estudio se ha hecho uso tanto del cuestionario como de la entrevista. En primer lugar, los participantes cumplimentaron el cuestionario y, posteriormente, en aquellos ítems contestados de forma afirmativa y que superaban la puntuación de corte, se evaluó en

mayor profundidad administrando la parte de la entrevista correspondiente. Los estudios de fiabilidad y validez realizados muestran diferencias en los resultados, pero la mayoría informan de índices aceptables (First y cols., 1999).

Medidas de eficacia

Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II: *Beck Depression Inventory-Second Edition*; Beck, Steer y Brown, 1996; validado en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Se trata de uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el estado de ánimo depresivo. Consta de 21 ítems que evalúan síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. Cada ítem consta de 4 alternativas de respuestas ordenadas en función de la intensidad, que se evalúa en una escala de 0 a 3. El participante debe responder como mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas. El sumatorio de las puntuaciones permite establecer 4 rangos cuantitativos de depresión: de 0 a 9 (ausente o mínima); de 10 a 18 (entre leve y moderada); de 19 a 29 (entre moderada y grave); y de 30 a 63 (grave). En población española muestra una elevada consistencia interna tanto para la población general (coeficiente alfa de 0,87) como para la población clínica (coeficiente alfa de 0,89) (Sanz, Perdigon y Vázquez, 2003).

Inventario de estrés y pérdida (IEP; Quero, Mor, Molés, Baños y Botella, en preparación). Se llevó a cabo una adaptación del inventario de duelo complicado (ICG: *Complicated Grief Inventory*; Pirgeron y cols., 1995) con el objetivo de utilizarlo en la evaluación de situaciones estresantes que estén interfiriendo de forma negativa en la vida de una persona. El instrumento es igual al original con la excepción de que se sustituyeron las palabras que aluden a la persona fallecida por las que se refieren a la persona/situación que se ha perdido (por ejemplo, ruptura de pareja, cambio de trabajo...). Evalúa la intensidad con la que interfiere la situación o persona perdida en la vida del paciente en una escala de 0 (nunca) a 4 (siempre). A diferencia de la versión original del ICG, el IEP consta de 17 ítems. Datos preliminares de validación mostraron excelentes coeficientes de fiabilidad test-retest (0,90) y de consistencia interna en población española tanto general (0,91) como clínica con TA (0,86) (Quero, Molés, Mor, Baños y Botella, 2014).

Escala de afecto positivo y negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Este cuestionario consta de 20 ítems en el que se evalúan dos dimensiones del afecto: la dimensión positiva y la negativa. Los participantes evalúan cada uno de los ítems indicando el grado en el que cada adjetivo describe mejor su estado de ánimo actual en una escala de 1 a 5, siendo 5 = mucho y 1 = nada o muy ligeramente. Esta escala presenta una elevada consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest (Watson y cols., 1988). En el presente estudio solo se utilizaron los datos de los ítems de la escala de afecto negativo.

Inventario de crecimiento postraumático (PTGI: *Postrumatic Growth Inventory*; Tedeschi y Calhoun, 1996). Este cuestionario de 21 ítems evalúa los cambios personales positivos que ocurren tras la vivencia de una situación muy negativa o traumática. Se evalúa en un rango que va de 0 a 5 (0 = No experimenté este cambio como resultado de la crisis, 5 = Experimenté este cambio en gran medida como resultado de la crisis). Puntuaciones elevadas en este inventario indican un mayor grado de crecimiento postraumático percibido. Se han obtenido elevados índices de consistencia interna (Tedeschi y Calhoun, 1996; So-kun Tan, 2007; Ho, Wing Chu y Yiu, 2008). Datos preliminares de validación de este instrumento en una muestra clínica española con TA y duelo complicado (Molés, Quero, Nebot, Rachyla y López, 2014) mostraron coeficientes altos de consistencia interna (0,92) y de fiabilidad test-retest (0,95).

Tratamiento

Todos los participantes recibieron el protocolo de TA desarrollado por Botella, Baños y Guillén (2008). La duración de la intervención varió de 6 a 8 sesiones, dependiendo de la situación clínica de cada paciente. Cada una de las sesiones eran de 90 minutos de duración y se realizaban con periodicidad semanal. Este protocolo incluye técnicas TCC y estrategias de psicología positiva. Los componentes terapéuticos incluidos en las sesiones fueron: psicoeducación, exposición, aceptación y elaboración del acontecimiento negativo y prevención de recaídas.

La mayoría de los participantes (N = 66) recibieron el protocolo apoyado con RV, mientras que 31 participantes recibieron el formato tradicional. Concretamente se utilizó «El mundo de EMMA» (véase la figura 1). Se trata de un sistema tridimensional que permite la manipulación de diferentes ambientes y símbolos a tiempo real y que acompañará al paciente durante todas las sesiones terapéuticas. Debido a esa flexibilidad respecto a la utilización de los diferentes símbolos, «El mundo de EMMA» permite ajustar el tratamiento a las características de cada paciente. El objetivo de «El mundo de EMMA» es ayudar a expresar y evocar los sentimientos y emociones de cada paciente, asociados al acontecimiento estresante, permitiendo así impulsar la superación del problema.



Figura 1. «El mundo de EMMA»

Procedimiento

Se recogieron datos de los paciente del SAP diagnosticados de TA referidos a las variables de comorbilidad con el eje II y de eficacia terapéutica anteriormente descritas. Atendiendo a la evaluación realizada con la SCID-II (First y cols., 1999), se dividieron las participantes en dos grupos: grupo de TA con TP o rasgos patológicos de personalidad (N = 55) y grupo de TA sin TP (N = 42). Los datos relativos a la eficacia terapéutica se recogieron en dos momentos de evaluación: postratamiento y seguimiento a los tres meses. Después, se procedió a la realización de los análisis correspondientes mediante el *Statistics Package for Social Sciences* (SPSS-22), versión en español. Todos los participantes formaron parte de un estudio de investigación previo en el que se estudiaba la eficacia de un tratamiento psicológico para el TA y firmaron el consentimiento informado participando de forma voluntaria.

Resultados

En primer lugar, se realizó una prueba *t* para muestras independientes con el objetivo de comprobar si había diferencias significativas en las medidas de eficacia entre los dos grupos experimentales antes del tratamiento. No se encontraron diferencias en ninguna de las medidas incluidas en este estudio (BDI, IEP, PTGI y PANAS). En la tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos para cada una de las medidas.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento tres meses

	M (DT) Pretratamiento		M (DT) Postratamiento		M (DT) Seg. 3 meses	
	TA+TP	TA	TA+TP	TA	TA+TP	TA
BDI-II	23,13 (10,61)	21,67 (10,18)	9,69 (7,45)	7,43 (6,34)	7,45 (6,51)	6,08 (5,20)
IEP	37,22 (14,29)	33,08 (11,05)	17,82 (11,78)	17,08 (9,45)	12,40 (8,98)	14,53 (9,90)
PTGI	38,11 (22,54)	35,79 (20,31)	63,60 (22,21)	66,67 (19,78)	64,67 (22,54)	62,26 (18,64)
PANAS	26,83 (6,95)	25,07 (8,26)	18,48 (5,93)	16,25 (4,63)	16,62 (5,16)	16,73 (5,76)

En segundo lugar, se calcularon los índices de cambio fiable (Jacobson y Truax, 1991) obtenidos para cada una de las medidas de eficacia (BDI, IEP, PTGI y PANAS) tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los tres meses. Los porcentajes obtenidos en estas medidas en los dos momentos de evaluación se pueden ver en la tabla 2. Los resultados obtenidos tras aplicar la prueba Chi-cuadrado indicaron que en ninguna de las medidas de eficacia existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ni en el postratamiento ni en el seguimiento.

Tabla 2
Cambio clínicamente significativo en cada una de las medidas de eficacia en el postratamiento y en el seguimiento a los tres meses

		Postratamiento		Seguimiento tres meses	
		TA+TP	TA	TA+TP	TA
bDI	Recuperados	44,89 %	52,5 %	13,46 %	23,07 %
	Mejorados	4,08 %	0 %	26,92 %	28,2 %
	No cambio	55,10 %	47,5 %	59,61 %	48,71 %
	Empeorados	0 %	0 %	0 %	0 %

		Postratamiento		Seguimiento tres meses	
		TA+TP	TA	TA+TP	TA
IEP	recuperados	68,75 %	66,66 %	81,57 %	80 %
	Mejorados	2,08 %	0 %	2,63 %	0 %
	No cambio	29,16 %	30,55 %	15,78 %	14,28 %
	Empeorados	0 %	2,77 %	0 %	5,71 %
PTGI	recuperados	13,46 %	23,08 %	23,25 %	15,78 %
	Mejorados	26,92 %	28,20 %	18,60 %	34,21 %
	No cambios	52,61 %	48,71 %	58,13 %	50 %
	Empeorados	0 %	0 %	0 %	0 %
PANAS	recuperados	46,15 %	55 %	42,76 %	54,05 %
	Mejorados	1,92 %	5 %	7,14 %	2,7 %
	No cambio	48,07 %	37,5 %	35,71 %	40,5 4%
	Empeorados	3,84 %	2,5 %	2,38 %	2,7 %

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio era explorar si existían diferencias en la eficacia del tratamiento del TA en pacientes con este problema y comorbilidad con TP o rasgos patológicos de personalidad y pacientes que solamente presentaban TA. Según los resultados obtenidos, no podemos concluir que existen diferencias significativas en la eficacia del tratamiento de los TA entre ambos grupos. Así pues, tanto los pacientes con TA comórbido con TP o rasgos patológicos como los pacientes con TA se beneficiaron de manera similar del tratamiento de los TA que habían recibido.

Nuestros datos no van en la línea de otras investigaciones previas que sugieren que presentar un TP o rasgo patológico influye de manera negativa en la eficacia de otros trastornos del eje I (Reich y Green, 1991). Sin embargo, sí se muestran similares a los resultados alcanzados en otros trabajos más recientes de revisión en los que se explora si la presencia de un TP afecta negativamente al tratamiento de los trastornos de ansiedad (Dressen y Arntz, 1998) y trastornos depresivos (Newton-Howes, 2008). Así, Dressen y Arntz (1998) no pueden concluir a partir de su revisión que la presencia de un TP influya negativamente en la eficacia del tratamiento de los trastornos de ansiedad. De forma similar, Newton-Howes (2008) no encontraron diferencias significativas en la eficacia del tratamiento del trastorno depresivo.

No hemos encontrado ningún estudio en la literatura hasta la fecha que explore la eficacia del tratamiento del TA cuando existe comorbilidad con un TP o con rasgos patológicos de personalidad. Por lo tanto, el presente trabajo es el primer estudio que explora la eficacia del tratamiento de los TA en pacientes con TP o rasgos.

No obstante, cabe destacar que, al tratarse de un estudio preliminar, hay que tener en cuenta diversas limitaciones que han podido influir en los resultados. Por un lado, está el pequeño tamaño de la muestra de pacientes. Por otro lado, no se realizó una evaluación independiente para confirmar el diagnóstico de TP o la presencia de rasgos patológicos de personalidad. Además, en el grupo de TA con TP se agruparon tanto a los pacientes con un TP como

a pacientes que solo presentaban rasgos patológicos, pudiendo ser uno de los factores que quizás haya tendido una mayor influencia en los resultados obtenidos. Y, por último, tampoco están claramente especificado en el estudio los tipos de rasgos patológicos que presentaban los pacientes. No obstante, a pesar de las limitaciones, los resultados obtenidos podrían aportar un nuevo marco de investigación en lo que respecta a los TA.

En conclusión, los resultados preliminares obtenidos parecen indicar que la presencia de un TP o rasgos patológicos de la personalidad no influyen en la eficacia del tratamiento para los TA y tampoco en el mantenimiento de los cambios a medio plazo. Por lo tanto, ambos grupos parecen beneficiarse por igual de un tratamiento TCC en formato tradicional o apoyado en la RV. No obstante, teniendo en cuenta la relevancia de los TA en la actualidad, junto con la escasa investigación que hay tanto sobre su tratamiento como sobre el papel de los TP en la eficacia del mismo, es necesario seguir investigando en esta línea y llevar a cabo estudios que superen las limitaciones citadas anteriormente. Estos estudios ayudarán a clarificar el papel de los TP o rasgos patológicos de personalidad en la eficacia de tratamiento, permitiendo variar y, en consecuencia, mejorar el tratamiento administrado a los pacientes en función de si presentan o no comorbilidad con TP.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed. Text revision). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. y Baños, R. (2012). La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Psicología Conductual*, 20, 323-348.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Jorquera, M. y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.
- Baños, R. M., Guillén, V., Quero, S., García-Palacios, A., Alcaniz, M. y Botella, C. (2011). A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioral program. *International Journal of Human-Computer Studies*, 69, 602-613.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Ben-Itzhak, S., Bluvstein, I., Schreiber, S., Aharonov-Zaig, I., Maor, M., Lipnik, R. y Bloch, M. (2012). The Effectiveness of Brief Versus Intermediate Duration Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Adjustment Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 249-256.
- Black, D. W., Wesner, R. B., Gabel, J., Bowers, W. y Monahan, P. (1994). Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 30, 233-241.
- Botella, C., Baños, R. M. y Guillén, V. (2008). Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 129-154). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Botella, C., Osmá, J., García Palacios, A., Guillén, V. y Baños, R. M. (2008). Treatment of complicated grief using virtual reality. *A case report Death Studies*, 32, 674-692.

- Calvo, E. (2009). Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146662.pdf>
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A. y Hardoy, M. C. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, 1-15.
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481.
- Casey, P., Jabbar, F., O'Leary, E., y Doherty, A. M. (2014). Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 174, 441-446.
- Doherty, A. M., Jabbar, F., Kelly, B. D. y Casey, P. (2014). Distinguishing between adjustment disorder and depressive episode in clinical practice: The role of personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 168, 78-85.
- Dreessen, L. y Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 483-504.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- First, M. B., Spritzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV, Versión Clínica. Barcelona: MASSON.
- Hsiao, F. H., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Yang, T. T., Liao, S. C., Ho, R. T. H., Ng, S. M., Chang, C. L y Jow, G. M. (2014). Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. *General Hospital Psychiatry*, 36, 214-219.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Molés, M., Quero, S., Nebot, S., Rachyla, I. y López, M. T. (2014). Datos preliminares de validación del Inventario de Crecimiento Postraumático en población clínica española con trastornos relacionados con el estrés. Poster presentado en el II Congreso Nacional de Psicología Positiva. Oropesa, España.
- Newton-Howes, G. (2008). Influencia de los trastornos de la personalidad en el pronóstico de la depresión. *Psychiatry*, 7, 105-108.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (10.ª edición). Madrid: Meditor.
- Pirgerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A. y cols. (1995). Inventory of Complicated Grief. A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R. M., Molés, M., Nebot, S. y Botella, C. (en prensa). Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*.
- Quero, S., Molés, M., Mor, S., Baños, R. M. y Botella, C. (2014). Spanish validation of the complicated grief inventory adapted for adjustment disorders. *ABCT 48th Annual Convention*.
- Reich, J. H. y Green, A. I. (1991). Effect of personality disorder on outcome of treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 74-82.

- Reich, J. H. y Vasile, R. G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 475-484.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.
- Srivastava, M., Talukdar, U. y Lahan, V. (2011). Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17, 241-245.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Tratamientos psicológicos para los trastornos adaptativos: una revisión

NOELIA SIMÓN SÁNCHEZ
al225816@uji.es

MAR MOLÉS AMPOSTA
molesm@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO
squero@uji.es

Resumen

Introducción: El trastorno adaptativo (TA) es clasificado en el DSM-V en la categoría de trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés. A pesar del cambio en la conceptualización, todavía existen problemas de diagnóstico. Paradójicamente, cuenta con una alta prevalencia, siendo de los más frecuentes en atención primaria y hospitalaria. Causa gran sufrimiento personal ya que se produce un deterioro significativo del funcionamiento social u ocupacional. Sin embargo, se observa escasez de investigaciones y ausencia de manuales de evaluación y tratamiento que lo incluyan. En cuanto a la intervención, no existen en la actualidad tratamientos psicológicos basados en la evidencia (TPBE). **Método:** Se realizó una búsqueda en PsycNET, ScienceDirect, PubMed y PsycARTICLES. En una primera fase, se revisaron los artículos existentes relacionados con el TA. En una segunda fase, se profundizó en los tratamientos psicológicos utilizados para el TA. **Resultados:** En primer lugar, se puso de manifiesto una escasez de estudios tratándose de recomendaciones generales, sugerencias e investigaciones aisladas. En cuanto a estudios específicos sobre el tratamiento psicológico, encontramos estudios de casos no controlados y 6 estudios experimentales variados y con diferentes enfoques terapéuticos, incluyendo algunos el uso de las TIC. **Discusión:** Es necesario desarrollar TPBE para el TA dado que los estudios encontrados presentan limitaciones metodológicas y de validez externa. Para futuras investigaciones, el uso de las TIC como tratamiento puede ser útil ya que estudios hallados hasta la fecha han demostrado ser prometedores y beneficiosos.

Palabras clave: trastornos relacionados con el trauma y el estrés, trastornos adaptativos, tratamientos psicológicos, TIC, revisión.

Abstract

Introduction: Adjustment Disorders (AD) are classified in the DSM-5 as the trauma-related disorders and stress factors category. Despite the change in conceptualisation, diagnostic problems still exist. Paradoxically, it has a high prevalence and is the

most frequent in primary and hospital care. It causes great personal suffering given the significant impairment of social or occupational functioning. Research into it, evaluations, and treatment manuals that include it, are lacking. Currently there are no evidence-based psychological treatments (EBPT) for intervention. **Method:** A search in PsycNET, ScienceDirect, PubMed and PsycARTICLES was performed. Firstly, existing AD-related articles were reviewed. Secondly, we profoundly examined the psychological treatments used for AD. **Results:** Firstly, the search revealed a shortage of case studies of general recommendations, suggestions and isolated research. Among specific studies on psychological treatment, we found no controlled studies and six varied experimental studies with different therapeutic approaches, of which some have used ICTs. **Discussion:** It is necessary to develop EBPT for AD as the found studies show methodological limitations and external validity. Employing ICTs as treatment may be useful for future research since the studies found to date have being promising and beneficial.

Keywords: Trauma-related disorders and stress, adjustment disorders, psychological treatments, ICTs, review.

Introducción

Según el DSM-V (APA, 2013), el trastorno adaptativo (TA) se caracteriza por el desarrollo de síntomas emocionales y/o comportamentales en respuesta a un o varios factores de estrés identificables. Los síntomas aparecen a lo largo de los primeros 3 meses desde que se desencadena el factor y no perduran más de 6 meses. Los factores estresantes pueden ser muy variados (una ruptura sentimental, problemas económicos, independización del hogar, problemas laborales, etc.). Los síntomas son considerados clínicamente significativos cuando se trata de un malestar intenso o desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas y cuando se produce un deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

El TA constituye un importante problema de salud mental pública siendo uno de los trastornos más diagnosticados por psicólogos y psiquiatras. Por lo que se refiere a la prevalencia, se estima una alta tasa entre el 5-21 % (APA, 2000; Despland, Monod y Ferrero, 1995; Fabrega, Mezzich y Mezzich, 1987) y este problema se asocia a un deterioro significativo laboral y social (Maercker, Einsle y Kollner, 2007) causante de altas tasas de bajas por enfermedad y discapacidad (van der Klink y cols., 2003). En ocasiones los síntomas son tan intensos que pueden desencadenar comportamientos autolesivos o, en el peor de los casos, el suicidio (Andreasen y Hoenk, 1982; Benton y Lynch, 2006). En este sentido, el TA es más común que la depresión mayor en pacientes hospitalizados que padecen una enfermedad grave (Silversstone, 1996; Strain y cols., 1998) y en personas que asisten al servicio de urgencias tras autolesionarse (Taggart y cols., 2006).

A pesar de la gravedad del problema, todavía es considerado una categoría residual en la cual se clasifica a pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos para otros trastornos, como ansiedad y depresión, o como diagnóstico temporal cuando los criterios para el trastorno de estrés postraumático o un trastorno del estado de ánimo no están claros (Casey, 2011). Las limitaciones relacionadas con su evaluación y los tratamientos son también relevantes. En la

actualidad, muchos instrumentos de detección ampliamente utilizados en la investigación no incluyen su diagnóstico (Casey y cols., 2006). Se hace notable la falta de investigación y la ausencia de manuales de evaluación y tratamiento que incluyan el trastorno. En este sentido, no existen tratamientos psicológicos basados en la evidencia (TPBE). Por lo tanto, se hace necesario dedicar esfuerzos para desarrollar TPBE que ayuden a los clínicos a reducir o eliminar este problema a través de la intervención y para mejorar la comprensión en el campo del TA que tan poco estudiado ha sido hasta la fecha.

El objetivo del presente trabajo es llevar a cabo una revisión de la literatura científica sobre los tratamientos psicológicos diseñados para el TA y poner de manifiesto las limitaciones encontradas. Al mismo tiempo, se pretende sensibilizar respecto a la importancia que tiene este trastorno en nuestra sociedad, de su alta prevalencia y los serios problemas de salud que puede conllevar si no se diagnostica y se trata adecuadamente.

Método

Se realizó una búsqueda en bases de datos como PsycNet, ScienceDirect, PubMed y PsycARTICLES. En la tabla 1 se pueden ver los términos de búsqueda acotados. La revisión bibliográfica se llevó a cabo en dos fases. En una primera fase, la búsqueda se centró en revisar artículos existentes en la literatura que hablaran del TA de manera general. En una segunda fase, se realizó una búsqueda más específica de los tratamientos psicológicos utilizados para el trastorno.

Tabla 1. Bases de datos y términos de búsqueda acotados en la búsqueda bibliográfica

Bases de datos	Términos de búsqueda
	1. ^a fase
	“Trastornos adaptativos”
	“Adjustment disorders” <<and>> “psychology”
	“Adjustment disorders” <<and>> “diagnosis”
PsycNET	“Adjustment disorders” <<and>> “classifications”
Science Direct	
PubMed	
PsycARTICLES	2. ^a Fase
	“Trastornos adaptativos” <<and>> “tratamiento psicológico”
	“Adjustment disorders” <<and>> “treatment”
	“Adjustment disorders” <<and>> “therapy”
	“Adjustment disorders” <<and>> “psychotherapy”

Los artículos seleccionados incluían información relevante acerca del TA (prevalencia, diagnóstico, clasificación, interferencia, subtipos, etc.), así como investigaciones experimentales, cuasiexperimentales o estudios no controlados que utilizaban técnicas psicológicas para el tratamiento de los TA. La selección de los estudios se realizó siguiendo los criterios mencionados para explorar más ampliamente la literatura.

Resultados

Lo que se encuentra en la literatura son, en primer lugar, recomendaciones generales y, en segundo lugar, un número reducido de estudios en los que se pone a prueba un determinado tratamiento para el abordaje de este problema.

Atendiendo a las recomendaciones generales, Casey (2009) propone tres componentes principales que agrupan lo que otros autores (Andrews, 1995, Benton y Lynch, 2006; Strain, 1995; Strain y Diefenacher, 2008; Strain, Klipstein y Newcorn, 2010) también consideran relevante a la hora de basar las intervenciones psicológicas para los TA: 1) reducir o eliminar el evento estresante tomando medidas como la técnica de solución de problemas; 2) facilitar la adaptación a través de medidas que se dirigen a eventos estresantes crónicos que no pueden ser eliminados (enfermedades) y que ayudan a recontextualizar la situación como la psicoeducación y la reestructuración cognitiva y, además, potenciar un sistema de apoyo que ayude a la persona a manejar mejor la situación, especialmente la ayuda práctica; 3) cambiar la respuesta emitida a través de la relajación, la verbalización de miedos y emociones, explorar el significado que tiene el evento estresante para la persona puede cambiar la respuesta emitida al suceso estresante.

En cuanto a estudios realizados sobre el tratamiento psicológico de los TA, los estudios hallados son escasos, muy variados e incluyen diferentes enfoques terapéuticos, por lo que se han clasificado según el diseño de investigación utilizado. En primer lugar, en la tabla 2 se agrupan los estudios no controlados (diferentes estudios de caso y estudios con un único grupo o series de casos). En segundo lugar, se recogen estudios experimentales entre grupos que comparan como mínimo dos condiciones experimentales (véase la tabla 3) así como aquellos que hacen uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como tratamiento (véase la tabla 4).

Tabla 2
Estudios no controlados sobre tratamientos psicológicos para los TA

Autores	Enfoques	Técnicas	Tipo de estudio
Nardi, Lichtenbert y Kaplan (1994)	Terapia cognitivo-conductual (TCC)	Desensibilización Reestructuración cognitiva Estrategias de afrontamiento	Series de casos
Mihelich (2000)	Desensibilización y reproceso por el movimiento de los ojos (EMDR)	Estimulación bilateral ocular	Series de casos
Frankel (2001)	Terapia de fortalecimiento del ego	Estrategias de afrontamiento	Estudio de casos
Belchi, Vilardaga y Bados (2002)	TCC	Psicoeducación Relajación autógena Respiración controlada Reestructuración cognitiva Exposición Estrategias de distracción Tareas para casa	Estudio de casos

Autores	Enfoques	Técnicas	Tipo de estudio
Bazarra (2004)	Terapia psicológica adyuvante (TCC)	Relajación Tareas graduadas Planificación de actividades Reestructuración cognitiva Estrategias de afrontamiento Ventilación de sentimientos	Estudio de casos
Powell y McCone (2004)	TCC	Control del impulso Reestructuración cognitiva Manejo del estrés	Estudio de casos
Jojic y Leposavic (2005)	Entrenamiento autógeno	Entrenamiento autógeno	Único grupo
Herrero y Cano (2010)	TCC	Reestructuración cognitiva Solución de problemas Exposición Relajación muscular progresiva Respiración e imaginación	Estudio de casos

Tabla 3

Estudios controlados sobre tratamientos psicológicos para TA

Autores	Criterios de inclusión	Grupos experimentales	Resultados
González-Jaimes y Turnbull-Plaza (2003)	Diagnóstico de infarto agudo de miocardio. X > 55 en la triada depresiva neurótica (MMPI). Diagnóstico de TA.	GP = Gestalt (N = 36) MP = Terapia del espejo (N = 36) MC = Consejo médico (N = 36) CG (N = 36) Total: 144	MP = Tratamiento eficaz en la disminución de la sintomatología a corto plazo. Diferencias significativas entre el grupo MP y los grupos restantes en el posttratamiento. Seguimiento de 6 meses: disminución preocupación por la salud en todos los grupos excepto CG.
Van der Klink, Blonk, Schene y Van Dijk (2003)	Trabajadores que habían solicitado su primera baja por enfermedad como consecuencia de presentar el diagnóstico de TA.	GE TCC (N = 109) GC (N = 83) Total: 192	A los 3 meses, un n.º significativamente mayor de pacientes del GE habían vuelto al trabajo en comparación con el GC. A los 12 meses todos los pacientes habían vuelto a trabajar, No hubo diferencias entre los dos grupos con respecto a la disminución de los síntomas.

Autores	Criterios de inclusión	Grupos experimentales	Resultados
Sterinhardt y Dolbier (2008)	Ser universitario. Estar atravesando una situación de elevado estrés académico.	GE TCC (N = 30) GCLE (N = 27) Total: 57	El GE obtuvo puntuaciones significativamente más altas de resiliencia, estrategias de afrontamiento más eficaces, mayores puntuaciones en factores de protección y puntuaciones más bajas en la sintomatología después de la intervención que el GC.
Srivastava, Uddip y Vivek (2011)	Diagnóstico de TA. No tener otro trastorno psiquiátrico o comorbilidad. No tomar medicación.	GE (N = 15) Meditación del yoga. GC (N = 15) = Asesoramiento general. Total: 30	Se produjo un cambio gradual en todos los parámetros de evaluación seleccionados en ambos grupos. Pero fueron más significativos en el GE.
Ben-Itzhak y cols. (2012)	Diagnóstico de TA. Tener de 20 a 65 años. Que hablen hebreo.	GE grupo con psicoterapia breve (N = 48). GE con psicoterapia intermedia (N = 43) Total: 91	Mejoría en ambos grupos. La psicoterapia breve se mostró tan eficaz como la psicoterapia intermedia tanto al final del tratamiento como durante el seguimiento.
Hsiao y cols. (2014)	Tener entre 18 y 65 años. Tener un diagnóstico de TA con depresión según la MINI y el DSM-IV.	GE BMS (Body-Mind-Spirit) (N = 21) GC (N = 18) Total: 39	No se apreciaron diferencias entre el GE BMS y GC en cuanto a sintomatología depresiva o ansiosa. Respecto a la ideación suicida, se vio reducida en GE BMS. Los cambios producidos en los patrones diurnos de cortisol también fueron significativamente diferentes, mostrándose a favor del GE BMS.

Tabla 4

Estudios que utilizan las TIC como tratamientos psicológicos para los TA

Autores	Año	TIC	Tipo de estudio
Baños y cols.	2008	Rv (El mundo de EMMA)	Estudio de caso
Andreu-Mateu	2011	Rv (El mundo de EMMA)	Estudio entre-grupos
Baños, Guillén, Quero, García-Palacios y Botella	2011	Rv (El mundo de EMMA)	Estudio entre-grupos
Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén y Baños	2012	Rv (El mundo de EMMA)	Estudio de caso

Autores	Año	TIC	Tipo de estudio
Quero, Molés, Pérez-Ara, Botella y Baños	2012	Internet (TEO)	Estudio de caso
Quero, Botella, Andreu-Mateu, Baños y Molés	2013	RV (El mundo de EMMA)	Estudio entre-grupos
Molés y cols.	2014	Internet (TEO)	Series de casos
Quero y cols.	En prensa	RV (El mundo de EMMA)	Serie de casos
Quero, Molés, Andreu-Mateu, Baños y Botella	Sometido	RV (El mundo de EMMA)	Estudio entre-grupos

Discusión

Tras llevar a cabo la revisión de los tratamientos psicológicos, encontramos que, en primer lugar, solo hay recomendaciones generales, algunos estudios con sugerencias y estudios de investigación aislados que utilizan aproximaciones terapéuticas muy diversas.

Por una parte, los estudios no controlados (estudios de caso y series de casos) muestran deficiencias a la validez externa o generalización de los resultados que conllevan. Por otra parte, los pocos estudios experimentales hallados presentan importantes limitaciones metodológicas. En este sentido, algunos estudios no cuentan con descripciones detalladas de la muestra y utilizan grupos control inadecuados (por ejemplo, González-Jaimes y Turnbull-Plaza, 2003), otros estudios se ven afectados por las altas tasas de abandono de los participantes (Hsiao y cols., 2012) o persiguen un objetivo diferente a la hora de realizar la investigación, como limitar la duración de las bajas médicas en las empresas (van der Klink y cols., 2003). De la misma manera, algunos de los abordajes utilizados se han centrado en aplicar estrategias de intervención quizá demasiado específicas como la meditación (Srivastava y cols., 2011). No obstante, intervenciones como la de Steinhardt y Dolbier (2008) o Ben-Itzhak y cols. (2012) se aproximan más a la base del trastorno, la dificultad de adaptación, aunque también cuentan con limitaciones metodológicas como la utilización de una muestra subclínica o la tasa significativa de abandono por parte de los participantes que repercute a la durabilidad de los logros de la terapia. Por otra parte, aquellos estudios que hacen uso de las TIC, concretamente la realidad virtual (El mundo de EMMA) y el uso de internet (TEO), presentan resultados muy prometedores. No obstante, también presentan algunas limitaciones metodológicas ya que, o bien se trata de estudios no controlados, o los estudios experimentales realizados cuentan con una muestra reducida, el seguimiento incluido es muy corto o el número de técnicas incluidas en el protocolo para el TA de Botella y cols. (2008) hace difícil separar los efectos atribuibles a la RV del resto de estrategias. Sin embargo, ambos sistemas están resultando ser favorables y eficaces en el tratamiento de personas que padecen de TA.

Por lo tanto, podemos concluir que, a pesar de la alta prevalencia hallada en la literatura, del gran sufrimiento personal que causa y del deterioro significativo del funcionamiento a nivel social y laboral, todavía se hace presente la notable falta de estudios que se centren en los tratamientos del TA, no estando disponibles TPBE para este problema, por lo que la elección del tratamiento sigue siendo una decisión clínica. A la vista de los resultados obtenidos hasta el momento, en cuanto a futuras líneas de investigación, puede resultar favorable seguir apostando por las TIC como herramientas útiles en el tratamiento acompañadas de la TCC ya que

los resultados obtenidos hasta la fecha han resultado ser prometedores y alentadores poniendo de manifiesto los beneficios y ventajas que tienen estos sistemas. Además, resultan de gran utilidad para dispensar o mejorar la aplicación de servicios terapéuticos logrando mejoras en los TPBE ya existentes.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (1952). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS* (DSM). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2003). En APA (2000). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS DSM (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 5*. WASHINGTON, DC: American Psychological Association.
- Andreasen, N. C. y Hoencck, P. (1982). The predictive value of adjustment disorders: a follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 139, 584-590.
- Andreu Mateu, M. S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los Trastornos Adaptativos apoyado por un sistema de Realidad Virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Tesis Doctoral. Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, España.
- Andreu-Mateu, M. S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. y Baños, R. M. (2012). La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Psicología conductual*, 20, 323-348.
- Andrews, A. (1995). Treatment outlines for the management of anxiety status: The quality assurance project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 138-151.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A., Jorquera, M. y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.
- Baños, R. M., Guillén, V., Quero, S., García-Palacios, A. y Botella, C. (2011). A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive. *International Journal of Human-Computer Studies*, 69, 602-613.
- Barraza, P. A. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 1, 165-178.
- Belchi, I., Vilardaga, R. y Bados, A. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno adaptativo en espera de un trasplante de pulmones. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace*, 62, 43-50.
- Ben-Itzhak, S., Bluvstein, I., Schreiber, S., Aharonov-Zaig, I., Maor, M., Lipnik, R. y Bloch, M. (2012). The effectiveness of brief versus intermediate duration psychodynamic psychotherapy in the treatment of adjustment disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 249-256.
- Benton, T. D. y Lynch, J. (2006). EMedicine. Adjustment Disorders. Extraído el 7 de junio de 2015 de <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>.
- Botella, C., Baños, R. y Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 129-154). Bilbao. Desclée de Brouwer.

- Casey, P. (2006). The 'afterthought' diagnosis: rehabilitating adjustment disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6, 145-151. doi:10.1586/14737175.6.2.145.
- Casey, P. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.
- Casey, P. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, 10, 11-18.
- Despland, J. N., Monod, L. y Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive psychiatry*, 36, 454-460.
- Fabrega, H., Mezzich, J. E. y Mezzich, A. C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 44, 567-572.
- Frankel, M. (2001). Ego enhancing treatment of adjustment disorders of later life. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 221-232.
- González-Jaimes, E. I. y Turnbull-Plaza, B. (2003). Selection of psychotherapeutic treatment for adjustment disorder with depressive mood due to acute myocardial infarction. *Archives of medical research*, 34, 298-304.
- Herrero, V. y Cano-Vindel, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.
- Hsiao, F. H., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Yang, T. T., Liao, S. C., Ho, R. T. y cols. (2014). Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. *General Hospital Psychiatry*, 36, 214-219.
- Jojić, B. R. y Lepasavić, L. M. (2005). Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 133, 424-428.
- Maercker, A., Einsle, F. y Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40, 135-146.
- Mihelich (2000). *Eye movement desensitization and reprocessing treatment of adjustment disorder*. University of Tulsa. Extraído el 19 de enero de <http://emdria.omeka.net/items/show/17459>.
- Molés, M., Quero, S., Nebot, S., Soler, C., Campos, D. y Botella, C. An Online Emotional Therapy System (TEO) to Deliver Homework Assignments in the Treatment of Adjustment Disorders versus the Traditional Method (Octubre, 2014). Ponencia presentada en *7th ISRII Scientific Meeting*. Valencia (España).
- Nardi, C., Lichtenberg, P. y Kaplan, Z. (1994). Adjustment disorder of conscripts as a military phobia. *Military Medicine*, 159, 612-616.
- Powell, S. y McCone, D. (2004). Treatment of adjustment disorder with anxiety: A September 11, 2001, case study with a 1-year follow-up. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 331-336.
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R. M., Molés, M., Nebot, S. y Botella, C. (en prensa). Un Programa Cognitivo-Conductual que utiliza la Realidad Virtual para el Tratamiento de los Trastornos Adaptativos: Una Serie de casos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*.
- Quero, S., Botella C., Andreu-Mateu, S., Baños R. M. y Molés, M. (2013). An Adaptive Virtual Reality System for the Treatment of Adjustment Disorder: 12-month Follow-up Efficacy data. *ABCT's 47th Annual Convention*. Nashville, TN.
- Quero, S., Molés, M., Pérez-Ara, M. A., Botella, C. y Baños, R. M. (2012). An Online Emotional Regulation System to deliver homework assignments for treating Adjustment Disorders. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 5, 23-24.
- Silverstone, PH. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in medical in-patients. *Journal of Nervous Mental Disease*, 184, 43-51.

- Srivastava, M., Talukdar, U. y Lahan, V. (2011). Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complementary therapies in clinical practice*, 17, 241-245.
- Steinhardt, M. y Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56, 445-453.
- Strain, J. J. (1995). Adjustment disorders. En G. O. Gabbard (ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders* (2.^a ed.) (pp. 1656-1665). Washington, DC: APA press.
- Strain, J. J. y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 121-130.
- Strain, J. J., Klipstein, K. G. y Newcorn, J. H. (2010). Adjustment disorders. En Hales, Yudofsky y Gabbard (eds.), *Essentials of Psychiatry* (pp. 255-269). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Strain, J. J., Smith, G. C., Hammer, J. S., McKenzie, D. P., Blumenfield, M., Muskin, P. y cols. (1998). Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General hospital psychiatry*, 20, 139-149.
- Taggart, C., O'Grady, J., Stevenson, M. y cols. (2006). Accuracy of diagnosis and routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *General Hospital Psychiatry*, 8, 330-335.
- Van der Klink, J. L., Blonk, R. W., Schene, A. H. y van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437.