



ÀGORA DE SALUT

III



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

Facultat de Ciències de la Salut

~ Any 2016 ~

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 puguin unir-se en el camí, publicuen 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 dóna 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	Grau en Infermeria	Grau en Medicina
Patricia Borreguero Sancho	Jose Vte. Anierte Sánchez	Juan Vicente Sánchez
Edgar Bresó Esteve	Amparo Bernat Adell	
Mercé Correa Sanz	Aurora Esteve Clavero	
Cristina Giménez García	Marivi Lucas Miralles	
Rosa Sos Peña	Pablo Salas Medina	

© Del text: els autors i les autores, 2016

© D'aquesta edició: Publicacions de la Universitat Jaume I, 2016

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.2016.3>

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

- APLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA LA FIBROMIALGIA EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL UN ESTUDIO PILOTO** 11
LAURA ANDREU; ADRIANA MIRA; SARA NEBOT; M. ÁNGELES IBÁÑEZ;
AZUCENA GARCÍA-PALACIOS
- MÉTODOS INMUNOLÓGICOS PARA LA DETECCIÓN DE CAMBIOS EN EL SISTEMA DOPAMINÉRGICO: WESTERN BLOT Y NEUROHISTOLOGÍA PARA LA DETECCIÓN DE DARPP-32** 21
SERGIO ARTÉS ROMÁN; LAURA LÓPEZ CRUZ; LIDÓN MONFERRER SALES
- ESTRATEGIAS EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN LA COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS** 29
MARTA BADENES-SASTRE; MARÍA VICENTA NAVARRO; AZUCENA GARCÍA-PALACIOS
- ENFERMEDAD DE PARKINSON: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LOS SÍNTOMAS NO MOTORES** 37
MARÍA BALLESTEROS TENA; LLEDÓ GUILLAMÓN-GIMENO
- DESCRIPCIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE JUEGO PATOLÓGICO DIRIGIDO A POBLACIÓN JOVEN: HACIA UN JUEGO RESPONSABLE** 47
DANIEL CAMPOS BACAS; ÁNGEL ENRIQUE ROIG; SOLEDAD QUERO CASTELLANO
- FACTORES DETERMINANTES EN LA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE PORTADOR DE OSTOMÍA Y LA IMPORTANCIA DEL ESTOMATERAPEUTA** 57
MIRIAM LIZETH CANTERO CUNALATA; ELADIO JOAQUÍN COLLADO BOIRA
- MANEJO DEL DOLOR CON ACUPUNTURA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO INTRAHOSPITALARIO** 67
ANA CASANOVA GÓMEZ; MARÍA DESAMPARADOS BERNAT ADELL
- «¿QUE CUÁNTO ME MIDE? PUES LO NORMAL, 22 CM». DISCREPANCIA ENTRE CUÁNTO LOS JÓVENES DICEN QUE LES MIDE EL PENE Y CUÁNTO LES MIDE REALMENTE** 75
JESÚS CASTRO CALVO; BEATRIZ GIL JULIÀ; CRISTINA JUÁREZ TAMARGO;
PEDRO SALMERÓN SÁNCHEZ

USO DE LA BARRERA DE LÁTEX EN LESBIANAS: ¿RELACIÓN CON LA COMPULSIVIDAD SEXUAL?	85
JESÚS CASTRO CALVO; VICENTE MORELL MENGUAL; BEATRIZ GIL JULIÀ; CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA	
VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE MOTIVOS PARA EL JUEGO (GMQ) EN POBLACIÓN GENERAL	95
CAROLA CERDÀ SALOM; SARA NEBOT IBÁÑEZ; DANIEL CAMPOS BACAS; SOLEDAD QUERO CASTELLANO	
VALIDACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALAN ABREVIADA FIVE FACET MINDFULNESS QUESTIONNAIRE (FFMQ): UN ESTUDIO PILOTO	103
CRISTIAN COO CALCAGNI; MARISA SALANOVA SORIA	
EL PAPEL MODERADOR DE LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES EN LA RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD Y EL CONSUMO DE CANNABIS	111
ANDREA CUEVAS CARDA; LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN	
«MI MEJOR YO»: DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN POSITIVA APLICADA EN FORMATO GRUPAL Y APOYADA EN LAS TIC	121
ÁNGEL ENRIQUE ROIG; GUADALUPE MOLINARI; GINÉS LLORCA; CRISTINA BOTELLA ARBONA	
ENVEJECER ES CRECER. REAPRENDIENDO DÍA A DÍA	131
CLAUDIA ESTEBAN FULLEDA; AIDA MARTÍNEZ PÉREZ; MARÍA PILAR MOLÉS JULIO	
EL PAPEL DE LOS PADRES Y LOS AMIGOS EN EL CONSUMO TEMPRANO DE ALCOHOL	137
SÍGRID GALLEGO MOYA; MANUEL IGNACIO IBÁÑEZ RIBES	
DIFERENCIA DE TENSIÓN ARTERIAL EN AMBOS BRAZOS COMO MEDIO PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR	147
PEDRO GARCÍA MARTÍNEZ; ESTHER FERNÁNDEZ ARROYO; ELADIO JOAQUÍN COLLADO BOIRA	
PAPEL DEL PRELÍMBICO EN LA ADQUISICIÓN DE LA MEMORIA DE PREFERENCIA HACIA ESTÍMULOS ASOCIADOS A LA COCAINA	157
ISIS GIL MIRAVET; ZAIRA TORRES GARRIDO; FERNANDO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ; ARACELI PALMA GÓMEZ; MARTA MIQUEL	
LA ACEPTABILIDAD DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO AUTOAPLICADO A TRAVÉS DE INTERNET: DATOS PRELIMINARES	165
ALBERTO GONZÁLEZ ROBLES; AMANDA DÍAZ GARCÍA; MARÍA SOL FITTIPALDI MÁRQUEZ; CRISTINA BOTELLA ARBONA	

ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE SEXO Y DIFERENCIAS EN PIGMENTACIÓN HUMANA SEGÚN EL GENOTIPO DEL GEN MC1R	175
BÁRBARA HERNANDO; MAIDER IBARROLA-VILLAVA; MARTA LLORCA-CARDEÑOSA GLORIA RIBAS; CONRADO MARTÍNEZ-CADENAS	
EMOCIÓN EXPRESADA Y CARGA DEL CUIDADOR EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL GRUPO B	185
IRENE JAÉN PARRILLA; AUSIÀS CEBOLLA MARTÍ	
INFIDELIDAD Y PERSONALIDAD EL PAPEL DIFERENCIAL DEL GÉNERO EN SU RELACIÓN	195
CRISTINA JUÁREZ-TAMARGO; JESÚS CASTRO-CALVO; ROBERTA CECCATO; BEATRIZ GIL-JULIÀ; RAFAEL BALLESTER-ARNAL	
PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE LA HERIDA QUIRÚRGICA. UNA REVISIÓN INTEGRADORA	207
DANIEL JURADO SÁNCHEZ; ELADIO JOAQUÍN COLLADO BOIRA	
LAS ESTRATEGIAS DE ENTRADA EN GRUPO EN NIÑOS DE PRIMERO DE EDUCACIÓN PRIMARIA	217
ENRIQUE LLIN VAÑÓ; CLARA RENAU ESCRIG; SARA ROSELLÓ SEMPERE; CARLOS JAVIER SANCHIS LAHIGUERA; GHISLAINE MARANDE PERRIN	
COMER POR ABURRIMIENTO: RELACIÓN ENTRE TENDENCIA AL ABURRIMIENTO Y ESTILOS DE INGESTA EN POBLACIÓN GENERAL	227
ALBA LÓPEZ MONTOYO; AUSIÀS CEBOLLA MARTÍ	
LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA EMPLEABILIDAD EN JÓVENES CON EMPLEO Y SIN EMPLEO	235
IRENE MENGUAL ALCARAZ; NIEVES FUENTES SÁNCHEZ; M. ALEXANDRA VASS; EVA CIFRE GALLEGO	
APLICACIÓN INDIVIDUAL DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO METACOGNITIVO EN LA ESQUIZOFRENIA: DOS ESTUDIOS DE CASO	245
CRISTINA MONFORT ESCRIG; JOSEP PENA-GARIJO	
ESTUDIO DE LA RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA AECC EN CASTELLÓN	257
YAZMÍN MONTEAGUDO CÁCERES; AURORA VICENTE GARCÍA; MARÍA ISABEL PERALTA RAMÍREZ	
DIFERENCIAS EN LA PREDICCIÓN AFECTIVA ENTRE POBLACIÓN NORMAL Y CLÍNICA: UN ESTUDIO PRELIMINAR	267
JUAN ENRIQUE NEBOT GARCÍA; GUADALUPE MOLINARI; ÁNGEL ENRIQUE ROIG; BERENICE SERRANO ZÁRATE; CRISTINA BOTELLA ARBONA	

LA REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE DOPAMINA NO ALTERA LA CONDUCTA DE «ATRACÓN DE COMIDA» EN RATONES, PERO LA CAFEÍNA MODULA EL CONSUMO EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD	275
RÉGULO OLIVARES; NOEMÍ SAN MIGUEL; JOSE MANUEL PÉREZ-GARCÍA; JOAN CAMAÑES; MERCÈ CORREA	
EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS SOBRE EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS: HACIA EL <i>COPING</i> POSITIVO	285
ALBERTO ORTEGA MALDONADO; MARISA SALANOVA SORIA	
VÍAS ETIOLÓGICAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL: UN ESTUDIO DE MODERACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ANTINORMATIVA Y LOS MOTIVOS A LA HORA DE PREDECIR EL CONSUMO DE ALCOHOL SEMANAL	295
MARÍA AMPARO PÉREZ BARBERÁ; LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN	
EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA	303
CARLA PITARCH ALBADO; ISABEL PILAR ROS CARDO; PAULA RECACHA PONCE; AARÓN RIBES PORCAR; MARÍA DESAMPARADOS BERNAT ADELL	
EL PAPEL DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LAS EXPECTATIVAS Y LA SATISFACCIÓN EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS	311
IRYNA RACHYLA; OLAIA ROYO-GRAU; MAR MOLÉS; SOLEDAD QUERO	
ATRIBUCIONES DE INTENCIÓN Y PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS EN SITUACIONES SOCIALES AMBIGUAS EN NIÑOS Y NIÑAS RECHAZADOS DE 6 AÑOS	321
CLARA RENAU ESCRIG; ENRIQUE LLIN VAÑÓ; ANDREA RUBIO BARRERA; FRANCISCO JUAN GARCÍA BACETE	
LA DANZA Y SU INFLUENCIA EN LA PERCEPCIÓN DE PLENITUD Y BIENESTAR PSICOEMOCIONAL	331
LORELCRIS RENGIFO RODRÍGUEZ; VIRGINIA CARRERO PLANES	
<i>MINDFUL EATING</i> Y ESTILOS DE INGESTA EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS	339
SERGIO RUIZ FUENTES; GINÉS LLORCA	
MADRES, MADRINAS Y VECINAS. NEUROENDOCRINOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO MATERNAL EN EL RATÓN	347
HUGO SALAIS LÓPEZ; ANA MARTÍN SÁNCHEZ; MARCOS OTERO GARCÍA; FERNANDO MARTÍNEZ GARCÍA	

SEGUIMENT I ACTUALITZACIÓ DELS MATERIALS D'AVUACIÓ PSICOLÒGICA I PSICOPEDAGÒGICA DE LA DOCIMOTECA DE LA UNIVERSITAT JAUME I	359
AIDA SANAHUJA RIBÉS; ODET MOLINER GARCÍA	
EFFECTO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LA SATISFACCIÓN SENTIMENTAL	371
MARTÍN SÁNCHEZ GÓMEZ; EDGAR BRESÓ ESTEVE	
DEPRESIÓN EN PARADOS. EL EFECTO DE LA RESILIENCIA Y EL APOYO SOCIAL	381
M ^a PILAR SOSPEDRA SOSPEDRA; NASTRA ARES ARMERO; M ^a PILAR JARA JIMÉNEZ	
EFFECTOS DE LA PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LOS PROCESOS DE MEMORIA Y APRENDIZAJE. RÉPLICA DEL EXPERIMENTO ORIGINAL DE BOWER, CLARK, LESGOLD Y WINZENZ (1969)	385
ROCÍO VÍEGAS GARCÍA; SIMONA ROMÁN; ANTONIO CABALLER MIEDES	

Aplicación de un tratamiento cognitivo-comportamental para la fibromialgia en una Unidad de Salud Mental. Un estudio piloto

LAURA ANDREU
al088063@uji.es

ADRIANA MIRA
miraa@uji.es

SARA NEBOT
nebot@uji.es

M. ÁNGELES IBÁÑEZ
mangelesib@gmail.com

AZUCENA GARCÍA-PALACIOS
azucena@uji.es

Resumen

Introducción: Una Unidad de Salud Mental (USM) es un dispositivo al que acuden con frecuencia pacientes diagnosticados de fibromialgia (FM) derivados por los servicios de atención primaria. Pese a la existencia de tratamientos cognitivo-comportamentales (TCC) específicos para la FM, en las USM no suelen instaurarse este tipo de protocolos. Los pacientes con FM suelen recibir tratamiento dirigido a las psicopatologías concomitantes pero no específicamente para la FM. Pensamos que la TCC está especialmente indicada para ser aplicada en las USM, ya que son programas de tratamiento grupales con un número limitado de sesiones, lo que resulta muy atractivo desde un punto de vista de coste-beneficio. **Metodología:** En el presente estudio, pretendemos comprobar, en forma de un estudio piloto, la posibilidad de implantar un programa de tratamiento psicológico (TCC) en grupo en una USM, con el fin de explorar si los pacientes con FM pueden lograr beneficios en variables psicológicas que impliquen una mejora en el manejo del dolor crónico y, por tanto, en la calidad de vida. En el estudio participaron 13 mujeres que recibieron la TCC en 12 sesiones. **Resultados:** Los resultados en el post-tratamiento indicaron que el impacto de la FM en la vida de las pacientes, la intensidad e interferencia de la fatiga, la interferencia del dolor y la calidad de vida mejoraron. Además aumentó la persistencia en la tarea y la búsqueda de apoyo social. **Conclusiones:** Nuestro trabajo aporta datos preliminares que apoyan la utilidad de los TCC en el tratamiento de la FM en el contexto de una USM.

Palabras clave: dolor crónico, fibromialgia, salud mental pública, terapia cognitivo-comportamental.

Abstract

Introduction: A Mental Health Unit (MHU) is a service that patients diagnosed with fibromyalgia (FM) frequently attend to. These patients are referred to the MHU from their Primary Care Centres (PCC). In spite of the existence of Cognitive Behavioural Therapies (CBT) which are specific to FM, it is not usual to establish this kind of protocols in MHU. Patients with FM generally receive treatment focused on the concurrent pathologies but not on the treatment of FM itself. We believe that CBT is particularly suitable for application in the MHU, as it is based on group treatment programs with a limited number of sessions. It seems to be very attractive from a cost-efficacy point of view. **Method:** In the present study we intend to prove, as a pilot study, the possibility of implementing a CBT in groups at USM, in order to explore whether patients with FM can achieve benefits in psychological variables as an improvement in the management of chronic pain and therefore the quality of life. 13 women participated in the study, and they all received CBT group program in 12 sessions. **Results:** The results at post-treatment indicated that the impact of FM in the lives of patients, intensity, and interference of fatigue, pain interference and quality of life improved. Task persistence and seeking social support also increased. **Conclusions:** Our study provides preliminary data supporting the utility of CBT treating FM in the context of MHU.

Keywords: chronic pain, fibromyalgia, public mental health, cognitive-behavioural therapy.

Introducción

El dolor crónico se caracteriza por ser duradero, persistente y no remitir con la aplicación de tratamiento médico habitual. Además, no tiene valor adaptativo y no existe patología orgánica de base que justifique su presencia. Según los autores Turner y Chapman (1982), el proceso de cronicidad del dolor altera al paciente tanto psicológica como fisiológicamente de manera que aparecen importantes cambios afectivos, de pensamiento y de conducta que contribuyen a perpetuar los síndromes del dolor crónico. Uno de los síndromes de dolor crónico más prevalentes es la fibromialgia (FM). Según la Sociedad Española de Reumatología (SER), la FM es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado en el aparato locomotor que en algunos casos puede llegar a ser invalidante (SER, 2001). Las personas afectadas de FM sufren dolor de manera fluctuante pero continua y persistente, de manera que implica la aparición de importantes limitaciones físicas y psicosociales que dificultan la adaptación a la enfermedad. La preocupación por la sintomatología puede convertirse en frustración, miedo y ansiedad, y en la utilización de estrategias de afrontamiento ineficaces para manejar las situaciones de dolor. La FM es una patología que afecta a las personas de todos los países y colectivos humanos. Según el estudio EPISER 2008, en España el 2,4 % de la población general mayor de 20 años presenta FM, siendo más prevalente en mujeres (4,2 %) que en hombres (0,2 %). La patogenia de la enfermedad es desconocida, sin embargo, se ha investigado sobre la hipótesis de una posible alteración en la percepción del dolor por desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central (Giralt Celiméndiz, 2010). Estas personas muestran un umbral más bajo ante el dolor.

Por toda la problemática que implica el sufrimiento del dolor crónico de la FM y por la gran repercusión a nivel psicológico que supone este tipo de dolencia, es importante invertir recursos en la investigación para mejorar la comprensión de los factores asociados al dolor crónico y poder llegar al establecimiento de procedimientos de intervención eficaces que mejoren la atención a las personas que sufren este problema. En la actualidad no existe ningún tratamiento específico curativo para la FM, sino que más bien se aplica un tratamiento de carácter paliativo en algunos casos y preventivo en otros, por lo tanto el objetivo está encaminado a mejorar el control sintomático del dolor, la repercusión emocional y en definitiva a mejorar la calidad de vida. La intervención de elección para la FM son los tratamientos interdisciplinarios multicomponentes (Flor y Turk, 2011). La TCC a través de diversas técnicas terapéuticas, intenta modificar las creencias y pensamientos que dificultan la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adecuadas para el control del dolor y que está en la base de la generación de emociones negativas y respuestas conductuales inadapadas frente al dolor (Friedberg y Jason 2001). Estudios de meta-análisis muestran los beneficios de la TCC para la FM (Glombiewski y cols., 2010). Puesto que se ha demostrado en las investigaciones científicas la utilidad de la TCC en los pacientes con FM, cabría esperar la inclusión en guías clínicas de protocolos de tratamiento psicológico que aúnen criterios y establezcan una práctica clínica multidisciplinar e integral basada en la evidencia. Sin embargo, en las USM no suelen instaurarse este tipo de protocolos. Las pacientes con FM suelen recibir tratamiento psicológico y psiquiátrico dirigido a las psicopatologías concomitantes pero no específicamente para el afrontamiento de la FM.

En el presente estudio, pretendemos comprobar, en forma de un estudio piloto, la posibilidad de implantar un programa de TCC en grupo en una USM, con el fin de explorar si los pacientes con FM pueden lograr beneficios en variables psicológicas que impliquen una mejora en el manejo del dolor crónico y por tanto en la calidad de vida.

Método

Participantes

Las participantes fueron derivadas desde la consulta del psiquiatra a la psicóloga de la USM del Centro de Salud de Rafalafena de Castellón para recibir tratamiento psicológico en grupo específico para el dolor crónico. Los criterios de admisión para incluir a las pacientes en los grupos fueron: 1) haber sido diagnosticadas de FM por un reumatólogo/a de acuerdo con los criterios de la *American College of Rheumatology* (Wolfe y cols., 1990); 2) tener entre 18 y 70 años de edad; 3) no sufrir ninguna enfermedad mental grave, tal como esquizofrenia, trastorno bipolar, retraso mental o abuso/dependencia de sustancias; 4) No sufrir una enfermedad física que pueda interferir en el desarrollo del tratamiento psicológico.

La muestra estaba compuesta de 13 mujeres con diagnóstico de FM. La media de edad de las componentes era de 50,23 años (rango = 36-66, desviación típica = 10,57). La mayoría de las participantes estaban casadas, representado el 69,2 % del total, el 14,14 % estaban separadas, el 7,7 % eran solteras y el 7,7 % eran viudas. En cuanto al nivel de estudios, el 38,5 % de las participantes tenía un nivel de estudios primarios; el 30,8 % presentaba nivel de estudios secundario y un 30,8 %, un nivel de estudios superiores.

La mayoría de las participantes presentaba un trastorno comórbido (ansiedad, estado de ánimo, somatización y personalidad dependiente) y tomaba medicación prescrita por su psiquiatra, mayoritariamente antidepresivos y ansiolíticos.

Instrumentos de evaluación

Entrevista semiestructurada sobre el dolor crónico. Recogimos información sobre las pacientes respecto a los datos generales, la historia médica, patrón actual del dolor, dolor y sueño, dolor y hábitos alimenticios y trastornos psicósomáticos.

El protocolo de evaluación se diseñó de acuerdo a las recomendaciones de IMMPACT (Dworkin y cols., 2008) e incluye las siguientes medidas de autoinforme relacionadas con el dolor y el estado de ánimo:

Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ, Burckhardt, Clark y Bennett, 1991; versión en español de Esteve-Vives, Rivera, Salvat, de Gracia y Alegre, 2007). Se compone de 10 preguntas que evalúan: capacidad para realizar ciertas tareas, número de días que se sintió bien y número de días que no pudo realizar el trabajo, interferencia del dolor, fatiga, cansancio por la mañana, rigidez, ansiedad y depresión. El FIQ es un instrumento específico para la FM, ampliamente validado (Bennet, 2005).

Inventario breve de fatiga (BFI, Anderson y cols., 2003). Evalúa el nivel de fatiga y la interferencia de la misma en las actividades diarias de los sujetos. Este instrumento muestra buenas propiedades psicométricas (Anderson y cols., 2003).

Inventario de afrontamiento del dolor crónico (CPCI, Jensen, Turner, Romano y Strom, 1995; validado en población española por García-Campayo, Pascual, Alda y González-Ramírez, 2007). Se trata de una medida de 64 ítems. Identifica las estrategias de afrontamiento que los pacientes utilizan para manejar el dolor crónico. La validación española muestra buenas propiedades psicométricas (García-Campayo y cols., 2007).

Inventario breve de dolor (BPI, Badia y cols., 2003). Está constituido por dos dimensiones básicas, la intensidad y la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria de los pacientes. La versión española del BPI cuenta con buenas propiedades psicométricas (Badia y cols., 2003).

Inventario de depresión de Beck (BDI-II, Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. La validación española ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas (Sanz y cols., 2003).

Índice de calidad de vida (QLI, Mezzich, Cohen y Ruipérez, 2000). Se trata de un autoinforme de 10 ítems. Evalúa el nivel de calidad de vida percibido por el paciente en la actualidad. Cuenta con buenas propiedades psicométricas (Mezzich y cols., 2000).

Escala de satisfacción con el tratamiento. Al finalizar el tratamiento, las pacientes hicieron una valoración del grado de satisfacción con tratamiento recibido en una escala de 0 a 10, donde 0 es nada satisfecha y 10 es muy satisfecha.

Tratamiento

El programa TCC para las pacientes con FM, se aplicó en formato grupal. Se desarrolló en 12 sesiones semanales hasta la décima sesión, siendo las dos últimas cada dos semanas. Cada sesión tenía una duración aproximada de 2 horas. Las reuniones del grupo tenían lugar en un aula o sala del Centro de Salud de Rafalafena, adaptada a las necesidades que requería cada sesión. El tratamiento multicomponente se diseñó de acuerdo a las indicaciones de autores relevantes en el tratamiento psicológico del dolor crónico y la fibromialgia como son los Dres. Dennis Turk y Mark Jensen (Flor y Turk, 2011). A lo largo de las 12 sesiones se trabajan los siguientes componentes terapéuticos: *Componente educativo:* se explica qué es el dolor crónico y justificación del importante problema de salud que supone la FM. *Mindfulness:* las

técnicas de mindfulness buscan que las experiencias sean aceptadas y vividas en su propia condición, sin ser evitadas o intentar controlarlas. *Relajación*: la relajación es una técnica fundamental que se utiliza con las pacientes para lograr reducir afecto negativo, el malestar emocional y la tensión muscular, mejorar el sueño, y lograr y mantener bienestar general. *Terapia de conducta*: El dolor reduce la resistencia a las emociones negativas y de este modo prevalecen emociones como la ansiedad, tristeza, irritabilidad, ira y culpa. Para contrarrestar estas vivencias emocionales, es fundamental construir experiencias positivas. Además se muestra como la inactividad lleva a la pérdida de masa muscular y de fuerza, y cómo ello aumenta la incapacidad física y el dolor. También se trabaja el aprender un patrón de equilibrio entre la actividad con el descanso. *Terapia cognitiva*: se incide en la relevancia de pensamientos, expectativas, actitudes, etc. en el mantenimiento del dolor y por otro lado, el papel de la atención en la percepción del dolor. *Entrenamiento en hábitos de vida saludables*: se enseñan estrategias para lograr un estilo de vida más satisfactorio (alimentación, sueño, relaciones sexuales, ejercicio físico y higiene postural). *Habilidades de comunicación*: mejorando las habilidades sociales en comunicación, podemos mejorar las relaciones sociales, la autoestima, conocer y practicar la asertividad y disminuir el estrés ante los conflictos interpersonales. *Resolución de problemas*: en el programa de tratamiento se enseña y se practica la técnica de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried. *Prevención de recaídas*: la prevención de recaídas consiste en utilizar todo lo que las pacientes han aprendido a lo largo del tratamiento para poder identificar situaciones de riesgo en el futuro.

Procedimiento

El total de la población del estudio es usuaria de la USM del Centro de Salud de Rafalafena de Castellón y llegaron a los grupos de tratamiento psicológico derivadas por sus propios psiquiatras. Cada participante fue citada a consulta de psicología para realizar la entrevista previa al inicio del tratamiento. La entrevista tenía una duración aproximada de 40 o 50 minutos. Tras explicar el curso del tratamiento, se presentó el consentimiento informado para que la paciente dejara constancia de su acuerdo y conformidad en la recepción del tratamiento. Durante la entrevista se recogieron todos los datos de interés y se presentaron todos los autoinformes que la paciente debía cumplimentar previamente al inicio del programa de tratamiento. Cada paciente rellenó un conjunto de autoinformes del protocolo de pre-tratamiento en un periodo de tiempo de una semana aproximadamente hasta el inicio del tratamiento. Las pacientes se dividieron en 2 grupos de tratamiento, uno con 7 pacientes y otro con 6 pacientes. Ambos grupos recibieron el mismo programa de tratamiento que incluyó doce sesiones de dos horas de duración aproximadamente, realizadas semanalmente hasta la décima semana, las dos últimas sesiones se llevaron a cabo con un periodo de separación de dos semanas. Después de finalizado el tratamiento se llevó a cabo una nueva evaluación mediante el protocolo post-tratamiento que también incluía la evaluación respecto a la satisfacción con el tratamiento recibido.

Resultados

Evolución de las variables clínicas: cambios pre-post tratamiento

La tabla 1 muestra la media y la desviación típica de las puntuaciones de las participantes en las variables clínicas en los dos periodos de evaluación: pre-tratamiento y post-tratamiento.

En esta misma tabla se muestran también los tamaños del efecto obtenidos mediante la «d» de Cohen. Así mismo, se ofrecen los resultados de la prueba «t» de Student.

Tabla 1
Resultados obtenidos en la comparación pre-tratamiento post-tratamiento

	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO		D DE COHEN	T	P	
	M	DT	M	DT				
FIQ	57,92	14,98	37,88	21,21	1,09	3,45	0,005	
BDI	19,64	8,32	17,38	9,08	0,26	0,71	0,491	
QLI	4,46	1,09	5,25	1,29	-0,66	-2,93	0,015	
BFI intens.	21,54	5,25	12,46	5,14	1,75	4,63	0,001	
BFI interf.	42,15	11,69	19,54	8,67	2,19	4,88	0,000	
BFI intens.	20,08	5,95	19,77	6,49	0,049	0,22	0,827	
BFI interf.	42,61	11,28	32,08	14,33	0,817	3,42	0,005	
CPCI	Vigilancia	3,49	1,22	2,67	0,75	0,80	2,50	0,028
	Descanso	3,68	1,56	3,31	1,19	0,26	0,61	0,553
	Pedir ayuda	2,83	1,20	2,59	1,32	0,18	0,82	0,425
	Relajación	2,92	1,53	3,38	1,74	-0,28	-1,52	0,155
	Persistencia en la tarea	3,31	1,38	4,49	1,81	-0,73	-3,36	0,006
	Ejercicio	3,14	2,11	3,29	1,78	-0,07	-0,38	0,713
	Autoafirmaciones de afrontamiento	2,79	1,98	3,24	1,97	-0,23	-1,53	0,152
	Búsqueda de apoyo social	1,60	1,17	2,17	1,28	-0,46	-2,49	0,028

Nota. M = media; d. t. = desviación típica; FIQ = Cuestionario de impacto de la fibromialgia; BDI = Inventario de Depresión de Beck; QLI = Índice de Calidad de Vida; BFI intens. = Inventario Breve de Fatiga (Intensidad); BFI interf. = Inventario Breve de Fatiga (Interferencia); BPI intens. = Inventario Breve de Dolor (Intensidad); BPI interf. = Inventario Breve de Dolor (Interferencia); CPCI = Inventario de Afrontamiento del dolor crónico.

Los resultados muestran una disminución significativa del impacto de la FM en la vida de las pacientes en el post-tratamiento, con un tamaño del efecto elevado. A esto se suma que tanto la intensidad como la interferencia de la fatiga en la realización de las actividades se ven disminuidas con un tamaño del efecto elevado. Además, se observa una disminución en la puntuación de la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria en el post-tratamiento con un tamaño del efecto moderado-elevado. En cuanto a la percepción de la calidad de vida, aparece una mejora significativa en las puntuaciones, con un tamaño del efecto moderado. Los resultados en relación al uso de estrategias de afrontamiento, van en la dirección de lo esperado y cabe destacar la obtención de algunas diferencias significativas: una disminución en la puntuación respecto al nivel de vigilancia en el post-tratamiento con un tamaño del efecto moderado-elevado, un aumento en la puntuación respecto a la persistencia en la tarea, con un tamaño del efecto moderado y un aumento en la puntuación de la estrategia de búsqueda de apoyo social, siendo el tamaño del efecto moderado.

Satisfacción con el tratamiento

Las participantes calificaron su nivel de satisfacción con el TCC recibido en una escala de 0 a 10, de 8,9 con un rango entre 7 y 10.

Discusión y conclusiones

Los resultados indican que el programa produjo mejoras en algunas de las principales variables relacionadas con la FM. Además el programa fue bien aceptado por todas las participantes, las cuales informaron de altos niveles de satisfacción.

Las pacientes mejoran sus puntuaciones en el instrumento FIQ en el post-tratamiento. Este puede considerarse uno de los resultados más importantes, puesto que indica que hay una mejora en el impacto de la FM en la vida de las pacientes. Esto indica un progreso en el tratamiento de la FM, ya que supone una mejoría de la interferencia del dolor, en la capacidad para realizar diversas actividades o tareas, pero también una mejoría de la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y la depresión.

Las personas que padecen FM sienten fatiga y esta constituye uno de los síntomas más comunes y problemáticos. Se ha demostrado que está presente entre el 78 y el 94 % de los pacientes (Wolfe y cols., 1990). Nuestros resultados muestran una disminución significativa tanto en la interferencia como en la intensidad de la fatiga que sienten una vez finalizado el tratamiento. Sus puntuaciones en el pre-tratamiento son bastante elevadas, lo cual indica que este síntoma tenía un peso importante. Por tanto, este resultado evidencia una mejora notable en uno de los síntomas que provoca mayores dificultades en la FM.

El dolor generalizado es el síntoma cardinal de la FM y su presencia es esencial para el diagnóstico. En los resultados del presente estudio no se observan cambios significativos en la intensidad del dolor; sin embargo, aparece una mejora en cuanto a la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria. Este cambio podría atribuirse a una mejora en el aprendizaje del manejo del dolor. Aunque las pacientes sigan sintiendo el dolor con una intensidad similar, pueden haber aprendido habilidades que les ayuden a afrontar el dolor de modo que no interfiera tanto en el desarrollo habitual de sus vidas.

Uno de los objetivos primordiales de la TCC es aumentar el uso de las estrategias de afrontamiento para mejorar el afrontamiento del dolor y otros síntomas, y que estos tengan la menor repercusión posible en las vidas de las pacientes. Dichas estrategias fueron medidas

mediante el CPCI. Los resultados indicaron que los cambios iban en la dirección esperada. Se produjo un aumento significativo en la variable de *persistencia en la tarea*, lo cual puede indicar que las pacientes no abandonan las actividades que emprenden con tanta prontitud a pesar del dolor. Además, a pesar de no ser considerados cambios significativos, se observa en los resultados un aumento en la variable que mide la utilización de la *relajación* como estrategia de afrontamiento, un aumento en la realización de *ejercicio* y un aumento en la utilización de *autoafirmaciones*, después del programa de tratamiento. El CPCI también incluye la evaluación de estrategias consideradas como negativas o no saludables, estas son: *vigilancia*, *descanso*, *pedir ayuda*. En los resultados se observa, solamente una disminución significativa en la *vigilancia*. Esta variable evalúa en qué medida las pacientes están pendientes de sus propios síntomas, por tanto una disminución es importante, ya que favorece el avance en la adaptación a la enfermedad y refleja el aprendizaje de habilidades que cambien el foco de atención. Por otro lado, cabe destacar la mejora en los resultados de la estrategia de *búsqueda de apoyo social*, puesto que en muchas de las pacientes con FM se observa una falta de habilidades sociales y de asertividad para comunicarse con familiares y amigos, que puede interferir a la hora de solicitar ayuda si se encuentran en un momento de dolor. Además, es muy importante la mejora en la percepción de la calidad de vida, puesto que puede indicar que las pacientes valoran que su vida ha mejorado en aspectos como el bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, etc. Estudios como el de Gormsen, Rosenberg, Bach y Jensen (2010), muestran que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad se encuentran relacionados con la FM y ejercen un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Por tanto, una mejora en esta variable puede influir de forma positiva en la evolución del trastorno psiquiátrico.

En cuanto a la evaluación de la sintomatología depresiva, los cambios en las puntuaciones del BDI entre el pre y post-tratamiento no son significativos. Sin embargo, debemos tener presente que partimos de un tipo de población específica que cuenta con un diagnóstico psicopatológico, mayoritariamente trastornos del estado de ánimo y que están recibiendo tratamiento psiquiátrico de forma paralela al desarrollo del programa de tratamiento psicológico. En el pre-tratamiento la media de la puntuación en el BDI fue 19,64 (d. t. = 8,32) y en el post-tratamiento la media fue 17,38 (d. t. = 9,08). Las bajas puntuaciones en el BDI en el pre-tratamiento pueden ser debidas al tratamiento psicofarmacológico que estas pacientes reciben en la misma USM.

El trabajo que presentamos no está exento de algunas limitaciones que cabe mencionar. A pesar de que los resultados del presente estudio muestran que el TCC para la FM aplicado en una USM ha sido muy útil en la mejora de algunas variables, se tiene que tener en cuenta que se trata de un estudio piloto con una muestra pequeña. Es necesario realizar estudios con muestras mayores y sobre todo con la existencia de un grupo control de comparación que no haya participado del TCC para extraer conclusiones definitivas. Otra limitación es la falta de una evaluación de seguimiento para comprobar si la mejoría se mantiene en el tiempo.

No obstante, a pesar de las limitaciones, consideramos que estudios como el nuestro son necesarios en la investigación clínica como previos a los ensayos clínicos comparativos controlados. Este tipo de estudios son muy importantes para abrir nuevas líneas de investigación y se acercan más a las condiciones clínicas habituales y, por lo tanto, priorizan la validez externa. En este caso puede ser francamente valioso, puesto que es necesario comprobar la utilidad de programas psicológicos para la FM de un modo que sea realmente factible y pueda llevarse al terreno de la práctica clínica diaria en la atención sanitaria de los pacientes con FM, como es en el contexto de los dispositivos de la salud mental pública.

Referencias bibliográficas

- Anderson, K. O., Getto, C. J. y Mendoza, T. R. (2003). Fatigue and Sleep Disturbance in Patients with Cancer, Patients with Clinical Depression, and Community-Dwelling Adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 104, 771-776.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Núñez-Olarte, J. M., Perulero, N., Gálvez, R., Carulla, J. y Cleeland, C. S. (2003). Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Medicina Clínica*, 120, 52-59.
- Bennet, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23, S154-S162.
- Burckhardt, C. S., Clarck, S. R. y Bennett, R. M. (1993). Fibromyalgia and Quality of Life: a Comparisons Analysis. *Journal of Reumatology*, 20, 475-479.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, ... Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Journal of Pain*, 9, 105-121.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, I., de Gracia, M. y Alegre, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3, 21-24.
- Flor, H. y Turk, D. C. (2011). *Chronic pain. An integrated biobehavioral approach*. Seattle: IASP Press.
- Friedberg, F. y Jason, L. A. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of clinical psychology*, 57, 433-55.
- García-Campayo J., Pascual A., Alda M., y González-Ramírez M. T. (2007). Coping with fibromyalgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*, 132, 68-76.
- Giralt Celiméndiz, P. (2010). El dolor en la fibromialgia. *Revista de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica*.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. y Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F., W. y Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14, 127- e1.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. y Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203-216.
- Mas, A. J.; Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. y EPISER Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and experimental rheumatology*, 26, 519-526.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous And Mental Disease*, 188, 301-305.
- 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.
- Sociedad Española de Reumatología (2001). Estudio EPISER. *Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.

- Turner, J. A. y Chapman, C. R. (1982). Psychological interventions for chronic pain: A critical review. I. Relaxation training and biofeedback. *Pain*, 12, 1-21.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Peter Tugwell, M. D. ... Sheon, M. D. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.

Métodos inmunológicos para la detección de cambios en el sistema dopaminérgico: *western blot* y neurohistología para la detección de DARPP-32

SERGIO ARTÉS ROMÁN
al260572@uji.es

LAURA LÓPEZ CRUZ
lcruz@uji.es

LIDÓN MONFERRER SALES
lmonferr@uji.es

Resumen

La detección de cambios en los niveles de un neurotransmisor, como la dopamina o de su cascada metabotrópica que se inicia con la activación de sus receptores tras la realización de una conducta o un tratamiento farmacológico en estructuras cerebrales concretas, puede ser realizada con técnicas inmunológicas. Los métodos inmunológicos en general se fundamentan en la utilización de anticuerpos específicos para el marcaje de una proteína concreta. En el caso de que se quiera localizar la proteína en áreas o neuronas concretas por inmunohistología, los anticuerpos unidos a enzimas (peroxidasa o fosfatasa) o a fluorocromos aplicados a cortes histológicos de cerebro, se unen a la proteína antigénica de interés permitiendo su marcaje mediante una reacción colorimétrica o emisión de fluorescencia, respectivamente. Esta técnica nos ofrece la oportunidad de realizar un mapeado cerebral y observar en qué regiones la proteína de interés está presente y en qué medida. Por ejemplo, se han utilizado estas técnicas para el marcaje y/o cuantificación de algunos marcadores dopaminérgicos, como el DARPP-32, en el núcleo *accumbens*. Además, esa proteína puede ser cuantificada mediante la técnica *western blot* (WB). El WB requiere de la homogeneización del tejido, desnaturalización de proteínas y su separación por peso molecular mediante electroforesis y da como resultado una reacción quimioluminiscente detectable por una película fotográfica. Ambas técnicas son complementarias, pues ofrecen información de localización y permiten cuantificar la proteína.

Palabras clave: *western blot*, DARPP-32, inmunohistoquímica, dopamina.

Abstract

Detecting changes in the levels of a neurotransmitter such as dopamine or changes in the metabotropic cascade initiated by the activation of its receptors in specific brain structures after performing a behavior or receiving a specific drug therapy, can be accomplished with immunological techniques. Immunochemical methods are based on

the affinity of antibodies for a particular protein. The antibodies are bound to a marker that provides color or fluorescence. In the immunohistological methods, after the antibody is applied to a specific brain section where the antigenic protein is localized, neurons containing the targeted protein show the color or fluorescence, and they can be identified and quantified by microscopy and imaging processing techniques. For example, these techniques have been used for the localization and quantification of some dopaminergic markers such as DARPP-32, in the nucleus accumbens. This protein can be quantified also by western blotting (WB). The WB requires tissue homogenization, protein denaturalization and separation of proteins by molecular weight with electrophoresis, and results in a detectable chemiluminescent reaction by an X-ray film. Both techniques complement each other providing information about localization, as well as quantity of protein present in the tissue.

Keywords: western blot, DARPP-32, immunochemistry, dopamine.

Introducción

Las técnicas histológicas permiten obtener información anatómica sobre los detalles de una zona concreta del cerebro con el fin de determinar diversos objetivos. Para realizar un análisis histológico de un tejido se llevan a cabo varios procesos (Patel y Aria, 1995), cuyo objetivo final es facilitar la visualización de los componentes de esa parte del tejido.

La detección de ciertas moléculas, puede utilizarse para determinar la composición química de las neuronas y así describir el tipo neuronal que compone un núcleo concreto. También puede utilizarse como un índice de activación neuronal y puede ayudarnos a la localización de sistemas funcionales. Los ensayos bioquímicos están dirigidos a detectar sustancias concretas basándose en las interacciones antígeno-anticuerpo. Existe una gran variedad de métodos derivados de esta propiedad que utilizan diferentes tipos de detección: por radioactividad, colorimetría o fluorescencia.

Los métodos inmunohistoquímicos se fundamentan en el uso de anticuerpos para la detección de una proteína concreta con la finalidad de obtener con precisión la distribución de ésta en el sistema nervioso o cualquier tejido. Los anticuerpos, que pueden estar unidos a un enzima que cataliza una reacción de color o directamente a una molécula fluorescente o radiactiva, son incubados en cortes histológicos de cerebro (o de otro tejido) de cualquier especie, pudiéndose observar su unión a la proteína antigénica en el tejido nervioso y poniendo así de relieve las zonas cerebrales que contienen la proteína estudiada (Watson y Cullinan, 1995).

El *western blot* y las técnicas de neurohistoquímica a menudo se utilizan para el marcaje de proteínas específicas en una región cerebral o para saber si en una neurona se ha traducido una determinada proteína. Estas técnicas pueden ser utilizadas independientemente o de manera complementaria según el objetivo a conseguir. Si la finalidad es saber qué cantidad de proteína existe en una determinada zona cerebral homogenada se puede utilizar el *western blot*. Si partimos de un tejido y el objetivo es la localización o mapeado cerebral de la presencia de una proteína específica, la inmunohistoquímica proporciona la posibilidad de visualizar, localizar y cuantificar dicha proteína.

El objetivo de este trabajo es estudiar ambas técnicas por separado, resaltando la idoneidad de utilizar una u otra. Además, se exponen los pasos en los que consisten cada una de las técnicas. Se tratará de saber el porqué y el cómo se realizan en un laboratorio.

Método

La metodología neurohistoquímica comienza por la extracción del tejido. Con el objetivo de conservarlo y mantener intactas las proteínas de interés, se procede a la fijación. En este paso se conserva la morfología de las células, la organización química y su composición, alterándolas lo menos posible evitando su descomposición por bacterias o enzimas endógenas. El fijador utilizado más comúnmente es la formalina.

El siguiente paso consiste en el endurecimiento del tejido nervioso para darle consistencia y poder ser cortado. Se pueden utilizar distintos procedimientos, destacando la congelación del tejido o su inclusión en parafina.

Una vez endurecido, es posible realizar el corte del mismo en secciones muy finas para lo cual se utiliza el micrótopo que permite obtener secciones de un grosor controlado. El grosor del corte depende de la técnica que vaya a realizarse a posteriori. Por ejemplo, si el tejido se está preparando para su observación con microscopio óptico (de 10 a 100 μm) o electrónico (1 μm).

Los tejidos una vez cortados son sometidos a lavados y se incuban con el anticuerpo primario. Una vez se ha incubado el anticuerpo primario, se realizan lavados para el exceso de anticuerpo que no haya sido adherido a los antígenos específicos. Hay que tener en cuenta que en la siguiente fase, se incuba el anticuerpo secundario y éste se unirá exclusivamente al anticuerpo primario. El anticuerpo secundario contiene un polímero de enzimas al que se unirá el cromógeno para poderse ver en microscopía (figura 1). El cromógeno más utilizado para este tipo de inmunohistoquímica es la di-amino-bencidina (DAB), que proporciona un color marrón cuando reacciona con las enzimas adheridas al anticuerpo secundario (figura 4, A y B).

Tras el marcaje de la proteína de interés puede realizarse la tinción del tejido solo en el caso de ser necesario. La tinción utilizada dependerá del tipo de células o estructuras celulares que se desee ver en el microscopio.

Los tejidos preparados mediante esta técnica pueden visualizarse con el microscopio óptico. Cuando estos microscopios se asocian a fotodetectores y sistemas informatizados de análisis de imagen, además de la visualización se hace posible la cuantificación. Puede utilizarse el microscopio electrónico de transmisión o el microscopio electrónico de barrido, que proporciona imágenes tridimensionales. En el caso de utilizar un fluorocromo adherido al anticuerpo secundario y la reacción final resultante fuera una reacción fluorescente se utilizaría un microscopio confocal para su visualización (figura 4, C y D).

Las técnicas inmunohistoquímicas comentadas nos permiten hacer un rastreo anatómico de en qué lugares y en qué neuronas se sintetiza más o menos una proteína determinada. Como por ejemplo la proteína DARPP-32. Sin embargo, si lo que queremos es cuantificar proteínas sin tener esta especificidad regional, el *western blot* (WB) puede darnos esa información.

El primer paso a realizar, al igual que en la inmunohistoquímica, es la extracción del área en cuestión. En este caso no se requieren de los procesos de fijación, inclusión y corte como en las técnicas inmunohistoquímicas, sino que se extrae el tejido en «fresco» y se selecciona el área a explorar. Posteriormente, la muestra se homogeneiza en un tampón de lisis que permite extraer las proteínas de interés del tejido, así como bloquear enzimas que podrían degradar la muestra. El homogenado resultante se centrifuga y se obtiene un sobrenadante en el que se encuentran las proteínas (figura 2).

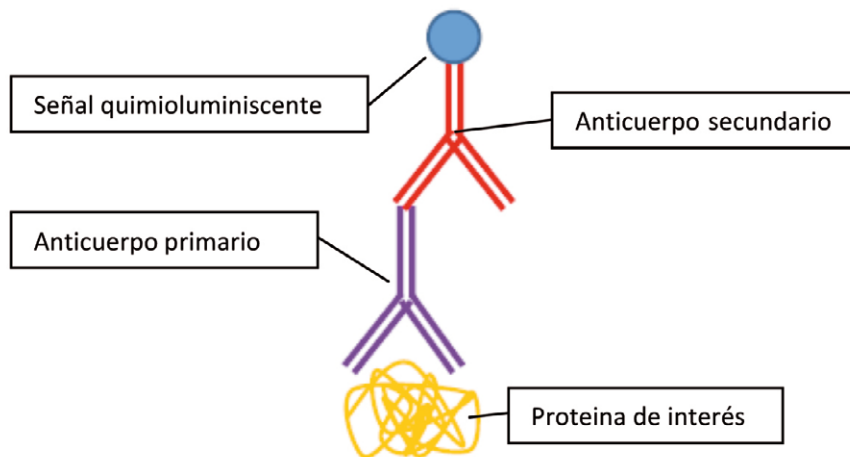


Figura 1. Incubación de Ac1 y Ac2 con señal quimioluminiscente o colorimétrica dependiendo de la técnica

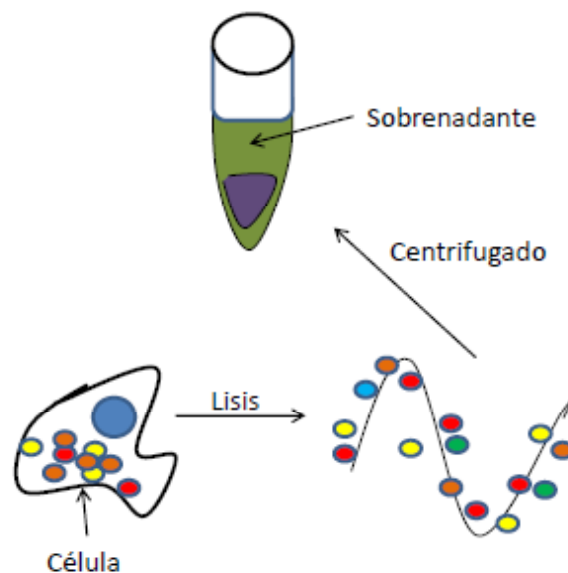


Figura 2. Homogeneización del tejido

Una vez homogenada la muestra, se cuantifican las concentraciones de las proteínas que cada una de nuestras muestras tiene. Este paso se realiza para conocer con qué cantidad de cada muestra deberemos trabajar para partir de muestras con cantidad de proteína equivalente. En esta fase se utiliza un espectrofotómetro y se emplea el método Bradford (1976).

Posteriormente, cada muestra es sometida a electroforesis. En esta fase es necesario un tampón de carga y un gel de acrilamida entre otros muchos componentes. Cada una de las muestras se vierte de forma controlada dentro del gel que gracias a su composición contiene unos poros que permiten el paso de las proteínas haciendo que éstas se ordenen por su peso molecular. De este modo, las moléculas más grandes se quedarán en lugares más ascendentes y, por el contrario, las más pequeñas, llegarán al fondo. El movimiento y la separación de las proteínas por el gel se consigue otorgándoles una carga negativa (al mezclarlas con el

tampón de carga) y aplicándoles una corriente eléctrica. En el extremo superior del gel se sitúa el ánodo y en el inferior el cátodo. De esta manera, las proteínas cargadas de forma negativa y cada una de ellas con un peso molecular diferente se desplazarán hacia abajo atraídas por la fuerza del cátodo (figura 3).

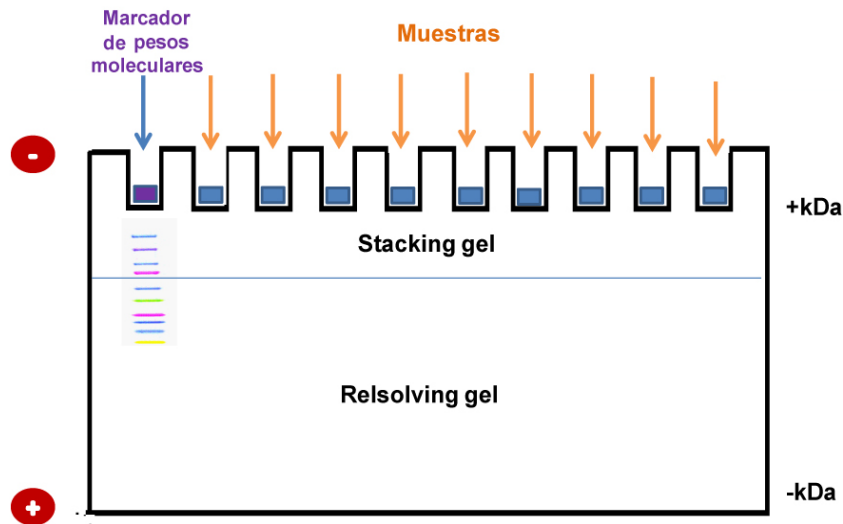


Figura 3. Electroforesis

Tras la electroforesis las proteínas se habrán separado en filas dependiendo del peso molecular. Gracias a que nuestra proteína de interés tiene un peso molecular conocido (por ejemplo, 32 kDa en el caso de la proteína DARPP-32), y a que junto a las muestras hemos introducido un marcador de pesos moleculares (que nos sirve de guía para saber la localización de proteínas de diferente peso por el gel), podemos saber en qué parte del gel se sitúan nuestras proteínas de interés.

Una vez localizada nuestra proteína de interés en el gel, se realiza la transferencia con la finalidad de darle a las proteínas un soporte sólido en el que situarse. La transferencia consiste en el paso de las proteínas del gel a una membrana de nitrocelulosa o PVDF. A partir de aquí, el proceso se asemeja a la de la inmunohistoquímica en tanto que se realizan los bloqueos de inespecificidades, se incuba el anticuerpo primario, se realizan sucesivos lavados y se incuba el secundario. Sin embargo, para la detección y visualización de las proteínas, la reacción final es una reacción inmunoluminescente. El anticuerpo secundario está adherido a un enzima de peroxidasa de rábano (HR; *horseradish peroxidase*). Estas proteínas reaccionan con un sustrato quiminoluminescente (ECL) produciendo una reacción luminosa (figura 1). De esta manera las proteínas de interés, detectadas por la cadena anticuerpo primario-anticuerpo secundario-HR, se visualizan como bandas luminosas.

Con el objetivo de cuantificar estas bandas luminosas se procede al revelado mediante papel fotográfico, en el que revelarán las bandas, obteniendo un patrón de manchas oscuras. La intensidad de estas marcas será indicativa de la cantidad de proteína de interés que hay en una de las muestras con las que hemos trabajado. A diferencia de las técnicas inmunohistoquímicas, no se precisará de microscopía para su visualización. De esta manera, siguiendo con los

ejemplos de marcadores dopaminérgicos, sabremos si ante una manipulación determinada, la síntesis de proteína DARPP-32 se ve incrementada o reducida, en comparación con otras manipulaciones en una región cerebral concreta (figura 5).

Resultados

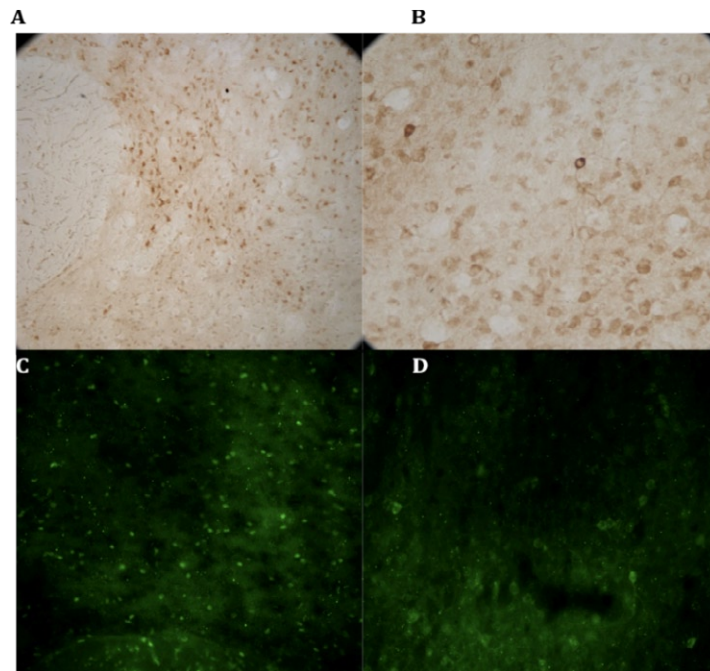


Figura 4. Marcaje de DARPP-32 en el núcleo *accumbens core* mediante inmunohistoquímica en animal que ha recibido antagonista dopaminérgico. A y B, marcaje con color; B y C, marcaje con fluorescencia. Fotos tomadas con objetivo 40X. (Randall y cols., 2012, 2014)

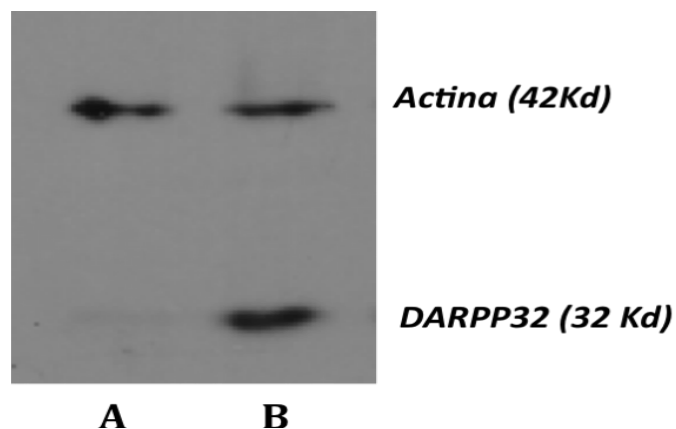


Figura 5. Cuantificación de DARPP-32 en el estriado mediante *western blot*. A) muestra procedente del animal control, B) muestra procedente de animal tratado con depletor dopaminérgico (López-Cruz y cols., 2015)

Discusión y conclusiones

Mediante la inmunohistoquímica se identifican las neuronas en las cuales se ha marcado la proteína de interés. Ésta, a su vez, se puede cuantificar mediante la visualización al microscopio gracias a la reacción final, colora (figura 4, A y B) o fluorescente (figura 4, C y D). Ello permite identificar áreas cerebrales muy concretas donde la proteína se ha sintetizado. Sin embargo, la cuantificación no alude a la cantidad de proteínas sino a la cantidad de neuronas que la han expresado.

El WB es una técnica que se utiliza para la cuantificación de proteínas específicas que se expresen en un tejido concreto, en este caso el DARPP-32 (figura 5). No obstante, la localización es menos precisa, ya que se utiliza una muestra cerebral de una región concreta homogeneizada.

En la práctica, resulta igual de importante tanto saber qué cantidad de proteína se ha expresado como indicar la región cerebral en cuestión. Por ello, pueden utilizarse ambas técnicas como complementarias.

Referencias

- Bradford, M. M. (1976). A rapid and sensitive method for the quantitation of microgram quantities of protein utilizing the principle of protein-dye binding. *Analytical Biochemistry*, 72, 248-54.
- López-Cruz, L., San Miguel, N., Carratalá, C., Monferrer, L., Correa, M. y Salamone J. D. (2015, julio). Shift from activity-based to sedentary sources of reward in a decision making task for mice: dopamine depletion and adenosine antagonism en el Primer Congreso Internacional de Psicobiología, Oviedo, España.
- Patel H. R. y Arya, M. (2007). Inmunohistochemistry. *Basic science techniques in clinical practice*. (pp. 18-31). Londres: Springer.
- Randall, P. A., Lee, C. A., Podurciel, S. J., Hart, E., Yohn, S. E., Jones, M., ... y Salamone, J. D. (2014). Bupropion increases selection of high effort activity in rats tested on a progressive ratio/chow feeding choice procedure: implications for treatment of effort-related motivational symptoms. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 18(2). doi: 10.1093/ijnp/pyu017.
- Randall, P. A., Pardo, M., Nunes, E. J., López-Cruz, L., Vemuri, V. K., Makriyannis, A., ... y Salamone, J. D. (2012). Dopaminergic modulation of effort-related choice behavior as assessed by a progressive ratio chow feeding choice task: Pharmacological studies and the role of individual differences. *PLoS ONE*, 7, e47934.
- Watson, S. T. y William, E. C. (2000) Cytology and Circuitry. *Psychopharmacology - 4th Generation of Progress*, <http://www.acnp.org/g4/GN401000003/Default.htm>.

Estrategias en la regulación emocional en la comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos alimentarios

MARTA BADENES-SASTRE
al225795@uji.es

MARÍA VICENTA NAVARRO
mrnavarro@gmail.com

AZUCENA GARCÍA-PALACIOS
azucena@uji.es

Resumen

Introducción: La regulación emocional puede definirse como un proceso dirigido a influenciar la intensidad, duración y tipo de emociones experimentadas. Las dificultades en regulación emocional suponen una dimensión psicopatológica que aparece en distintos trastornos, siendo el trastorno límite de la personalidad (TLP) uno de los paradigmas de la desregulación emocional persistente. Las conductas límite (autolesiones, consumo de sustancias, conductas alimentarias patológicas, etc.) se pueden conceptualizar como intentos desadaptativos de regular el afecto intenso. Estas conductas límite llegan a convertirse en trastornos en sí mismos, como es el caso de los trastornos alimentarios. Las características de la anorexia nerviosa (AN) hacen pensar en estrategias relacionadas con la evitación y supresión emocional, y las características de la bulimia nerviosa (BN) hacen pensar en estrategias más relacionadas con la falta de control y la impulsividad. Desde el modelo de regulación emocional de Gross (1998) se proponen dos estrategias de regulación emocional, la reevaluación y la supresión. Desde esta perspectiva, hipotetizamos que las personas con comorbilidad TLP y AN utilizarán con más frecuencia la estrategia de la supresión que las pacientes con TLP y BN. **Método:** 42 mujeres diagnosticadas de TLP (18 con AN y 24 con BN) rellenaron el cuestionario de regulación emocional (ERQ, Gross y John, 2003). Se llevaron a cabo pruebas *t* para determinar las diferencias en reevaluación y supresión entre TLP+AN y TLP+BN. **Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre TLP+AN y TLP+BN en la escala de reevaluación. Sin embargo, las pacientes TLP+AN presentaban una puntuación significativamente mayor que las pacientes con TLP+BN en supresión. **Conclusiones:** Estos resultados podrían indicar que las conductas anoréxicas en el marco del TLP responden a estrategias de regulación emocional relacionadas con la supresión. Este hallazgo podría ayudar a diseñar estrategias terapéuticas más personalizadas que se dirigieran al tratamiento de la supresión emocional.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, trastornos alimentarios, regulación emocional, reevaluación y supresión.

Abstract

Introduction: Emotion regulation may be defined as a process directed to influence the intensity, duration and type of emotion experienced. Emotion dysregulation is a psychopathological dimension common to several disorders, being borderline personality disorder (BPD) the paradigm of pervasive emotion dysregulation. Borderline behaviors (self-harm, substance abuse, pathologic eating behaviors, etc.) can be conceptualized as maladaptive attempts of regulating intense emotions. These borderline behaviors become disorders like eating disorders. The features of anorexia nervosa (AN) seem more related to emotion avoidance and suppression, and the features of bulimia nervosa (BN) seem more related to lack of control and impulsivity. From the emotion regulation model developed by Gross (1998), two emotion regulation strategies are proposed: reappraisal and suppression. From this perspective our hypothesis is that individuals with BPD+AN comorbidity will use more the suppression strategy than individuals with BPD+BN comorbidity. **Method:** Forty two women with a BPD diagnosis (18 with AN and 24 with BN) filled out the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ, Gross y John, 2003). Student *t* test were carried out in order to determine differences in emotion regulation strategies between BPD+AN and BPD+BN. **Results:** There were no significant differences between BPD+AN and BPD+BN in reappraisal. However, BPD+AN patients scored significantly higher in suppression than BPD+BN. **Conclusions:** These results could indicate that AN behaviors in the context of BPD could be maladaptive emotion regulation strategies related to emotion suppression. This finding could help to design more personalized therapeutic strategies addressed to the treatment of emotion suppression.

Keywords: Borderline personality disorder, eating disorders, emotion regulation, reappraisal, suppression.

Introducción

La personalidad es una organización más o menos estable y duradera del carácter (conducta conativa), temperamento (afecto), intelecto (cognición) y físico (configuración corporal y dotación neuroendocrina) de una persona que determina su adaptación única al ambiente (Eysenk y Eysenk, 1985). Actualmente, los trastornos de personalidad (TP) representan uno de los problemas más complejos y desafiantes para los clínicos (Caballo, Iruña y López-Gollonet, 2006), pues se caracterizan por tener patrones de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas desadaptativos, y con inicio muy temprano, perpetuándose a lo largo del tiempo en distintas situaciones (Caballo, Salazar e Iruña, 2014).

Según el DSM-5 (APA, 2013) encontramos diferentes tipos de TP. Concretamente, el trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón de inestabilidad general en las relaciones interpersonales, imagen de uno mismo y afectividad, y presencia de una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. Este trastorno afecta a un 2 % de la población general y entre un 30-60 % de la población clínica, siendo el diagnóstico más presente en mujeres (75 %).

No obstante, a la hora de diagnosticar un TLP hay que ser cautelosos, pues en numerosas ocasiones puede solaparse con otros trastornos de la personalidad como el histriónico, dependiente, antisocial y esquizotípico, y puede aparecer junto con otro tipo de trastornos

mentales como el consumo de sustancias psicoactivas, trastornos alimentarios, trastornos del control de impulsos, trastornos de déficit de atención y trastorno de estrés postraumático (Caballo, Salazar e Irurtia, 2014). De hecho, la comorbilidad entre los TP y los TCA es alta, pues Garner (1993) estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con TCA oscila entre el 53 % y el 93 %. Más recientemente, Echeburúa y Marañón (2001) estimaron una comorbilidad general entre TCA y TP entre el 20-80 %

Cuando hablamos de regulación emocional (RE) hacemos referencia a la estrategia dirigida al mantenimiento, aumento o supresión de un estado afectivo en curso (Silva, 2005). Gross (1998) propone dos estrategias de regulación emocional principales, la reevaluación (dar significado no emocional a un evento) y la supresión (control de la respuesta somática de la emoción).

Gross y John (2003) hablaban de la reevaluación cognitiva y la supresión como los dos grandes estrategias que intervienen en la regulación emocional, entendiendo la reevaluación cognitiva como la modificación del proceso del surgimiento de la emoción que permite generar cambios en el impacto de ésta sobre la persona y la supresión como el modulador de la respuesta del individuo que inhibe la expresión de la respuesta emocional. Ambas estrategias pueden ocurrir en diferentes momentos dentro del proceso de surgimiento de la emoción. Concretamente, la reevaluación cognitiva se centra en los procesos antecedentes de la respuesta emocional, ocurriendo antes de que las tendencias de acción la hayan generado. Por otro lado, la supresión modifica el aspecto comportamental de las tendencias de acción, cambiando la forma de expresar las emociones pero sin modificar la naturaleza de las mismas.

De esta forma, Gross y John (2003) desarrollaron un modelo de explicación de la autorregulación emocional en población general desde la selección y/o modificación de la situación (evitando o modificando la situación que podría causar la experiencia emocional negativa), la modificación de la atención (enfocándola hacia alguna actividad que cambie nuestro estado emocional), modificación de la evaluación (cambiando la interpretación de la situación o de otros elementos) y la supresión de la expresividad (como una forma de modular la respuesta emocional).

El problema de la desregulación emocional es algo presente tanto en el TLP como en los TCA. En los TCA, Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure (2010) afirman que las emociones juegan un papel fundamental, ya que tienen particularmente problemas en regular sus emociones y parece que no son capaces de utilizar una estrategia de regulación emocional adaptativa.

En cuanto a los trastornos de conducta de alimentación, el DSM-5 (APA, 2013) los incluye dentro de una entidad diagnóstica propia entre los trastornos de síntomas somáticos y de eliminación e incluye el trastorno por atracón dentro de esta categoría. Además, diferencia *anorexia nerviosa* (AN) y *bulimia nerviosa* (BN), pero indica que ambos coinciden en que la persona intenta controlar su peso corporal mostrando una conducta alterada.

En la actualidad se están llevando a cabo estudios que pretenden relacionar los TCA con la personalidad, mostrando sus resultados unos patrones de comportamiento específicos y diferenciados entre pacientes con AN y BN, caracterizándose las primeras por rasgos perfeccionistas, obsesivos, compulsivos, evitación al daño y baja tendencia a la búsqueda de novedad, mientras que las segundas suelen mostrar mayor impulsividad e inestabilidad emocional, presentando en menor medida perfeccionismo y características obsesivas (Perpiñá, 2014). Strober, Salkin, Burroughs y Morrell (1982) ya apuntaban que las personas con BN se caracterizaban por una baja tolerancia a la frustración y déficit en el control de impulsos, mientras que las personas con AN mostraban inflexibilidad y una necesidad de control estricto.

Algunos trabajos han encontrado que pacientes con TLP+BN mantienen una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, mayores dificultades de integración social y un mayor número de intentos de suicidio (Steiger y Stotland, 1996).

Fairburn (2009) elaboró una teoría transdiagnóstica para los TCA, en la que afirmaba que la baja autoestima, intolerancia a las emociones y dificultades interpersonales son mecanismos comunes implicados tanto en AN como en BN, y que se encuentran articulados alrededor de esquemas disfuncionales relacionados con la sobrevaloración del cuerpo y la comida (y su relación con la pérdida de control) y el perfeccionismo. En base a esta teoría, proponía que debemos considerar a ambas patologías alimentarias con raíces comunes e interaccionadas, generalizando esta perspectiva transdiagnóstica a un tratamiento común que tenga en cuenta las cogniciones, emociones y conductas nucleares en ambos trastornos con independencia del diagnóstico.

Además de esto, Fairburn (2008) afirmaba que la migración de diagnósticos dentro de los TCA no ocurre al azar, sino que se debe a que la restricción de la ingesta inicial acaba rompiéndose por episodios de atracones debidos a la dificultad para mantener el control sobre una dieta rígida y demandante, entendiendo esto como una evolución dentro de un mismo trastorno alimentario y no como el desarrollo de otro distinto. De hecho, la mitad de las personas con AN acaba desarrollando BN (Fairburn y Harrison, 2003).

No obstante, es importante prestar atención a estas diferencias entre AN y BN, ya que pueden ser de relevancia a la hora de comprobar si sus mecanismos de regulación emocional son los mismos o difieren, pues a pesar de que ambos trastornos están relacionados con la alimentación, el trasfondo de éste y la forma de actuar frente a él es distinta.

En base a esto, podemos hipotetizar que las personas con comorbilidad TLP y AN utilizarán más frecuentemente la estrategia de supresión que las pacientes con TLP y BN.

El objetivo general fue comprobar si habían diferencias significativas en la forma de regularse emocionalmente en las pacientes con TLP+BN y las pacientes con TLP+AN.

Como objetivo específico, comprobamos si habían diferencias significativas en la reevaluación y supresión emocional en pacientes con TLP+AN y pacientes con TLP+BN por medio del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ, Gross y John, 2003).

La variable dependiente del estudio fue la estrategia de regulación emocional más utilizada (reevaluación y supresión), mientras que la variable independiente fue el tener diagnóstico TLP+AN o TLP+BN.

A pesar de la gravedad que presenta el TLP, todavía escasea el desarrollo y prueba de estrategias de intervención eficaces y los logros terapéuticos son lentos. No obstante, programas de tratamiento como la terapia dialéctico comportamental (DBT) englobada dentro de la terapia cognitivo-comportamental y desarrollada por Linehan para tratar el TLP, está recibiendo gran apoyo empírico para tratar los TLP (García-Palacios, 2006).

Método

Participantes

La muestra del estudio estuvo formada por 42 mujeres diagnosticadas de TLP (18 con comorbilidad con AN y 24 con BN). Todas ellas eran pacientes del centro clínico de Psicología y Realidad Virtual (PREVI) y tenían edades comprendidas entre 16 y 45 años.

En cuanto a su estado civil, el 74,4 % eran solteras, un 12,8 % estaban casadas y/o convivían con su pareja, un 5,1 % eran divorciadas, otro 5,1 % tenían pareja y un 2,6 % estaban separadas. Del total de la muestra, el 2,4 % no tenía estudios; el 16,7 % tenía estudios

primarios; el 52,4 % medios y el 28,6 % superiores. La mayoría de ellas eran estudiantes (53,8 %), un 3,8 % estaban desempleadas, un 7,7 % tenían incapacidad laboral, un 7,7 % estaban de baja laboral, un 3,8 % eran amas de casa y de las que trabajaban un 15,4 % eran trabajadoras cualificadas, frente a un 7,7 % que eran trabajadoras no cualificadas.

Instrumentos

Los instrumentos empleados para evaluar las diferencias entre TLP+AN y TLP+BN fueron los siguientes:

- Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross y John, 2003): evalúa estrategias de regulación emocional divididas en la dimensión de *supresión* (grado en el que se tiende a inhibir la expresión emocional en respuesta a estresores) y *reevaluación* (grado en el que se intenta pensar sobre situaciones de forma diferente para cambiar lo que están sintiendo). Ver Anexo I.
- Índice de calidad de vida (ICV; adaptación española de Mezzich y colaboradores, 2000): consta de 10 ítems relacionados con el bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, ocupacional, interpersonal, apoyo socio-emocional, comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global. Ver Anexo II.
- Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961): consta de 21 ítems y se emplea para seleccionar sujetos deprimidos y no deprimidos. Valora la gravedad del sujeto desde estado no depresivo, depresión media o disforia, depresión moderada o depresión severa. Ver Anexo III.

Diseño y procedimiento

En el marco de una investigación para poner a prueba la eficacia de un tratamiento psicológico para la comorbilidad de TLP con TCA, se realizó un estudio de comparación entre dos muestras independientes, pacientes con TLP+AN y pacientes con TLP+BN.

Se administró a las participantes el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) de Gross y Jonh (2003), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y el Índice de Calidad de Vida (ICV) de Mezzich y colaboradores (2000) para comprobar si habían diferencias significativas entre ambos grupos en la forma de regular sus emociones y en otras variables clínicas relacionadas como la depresión, la gravedad y la percepción de la calidad de vida de las pacientes. La administración de los mismos se realizó en formato de lápiz y papel. También se tuvo en cuenta la edad de las pacientes y la gravedad que mostraban en el eje V del DSM-IV. Posteriormente, se analizaron los datos por medio del IBM SPSS Statistics realizando una prueba *t* para muestras independientes con el objetivo de determinar las diferencias entre reevaluación y supresión en TLP+AN y TLP+BN.

Resultados

Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas en la variable de supresión emocional del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) de Gross y Jonh (2003), siendo la puntuación más elevada en las pacientes con TLP+AN. Por otro lado, no se encuentran diferen-

cias significativas en la variable de reevaluación emocional, depresión, percepción de calidad de vida, edad y gravedad entre ambos grupos de pacientes (ver tabla 1).

Tabla 1

Media, desviación típica y prueba t para muestras independientes en edad, gravedad y resultados en regulación emocional (reevaluación y supresión emocional), percepción de calidad de vida y depresión obtenidos en los cuestionarios ERQ, ICV y BDI respectivamente ambos grupos de pacientes con TLP+AN y TLP+BN

	Diagnóstico	N	Media	Desviación típica	gl	Sig. (bilateral)
Edad	TLP+AN	18	25,61	7,80	40	0,580
	TLP+BN	24	26,92	7,28		
Eje V	TLP+AN	18	48,73	11,97	35	0,800
	TLP+BN	24	49,81	13,18		
BDI	TLP+AN	18	29,89	16,64	40	0,228
	TLP+BN	24	23,88	15,04		
ICV	TLP+AN	18	4,59	1,83	40	0,594
	TLP+BN	24	4,89	1,73		
ERQ reevaluación cognitiva	TLP+AN	18	18,94	6,35	40	0,360
	TLP+BN	24	21,38	9,66		
ERQ supresión	TLP+AN	18	15,00	5,91	40	0,021
	TLP+BN	24	10,54	5,96		

Nota: TLP = trastorno límite de la personalidad; AN = anorexia nerviosa; BN = bulimia nerviosa; N = número de la muestra; ERQ = Cuestionario de regulación emocional; ICV = Índice de calidad de vida; BDI = Inventario de depresión de Beck; Eje V = gravedad DSM-IV.

Discusión

En base a los resultados obtenidos podemos confirmar la hipótesis planteada en un principio, en la que afirmamos que hay diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con TLP+AN y TLP+BN, mostrando las primeras mayor puntuación en la variable de supresión emocional del cuestionario de regulación emocional de Gross y John (2003).

Esta significación se relaciona con lo que apuntan distintos autores, por ejemplo Perpiñá, 2014, quien diferenciaba AN y BN, afirmando que las personas con AN se caracterizan por rasgos perfeccionistas, obsesivos, compulsivos, evitación al daño y baja tendencia a la búsqueda de novedad, mientras que las personas con BN suelen mostrar mayor impulsividad e inestabilidad emocional, presentando en menor medida perfeccionismo y características obsesivas. Strober, y cols. (1982) también diferenciaban ambos diagnósticos indicando que personas con AN muestran inflexibilidad y control estricto a diferencia de las pacientes con BN quienes muestran una baja tolerancia a la frustración y déficit en el control de impulsos. Ese perfeccionismo elevado y necesidad de control estricto en las personas con AN se relaciona con su mayor

puntuación en supresión debido a que también intentan controlar sus emociones utilizando continuamente esta estrategia de forma desadaptativa. Por otro lado, las personas con TLP+BN puntúan menos en supresión, lo que se puede explicar por su falta de control de impulsos que les hace que, a pesar de su intención de supresión, acaben perdiendo ese control realizando conductas impulsivas con mayor frecuencia, como vómitos, atracones e intentos de suicidio (Steiger y Stotland, 1996).

Las personas con AN utilizan la estrategia de supresión emocional de manera más intensa, como una forma de control excesivo, que cuando lo pierden acaban migrando a BN, lo cual se puede explicar desde una disminución de su estrategia de supresión emocional debido a la pérdida de control. Esto está relacionado con lo que apuntaba Fairburn (2008) de que las personas con AN cuando rompen la restricción de ingesta extrema a la que se someten, terminan migrando a otros trastornos, como BN.

El indicio de que las conductas anoréxicas dentro del marco del TLP responden a estrategias de regulación emocional relacionadas con la supresión, nos puede ayudar a diseñar estrategias terapéuticas más personalizadas en las que se trabaje de manera diferenciada la RE en pacientes con AN y con BN, dentro de un tratamiento común más general. Es decir, trabajar conjuntamente aspectos similares en los TCA y crear módulos específicos para cada subtipo en función de variables de personalidad y de regulación emocional. Esto está en consonancia con el modelo transdiagnóstico de Fairburn, que propone combinar estrategias terapéuticas generales para todos los TCA con módulos específicos dependiendo de los aspectos psicopatológicos que tenga el paciente, como por ejemplo perfeccionismo clínico, baja autoestima, bajo control de impulsos, etc.

Debemos seguir estudiando los factores involucrados en la regulación emocional de las personas con TLP y TCA para poder adecuar los tratamientos en función de las necesidades de las pacientes, pues en ambos casos existe un problema de regulación emocional importante.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). Arlington, VA: autor.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). En *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica* (pp. 56). Barcelona: Ars Medica.
- Botella, C. y García, A. (1999). El tratamiento de la depresión. En *Prácticas de consejo y asesoramiento psicológicos* (pp.14-36). Castellón de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Caballo, V. E., Iurrtia, M. J. y López-Gollonet, C. (2006). La evaluación de los trastornos de la personalidad. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: problemas de la vida adulta e informes psicológicos* (pp. 339-358). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. e Iurrtia, M. J. (2014). Trastornos de la personalidad. En V. Caballo, I. Salazar y J. A. Carrobes (dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 429-474). Madrid: Pirámide.
- Danner, U., Sternheim, L. y Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215, 727-732.

- Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. (1985). *Personality and Individual Differences*. Nueva York: Plenum Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z, Doll, H., O'Connor, M., Bohn, K., Hawker, D. Wales, J. y Palmer, R. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5, 255-271.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1631-1635.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- 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.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine* 40, 1887-1897.
- Heatherton, T. F. y Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Perpiñá, C. T. (2014). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V. Caballo, I. Salazar y J. A. Carrobes (dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 605-637). Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. A. N., González, H. O. y Redondo, M. M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18, 401-423.
- Robles, Y., Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., Sanez, Y., Padilla, M. y Mejía, O. (2010). Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*, 26, 33-43.
- Silva, J. C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad / resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43, 201-209.
- Steiger, H. y Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of axis II comorbidity: Long term responses on rating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 149-161.
- Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J. y Morrell, W. (1982). Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa. *Journal Nervous Mental Disorders*, 170, 345-351.

Enfermedad de Parkinson: intervención educativa sobre los síntomas no motores

MARÍA BALLESTEROS TENA
al235016@uji.es

LLEDÓ GUILLAMÓN-GIMENO
guillamm@uji.es

Resumen

Introducción: Los síntomas no motores (SNM) de la enfermedad de Parkinson (EP) han sido identificados como un factor de impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención educativa para pacientes con Parkinson sobre los SNM de la enfermedad en el ámbito de atención primaria. **Método:** Estudio cuasi-experimental de tipo antes-después, desarrollado en tres fases: búsqueda bibliográfica, desarrollo de la intervención educativa y evaluación de la efectividad. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 19. **Resultados:** La muestra final fue de 7 enfermos de Parkinson pertenecientes a la Asociación de Parkinson Provincia de Castelló. Se observó un aumento general sobre el nivel de conocimientos de los SNM, aunque no se mostró estadísticamente significativo. Tras la intervención el 100 % de los participantes señaló la existencia de los SNM y coincidió en la importancia que éstos tienen en la calidad de vida durante todas las fases de la enfermedad. **Conclusión:** Las intervenciones educativas son herramientas utilizadas fundamentalmente desde la Atención Primaria de Salud para incrementar conocimientos y adquirir hábitos de vida saludables. Los resultados muestran que la puesta en marcha de la intervención educativa ha aumentado los conocimientos sobre los SNM. Sin embargo no se han podido extraer resultados significativos, por lo que se recomienda la realización de nuevos estudios sobre intervenciones educativas en los SNM de la EP.

Palabras clave: enfermedad de Parkinson, síntomas no motores, intervención educativa, atención primaria de salud.

Abstract

Introduction: Non-motor symptoms (NMS) of Parkinson's disease (PD) have a significant impact on quality of life. **Objective:** To assess the effect of an educational intervention about NMS for patients with PD in the Primary Health Care context.

Methods: A quasi-experimental pre-test/post-test study was conducted in three phases: bibliographical research, educational intervention development and effectiveness evaluation. The results were analyzed using SPSS version 19. **Results:** The final study sample was of 7 patients with Parkinson disease from the Asociación de Parkinson Provincia

de Castelló. There was an overall increase of knowledge about NMS, although it was not significant. After the intervention, 100 % of the participants knew about NMS and they agreed to affirm the relevance that NMS have on their quality of life. **Conclusion:** Educational interventions are Primary Health Care tools used to increase knowledge and acquire healthy life styles. The results show that the educational intervention implementation produced an improvement about NMS knowledge. However, these outcomes are not significant. Due to this, further studies about NMS of PD based on educational interventions are recommended.

Keywords: Parkinson disease, non-motor symptoms, educational intervention, Primary Health Care.

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente (García Ramos, López Valdés, Ballesteros, de Jesús y Mir, 2013). Según De la Casa Fages (2013), se estima que existen en torno a 150.000 afectados en España y 6,3 millones en el mundo. Para Dorsey (2007), las cifras de prevalencia aumentarán hasta 8,7-9,3 millones en el año 2030.

La EP es un proceso crónico caracterizado por la degeneración y muerte progresiva de las neuronas dopaminérgicas. Cuando dichas neuronas degeneran se rompe el equilibrio existente entre los neurotransmisores dopamina y acetilcolina, provocando la aparición de los trastornos motores de la EP (Dávila, Rubí y Mateo, 2008; Fedesparkinson.org, 1996) Pero en la EP también hay una afectación de otros núcleos y sistemas no dopaminérgicos que explica la aparición de los síntomas no motores (SNM) (Braak y cols., 2006). Estos han recibido muy poca atención a lo largo de la historia, pero recientemente han sido identificados como un factor de impacto significativo en la calidad de vida de los enfermos de Parkinson (Dávila y cols., 2008; De la Casa Fages, 2013; European Parkinson's Disease Association, 2012). Los SNM afectan a más del 90 % de los afectados (Lageman, Cash y Mickens, 2014) y en más del 50 % de los casos no son identificados por los neurólogos (Shulman, Taback, Rabinstein y Weiner, 2002).

Por ello, una vez diagnosticada la EP, es necesaria la atención continuada al paciente por parte de todo el equipo de salud. Pero al margen de la teoría, las visitas a Atención Primaria para consultar aspectos de la EP son escasas, representando solo un 4,25 % (Federación Española de Parkinson, 2013). Además, desde el campo de la enfermería, debe considerarse que la EP representa un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores. Así, la educación y la participación de éstos son fundamentales en todas las etapas de la EP (Aguilar Barberá y cols., 2013).

La aparición de las asociaciones de pacientes de Parkinson ha sido fundamental por proporcionar información continua, recursos y apoyo emocional a las personas que conviven diariamente con la EP (Dávila y cols., 2008; De la Casa Fages, 2013; Dorsey y cols., 2007; Fedesparkinson.org, 1996). De hecho, entre el 80 y 90 % de los pacientes se benefician de terapias de mantenimiento y rehabilitación a través de éstas (Merello, 2008).

Ante este escenario, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Podría una intervención educativa mejorar los conocimientos y habilidades frente a la prevención y manejo de los SNM en los enfermos de Parkinson?

Método

Estudio cuantitativo, cuasi-experimental de tipo antes-después en el que se utilizó la misma muestra como control y experimental. Se realizó un muestreo consecutivo no aleatorizado de enfermos de Parkinson usuarios de la Asociación de Parkinson Provincia de Castellón. Como criterios de inclusión: mayoría de edad, diagnóstico de EP en estadio I o II según Hoehn y Yhar (Catalán y Rodríguez del Alamo, 2004), y desear participar en la investigación.

El tamaño muestral se obtuvo con la calculadora GRANMO versión 7 (Institut Hospital del Mar d'investigacions Mèdiques, 2012). Se aceptó un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta inferior al 0,2 en un contraste bilateral. Con ello se requirieron 12 sujetos estimando un porcentaje de pérdidas de seguimiento del 20 %.

El estudio se estructuró en tres fases: 1) búsqueda bibliográfica para la contextualización del objetivo de estudio, 2) diseño de la intervención educativa (solicitud de permisos para la realización del estudio, confección del instrumento y realización de la intervención educativa) y 3) análisis de resultados y conclusiones.

Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario *ad hoc*, individual, anónimo y auto-administrado, que constó de 2 partes separadas en el tiempo por la intervención: pre-test y post-test. Se validó mediante grupo nominal. El tiempo estimado para su cumplimentación fue de 15 minutos. En la tabla 1 se muestran las variables contempladas.

Tabla 1
Variables del estudio

Sociodemográficas	Variables pre-test	Variables post-test
Edad actual	Percepción de conocimientos	Percepción de mejora de conocimientos
Edad al diagnóstico	Nivel de conocimientos	Percepción de la información facilitada por los profesionales sanitarios
Género	Importancia de los SNM	Valoración de la intervención
Tiempo de pertenencia a la asociación	Necesidad de información	Impacto de la intervención en la calidad de vida
Frecuencia de visitas al centro		
Asistencia a los talleres y charlas que ofrece la asociación		
Nivel de escolarización		

Nota. Las variables consideradas en el post-test fueron las mismas que en el pre-test y se añadieron 4 más representadas en el tabla.

La intervención consistió en una charla-coloquio de 20 minutos de duración con el objetivo de mejorar los conocimientos sobre los SNM de la EP y fomentar las competencias y habilidades de los afectados por la EP.

En el análisis se empleó el paquete estadístico SPSS versión 19, realizándose un análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias de las variables. Para calcular la significación se utilizó la prueba de homogeneidad marginal (Gómez Gómez, Danglot Banck y Vega Fraco, 2003), tomando el nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Análisis preliminar

Se incluyeron en la muestra final del estudio 7 participantes de los cuales el 28,6 % eran de sexo femenino y el 71,4 % masculino. Presentaron un promedio de edad de 67'86 años \pm 11,01 y una media de edad al diagnóstico de la EP de 62 años \pm 10,55. Un 71,4 % llevaban años siendo socios de la Asociación de Parkinson Provincia de Castelló, un 14,3 % semanas y un 14,3 % meses. El nivel de escolarización alcanzado por los asistentes fue primario en un 57,1 % y secundario en un 42,9 %.

Entre los usuarios, la asistencia a las charlas y talleres organizados por la Asociación son bastante frecuentes, donde un 42,9 % acuden mucho, un 28,6 % acuden bastante y un 28,6 % acuden poco. Respecto a las visitas al centro para obtener información un 42,9 % acuden mucho, un 28,6 % acude bastante, un 14,3 % acude de vez en cuando y un 14,3 % acuden poco (tabla 2).

Analizando el total de asistentes esperados y el total de post-test cumplimentados se concretó que la asistencia a la sesión educativa fue de un 46,67 %.

Efectos de la intervención

En las tablas 1, 2, 3 y 4 se muestran los resultados pre-test y post-test de las variables analizadas. Los resultados se mostraron no significativos para las variables de percepción de conocimientos ($p = 0,655$) y necesidad de información ($p = 0,317$). La variable de conocimientos sobre los SNM de la EP tampoco resultó significativa para las preguntas sobre trastornos motores ($p = 0,564$), estreñimiento como consecuencia de la EP ($p = 0,317$) y actuación en la nicturia ($p = 0,180$). Dentro de la variable de conocimientos sobre los SNM, las preguntas sobre la existencia de los SNM y la actuación ante la tristeza no tuvieron significación estadística por homogeneidad en la respuesta ($p = 1$). Esto también sucedió en la variable sobre la importancia de los SNM.

La tabla 2 muestra los resultados sobre la variable de percepción de conocimientos.

Tabla 2
Evaluación sobre la percepción de conocimientos sobre los SNM de la EP

	Conocimientos posteriores (%)					Total	<i>p</i>
	Nada	Poco	Adecuado	Bastante	Mucho		
Nada	14,3	14,3	0	0	0	28,6	0,655
Poco	0	0	0	0	0	0	
CA (%) Adecuado	0	28,6	14,3	14,3	0	57,1	
Bastante	0	0	0	0	0	0	
Mucho	0	0	0	14,3	0	14,3	
Total	14,3	42,9	14,3	28,6	0	100	

Nota. CA = conocimientos anteriores.

En este análisis, encontramos cambios en dos direcciones:

- Aquellos participantes que tras la intervención pensaron que no sabían tanto sobre los SNM de la EP como creían en el pre-test. Así, un 28,6 % que consideró tener un nivel adecuado, tras la intervención concluyeron que sabían poco y un 14,3 % que creía saber mucho, consideró que solo sabía bastante.
- Aquellos participantes que tras la intervención creyeron aumentar sus conocimientos. Un 14,3 % que creían no saber nada concluyó que sabían, pero poco y un 14,3 % que creían tener un nivel adecuado, pensó que tenía un nivel bastante adecuado.

La tabla 3 presenta el nivel de conocimientos previos y posteriores a la intervención. Para determinar los cambios se observó individualmente el porcentaje de respuestas acertadas, a excepción de la pregunta 2, en la que no se consideró ninguna pregunta como correcta.

Tabla 3
Evaluación del nivel de conocimientos sobre los SNM de la EP

		Antes	Después	<i>p</i>
Pregunta 1 - Trastornos motores	Correcta	57,1 %	71,4 %	0,564
Pregunta 2 - Existencia de los SNM	Si	42,9 %	100 %	1.00
	No	28,6 %	0 %	
	NS/NC	28,6 %	0 %	
Pregunta 3 - Estreñimiento	Correcta	71,4 %	85,7 %	0,317
Pregunta 4 - Actuación en nicturia	Correcta	28,6 %	71,4 %	0,180
Pregunta 7 - Actuación ante la tristeza	Correcta	100 %	100 %	1

La primera pregunta sobre la variable de conocimiento hacía referencia a los síntomas motores. La respuesta considerada como correcta fue que los síntomas motores no son los únicos existentes en la EP. Tras la intervención las respuestas se modificaron en dos direcciones. Un 28,6 % cambió de opinión y consideró que los síntomas motores no son los únicos existentes durante la EP. Por otro lado, un 14,3 % que habían contestado correctamente al primer cuestionario, tras la intervención, pensaron que los síntomas motores eran los únicos presentes durante la EP. Un 14,3 % siguió pensando que éstos son los únicos existentes durante la EP.

En la segunda pregunta que hacía referencia al conocimiento sobre la existencia de los síntomas no motores por parte de los afectados de la EP, se observó cómo tras la intervención no existió ningún participante que no conociera dichos síntomas.

En la tercera pregunta sobre el estreñimiento, se consideró como respuesta correcta que el estreñimiento sí puede ser consecuencia de la EP. Así, el 14,3 % que en el pre-test no sabían la respuesta, en el post-test contestaron correctamente, mientras que el 14,3 % que señaló que no puede ser consecuencia de la EP siguió opinando igual.

En la cuarta pregunta referente a la mejor actuación frente a la aparición de nicturia, se consideró como respuesta correcta beber de 1 a 1,5 litros de agua u otros líquidos y disminuir la toma de líquidos por la tarde. Un 57,1 % que habían considerado como respuesta correcta

la reducción de la cantidad de líquidos tomados a diario, cambiaron de opinión y marcaron la respuesta correcta. Por otro lado, un 14,3 % que habían marcado la respuesta correcta en el pre-test, tras la intervención, cambiaron la respuesta a ponerse el despertador cada 3h para no orinar la cama.

En la séptima pregunta sobre la mejor actuación frente a la tristeza en la que se consideró como respuesta correcta la evasión de los pensamientos tristes mediante actividades sencillas y agradables, todos los participantes contestaron correctamente en ambos tiempos.

La Tabla 4 muestra los resultados de la variable importancia de los SNM de la EP.

Tabla 4
Evaluación de la percepción sobre el impacto de SNM en la calidad de vida (CDV)

		Antes	Después	<i>p</i>
Importancia de los SNM	No importante, no afecta a la CDV	14,3 %	0 %	1
	Importante, afecta a la CDV solo en etapas avanzadas	14,3 %	0 %	
	Importante, afecta a la CDV	57,1 %	100 %	
	NS/NC	14,3 %	0 %	

Cabe resaltar que tras la intervención educativa solo se encontraron cambios en una dirección, ya que el 100 % de los participantes señaló que los SNM afectaban a la CDV no solo en las etapas avanzadas de la EP.

La tabla 5 muestra resultados obtenidos sobre la variable necesidad de información.

Tabla 5
Percepción de la necesidad de obtener más información

		Necesidad de información post-test (%)			Total	<i>p</i>
		No tengo información	Información pero poca	Suficiente información		
Necesidad de información pre-test (%)	No tengo información	0	28,6	0	28,6	0,317
	Información pero poca	0	42,9	14,3	57,1	
	Suficiente información	0	14,3	0	14,3	
Total		0	85,7	14,3	100	

Tras el análisis de los resultados de dicha variable se encontraron dos direcciones:

- Aquellos participantes que admitieron que tras la intervención habían mejorado la información que tenían sobre los SNM. Un 28,6 % que afirmaron no tener información, concluyeron que tenían información pero poca y les gustaría obtener más y un

14,3 % que creían tener poca información, concluyó que ya tenía la suficiente información

- Aquellos participantes que creían tener la suficiente información al respecto pero que tras la intervención concluyeron que necesitaban más. Un 14'3 % que creían tener la información adecuada concluyó que no la tenían y que necesitaban obtener más.

Efectividad de la intervención

La tabla 6 muestra la efectividad de la intervención educativa sobre los SNM de la EP.

Tabla 6
Valoración de la efectividad de la intervención educativa (%)

	Mucho	En cierto modo	No sé	No mucho	En absoluto
Percepción de mejora de conocimientos	71'4	28'6	0	0	0
Percepción de información facilitada por los sanitarios	57'1	42'9	0	0	0
Valoración de intervención	71'4	28'6	0	0	0
Impacto de intervención en CDV	42'9	57'1	0	0	0

Los aspectos más positivos han sido la percepción de mejora de conocimientos y la valoración de la intervención. El menos destacado, aunque también valorado positivamente, ha sido el impacto que la intervención podría tener sobre la CDV.

Discusión y conclusiones

Las intervenciones educativas son efectivas en diferentes ámbitos relacionados con la salud e incluso llegan a salvar vidas humanas (Cabrera Pivara y cols., 2011; Cervantes Arriaga, Rodríguez Violante, Villar Velarde, López Gómez y Corona, 2010; Tenorio, Escobar, Garzón y Acevedo, 2010). En la EP, estudios basados en estas intervenciones también han demostrado su efectividad (Campo, Spliethoff Kamminga y Ross, 2011; Grosset y Grosset, 2007).

En el presente estudio en el que se evalúa la efectividad de una intervención educativa para enfermos de Parkinson sobre los SNM, encontramos similitudes con resultados procedentes de estudios previos. Por un lado, encontramos que tras la intervención educativa, la totalidad de los afectados destacó el impacto de los SNM sobre su CDV. Este dato coincide con otros estudios que señalan cómo la presencia de estos síntomas y el hecho de no ser diagnosticados hace que la CDV disminuya considerablemente (Argandoña Palacios, Perona Moratalla, Hernández Fernández, Díaz Maroto y García Muñozguren, 2010; Cervantes Arriaga y cols., 2010; Merello, 2008). Por otro lado, si bien los objetivos de esta investigación no profundizaron en el tipo de SNM que presentaba la muestra; se observó que la mayoría de las preocupaciones manifestadas por los participantes, fueron referidas a los trastornos urinarios. Este dato coincide con la literatura que informa de una prevalencia de éstos muy elevada,

entorno al 51,8 %-77,8 % (Alcantud Bertolín, Grau Veciana, González Masegosa, 2011; Bostantjopoulou y cols., 2013; Rodríguez Violante y Cervantes Arriaba, 2011).

Cabe destacar que tras la intervención, ningún usuario contestó NS/NC. Este dato sugiere que tras ésta, los asistentes clarificaron sus conceptos sobre los SNM de la EP, permitiéndoles así evitar esta respuesta. Además, un 57,1 % de los asistentes afirmó seguir queriendo obtener más información.

La principal limitación fue el número de participantes en el estudio. A pesar de que la muestra pre-test estuvo compuesta por 15 usuarios, la muestra final se consolidó en 7 participantes, siendo no representativa. En consecuencia, el análisis de las respuestas del cuestionario para algunas de las variables fue homogéneo, por lo que el estadístico para calcular la significación despreció las respuestas.

Otra limitación fue el plazo temporal para la realización de este estudio que afectó a la recogida de datos del cuestionario post-test, cuya cumplimentación se realizó inmediatamente tras la intervención. Esto obligó a obviar las recomendaciones de la literatura científica sobre dejar un tiempo tras la intervención para la cumplimentación del cuestionario (Brevis Urrutia, Valenzuela Suazo y Sáez Carrillo, 2014). Además, las características del diseño del estudio y la limitación temporal comportaron que la intervención educativa tuviera que programarse en una sola sesión.

Respecto al cuestionario, la limitación temporal conllevó la validación del cuestionario por grupo nominal. También la falta del estudio piloto impidió comprobar su fiabilidad.

Finalmente, si se considera que el presente estudio no resultó ser significativo por sus limitaciones principales; debe considerarse a su vez la mejora en los conocimientos relacionados con los SNM de la EP. El hecho de no se han encontrado estudios específicos sobre los SNM en la EP que evalúen el efecto que los programas de intervención educativa, tienen en la mejora de los SNM de la EP, hace necesaria la incentivación de la investigación en este ámbito, ya que su implementación en otros campos relacionados con la enfermería ha sido de gran utilidad.

Referencias bibliográficas

- Alcantud Bertolín, A., Grau Veciana, J. M., y González Masegosa, A. (2011). *Estudio descriptivo de los síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson en una muestra del área 10 de salud de la Comunidad Valenciana*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Aguilar Barberá, M., Alcaraz Escribano, M., Arpa Fernández, A., Arpa Gutiérrez, F., Caldentey, J. y Castillo Asensio, A. (2013). *Tratado de enfermería neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados*. Barcelona: Elsevier.
- Argandoña Palacios, L., Perona Moratalla, A., Hernández Fernández, F., Díaz Maroto, I. y García Muñozguren, S. (2010). Trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson: introducción y generalidades. *Revista de Neurología*, 50, 1-5.
- Bostantjopoulou, S., Katsarou, Z., Karakasis, C., Peitsidou, E., Milioni, D. y Rossopoulos, N. (2013). Evaluation of non-motor symptoms in Parkinson's Disease: An underestimated necessity. *Hippokratia*, 17, 214-219.
- Braak, H., Muller, C., Rub, U., Bratzke, H., de Vos, R. y Ackermann, H. (2006). Pathology associated with sporadic Parkinson's disease - Where does it end? *Journal of Neural Transmission*, 70, 89-97.

- Brevis Urrutia, L., Valenzuela Suazo, S. y Sáez Carrillo, K. (2014). Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de los factores de riesgo coronario. *Ciencia y enfermería*, 20, 43-57.
- Cabrera Pivara, C., Morales Sánchez, A., Arias Merino, E., González Pérez, G., Vega López, M. y Coronado Cordero, A. (2011). Efecto de una intervención educativa sobre la memoria operativa de trabajo del adulto mayor: estudio cuasi-experimental con juegos populares. *Redie*, 13, 56-67.
- Campo, A., Spliethoff Kamminga, N. y Ross, R. (2011). An evaluation of the patient education programme for Parkinson's disease in clinical practice. *International Journal of Clinical Practice*, 65, 1173-1179. Doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02765.x.
- Catalán, M. y Rodríguez del Álamo, A. (2004). *Asociación Parkinson Madrid*. Recuperado el 13 de marzo de 2015 de <http://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/>
- Cervantes Arriaga, A., Rodríguez Violante, M., Villar Velarde, A., López Gómez, M. y Corona, T. (2010). Propiedades métricas de instrumentos de disfunción no motora en la enfermedad de Parkinson en población mexicana. *Revista de Investigación Clínica*, 62, 8-14.
- Dávila, P., Rubí, E. y Mateo, A. (2008). *La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas*. Madrid: Instituto de Mayores y servicios sociales.
- De la Casa Fages, B. (2013). *Guía informativa de la enfermedad de Parkinson*. Madrid: Federación Española de Parkinson.
- Dorsey, E., Constantinescu, R., Thompson, J., Biglan, K., Holloway, R. y Kieburtz, K. (2007). Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology*, 68, 384-386.
- European Parkinson's Disease Association (2012). *La vida con Parkinson: Síntomas no motores*. Madrid: Federación española de Parkinson y EPDA.
- Federación Española de Parkinson. (2013). *EPOCA: Encuesta sobre Parkinson Observando Calidad Asistencial*. Madrid: Federación Española de Parkinson.
- Fedesparkinson.org (1996). *Federación española de Parkinson*. Recuperado el 19 de marzo de 2015 de http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9_es_la_enfermedad_de_Parkinson&idm=36.
- García Ramos, R., López Valdés, E., Ballesteros, L., de Jesús, S. y Mir, P. (2013). *Informe de la Fundación del Cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España*. España: Fundación Española de Enfermedades Neurológicas.
- Gómez Gómez, M., Danglot Banck, C. y Vega Fraco, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuando usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70, 91-99.
- Grosset, K. y Grosset, D. (2007). Effect of educational intervention on medication timing in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Biomed Central Neurology*, 7, 20. Doi:10.1186/1471-2377-7-20.
- Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (2012). *Institut Municipal d'Investigació Mèdica*. Recuperado el 10 de marzo de 2015 de <http://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>.
- Lageman, S., Cash, T. y Mickens, M. (2014). Patient-reported needs, non-motor symptoms, and quality of life in essential tremor and Parkinson's disease. *Tremor & Other Hyperkinetic Movements*, 4, 240. Doi: 10.7916/D8RF5S4J.
- Merello, M. (2008). Trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson. *Revista Neurológica*, 47, 261-270.
- Rodríguez Violante, M. y Cervantes Arriaga, A. (2011). Detección y manejo de los síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson: impacto en su prevalencia. *Revista médica de Chile*, 139, 1032-1038.

Shulman, L., Taback, R., Rabinstein, A. y Weiner, W. (2002). Non-recognition of depression and other non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 8, 193-197. Doi:10.1016/S1353-8020(01)00015-3.

Tenorio, D., Escobar, J., Garzón, E. y Acevedo, A. (2009). Efectividad de intervenciones educativas en primeros auxilios. *Investigaciones Andina*, 11, 81-91.

Descripción de un programa de prevención de juego patológico dirigido a población joven: hacia un juego responsable

DANIEL CAMPOS BACAS
camposd@uji.es

ÁNGEL ENRIQUE ROIG
aenrique@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO
squero@uji.es

Resumen

En los últimos años se ha producido un gran aumento del juego legalizado a nivel mundial y, en consecuencia, de problemas relacionados con el juego. En España, el 40 % de los jugadores patológicos tiene entre 18 y 30 años. Los programas de prevención desarrollados hasta ahora incluyen información sobre conocimientos, actitudes y pensamientos sobre el juego, demostrando ser eficaces. En España no se han encontrado programas de prevención de juego basados en la evidencia. El objetivo del presente estudio es describir un programa de prevención de juego patológico en población joven, así como presentar datos preliminares de la opinión de los participantes acerca del mismo. Este programa está diseñado para ser administrado en formato grupal a población joven. Consta de una sesión de 1 hora y media e incluye 5 componentes: información sobre el juego, problemas con el juego, pensamientos típicos, juego responsable y regulación emocional. Se valoró la satisfacción con el taller a partir de una medida de un auto-informe formada por 15 ítems. Los resultados preliminares mostraron elevados niveles de satisfacción con el taller, siendo considerada una experiencia positiva y útil para adquirir conciencia sobre los riesgos del juego. En conclusión, los participantes mostraron un alto nivel de satisfacción e interés con el programa descrito. Cabe subrayar la importancia de diseñar programas de prevención que motiven a los jóvenes con el objetivo de mejorar la adherencia y aceptación de los mismos.

Palabras clave: prevención, juego patológico, población joven, juego responsable.

Abstract

For the last years, a high increase of legalized gambling has been produced at an international level, and consequently, rates of gambling problems have also increased. In Spain, 40 % of the pathological gamblers are between 18 and 30 years old. Prevention programs developed so far include information about knowledge, attitudes, and

thoughts related to gambling, which have proved being efficient. In Spain, prevention programs empirically validated have not been found. The goal of the present study is to describe a pathological gambling prevention program for youth population, as well as to present preliminary data of the participants' opinion about the program. This program is designed to be administrated in group format to young people. It consists of just a one and a half hour session which includes 5 components: gambling information, gambling problems, typical thoughts, responsible gambling, and emotional regulation. Satisfaction with the program was rated through a self-report measure composed by 15 items. Preliminary results showed high levels of satisfaction with the program, being considered a positive experience and useful to become aware of the gambling risks. In conclusion, participants showed a high level of satisfaction and interest with the described program. The importance of designing prevention programs that motivate young people with the aim to improve their adherence and acceptance should be highlighted.

Keywords: prevention, pathological gambling, young people, responsible gambling.

Introducción

Según la 5ª edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5; APA, 2013), el juego patológico (JP) se ha incluido dentro de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, a diferencia de su antecesor (DSM-IV-TR; APA, 2000), en el que este trastorno era clasificado dentro de la categoría de trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. Esto ha conllevado un cambio en la conceptualización de este problema hacia una perspectiva más centrada en los modelos de la adicción. En este sentido, se afirma que los sistemas de recompensa activados por los comportamientos de juego son similares a los activados por el consumo de sustancias, produciendo síntomas comportamentales similares.

Siguiendo la definición aportada por este manual, este trastorno se caracteriza por un juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, teniendo que presentar cuatro o más de los criterios indicados en la tabla 1 durante al menos 12 meses (DSM-5; APA, 2013).

En población joven se ha demostrado que el JP tiene un gran impacto en el ámbito individual e interpersonal debido a la conducta de juego. Entre las consecuencias a nivel individual que experimenta una persona con JP están el estrés continuo, estado de ánimo bajo y depresivo, disminución de la autoeficacia, alteraciones de sueño o problemas económicos, que se resumen en un gran sufrimiento personal (Dickson, Derevensky y Gupta, 2002; Gupta y Derevensky, 1998). A nivel interpersonal, además, se dan importantes problemas familiares, sociales y laborales, ocasionados por los cambios de humor intenso de la persona, el elevado gasto de dinero y las ausencias, desembocando en un deterioro general (Gupta y Derevensky, 1997). Por todo ello, el JP es un problema de salud importante reconocido tanto por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Echeburúa, Becoña, Labrador y GAUDIUM, 2010).

Tabla 1
 Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-5

Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas.
A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar («recuperar» las pérdidas).
Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

Los porcentajes de prevalencia de estudios iniciales variaban entre 1 % y 2 % en Estados Unidos (Shaffer, Hall y Van der Bilt, 1997), Canadá (Ladouceur, 1996) y Europa (Becoña, 1996). Sin embargo, estudios posteriores han ido observando un incremento de la patología del juego (p. ej., Arbinaga, 2000; Hodgins, Fick, Murray y Cunningham, 2013; Moreno Mariscal, 2007; Stucki y Rihs-Middel, 2007), constatándose un inicio en edades tempranas en varios países (Echeburúa y cols., 2010). En España, la prevalencia del JP se sitúa en un 2 % de la población adulta, representando un problema relevante en jóvenes y adolescentes (Becoña, 2010). La adolescencia, además, es un período de desarrollo muy importante para las conductas de juego teniendo en cuenta la alta prevalencia de conductas de riesgo en esta población (Echeburúa y cols., 2010). Por último, tal y como recoge Becoña (1999), los jugadores problemáticos predominan entre los más jóvenes: el 40 % tiene entre 18 y 30 años.

Por otra parte, se estima que en 2012 los españoles gastaron en el juego legal de azar (presencial y online) más de treinta mil millones de euros (Dirección General de Ordenación del Juego, 2013). Concretamente, en lo que respecta a juego online, los datos extraídos de la Dirección General de Ordenación del Juego indican unos ingresos netos del sector de 229 millones de euros y un aumento del 11 % en el año 2014, acercándose a los 255 millones. En cuanto al número de usuarios activos, éstos han aumentado un 22,5 % con respecto al año anterior, situándose por encima de los 4 millones de usuarios, un millón más que en el año anterior. Esto sitúa la actualidad de la población española, especialmente de jóvenes y adolescentes, en un riesgo importante de desarrollo del trastorno adictivo.

Dado que, como muestran los datos, jóvenes y adolescentes tienen más probabilidades de desarrollar un problema de JP, es necesario dedicar esfuerzos en la prevención de este problema, sobre todo en esta población. En este sentido, se están desarrollando diferentes iniciativas políticas y educativas para prevenir la aparición de este tipo de problemas (Williams, West y Simpson, 2008). Por lo que se refiere a las iniciativas educativas, éstas van dirigidas a mejorar y cambiar el conocimiento, actitudes, creencias y habilidades necesarias para impedir la aparición de estos problemas. Los programas dirigidos a población joven

son particularmente importantes como estrategia de prevención, ya que proporcionan herramientas a individuos que puede que todavía no se hayan iniciado en el uso de los juegos de azar, así como a personas en un grupo de edad de mayor riesgo para subsecuentes problemas de juego (Williams, Wood y Currie, 2010).

El formato de estos programas es muy variado. Por un lado, se han desarrollado vídeos, juegos, CD y DVD interactivos, páginas web y manuales con un formato más autoaplicado (Ferenzy, Turner y Skinner, 2006; Williams y cols., 2008). Por otro lado, también se han elaborado programas multisesión realizados durante un mayor período de tiempo. Estos programas han sido desarrollados en su mayoría en EEUU y Canadá, y suelen incluir componentes como: información sobre la naturaleza adictiva del juego, indicadores de problemas con el juego, falacias del jugador, probabilidades reales de apuestas y uso responsable, entre otros (Williams, West y Simpson, 2012). En la literatura se pueden encontrar algunos estudios que muestran la eficacia de dichos programas de prevención para la mejora de estos aspectos (Ladouceur, Goulet y Vitaro, 2013). No obstante, en España no se han encontrado programas de prevención de juego basados en la evidencia.

Por tanto, el objetivo de este estudio es presentar y describir un programa de prevención dirigido a población joven que integre estos componentes fundamentales y pueda ser aplicado en una sola sesión. Además, se presentarán datos preliminares de la opinión de los participantes acerca del programa.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 59 jóvenes (hombres) de un centro de alto rendimiento español, de los cuales 21 (35,6 %) poseían estudios básicos; 19 (32,2 %), estudios medios, y 19 (32,2 %), estudios superiores. En cuanto al estado civil, 35 participantes (60 %) eran solteros y 24 (40 %) tenían pareja. La media de edad de los participantes fue de 19,4 años (d. t. = 1,8) con un rango de edad de 17 a 24 años.

Instrumentos

El *Cuestionario de satisfacción con el taller* es un auto-informe elaborado *ad-hoc* para este estudio con el objetivo de valorar la satisfacción de los participantes con el mismo. Está compuesto por 15 ítems que recogen distintos aspectos importantes en la valoración de un taller como, por ejemplo, «fue una experiencia positiva», «alcanzó los objetivos establecidos» o «el profesorado fue claro y competente». Los participantes señalan su grado de acuerdo con cada ítem en una escala de 0 «Nada»/«En absoluto» a 4 «Totalmente de acuerdo».

Procedimiento

Todos los participantes recibieron un taller de prevención de juego patológico de 1 hora y media de duración. Éste se llevó a cabo en 3 grupos formados por alrededor de 20 jóvenes cada uno. Los participantes completaron un protocolo de evaluación, antes y después del taller, que incluyó medidas de eficacia y de opinión. De este modo, al finalizar el taller todos valoraron la satisfacción con el mismo. En este trabajo se presentarán los datos de opinión.

Programa de prevención de juego patológico

El presente programa de prevención se diseñó tras realizar una revisión en la literatura del estado actual (Campos, Nebot, Quero, Bretón-López, 2015). De esta forma, el programa de prevención se desarrolló teniendo en cuenta los principales componentes de prevención de JP utilizados por otros autores y que han mostrado ser eficaces, como se ha mencionado anteriormente.

Finalmente, el taller se compuso de 5 bloques o módulos que se describen a continuación:

1) Información sobre el juego:

En el primer módulo se proporcionó información sobre el juego, los diferentes juegos de azar (ámbito privado *versus* ámbito público) y sus características, incluyendo información específica sobre los juegos de azar online (p. ej., facilidad de acceso, anonimato, flexibilidad). Se describieron los juegos de azar como un conjunto de actividades recreativas, basadas en el azar y las leyes de la probabilidad, con el objetivo de introducir el tema del taller y proporcionar conocimientos básicos.

2) Problemas con el juego:

En el segundo módulo se proporcionó información sobre cómo el juego puede convertirse en una conducta problemática, iniciándose como una conducta de ocio hasta configurarse en un juego patológico. Se presentó una clasificación de distintos tipos de jugadores (Ochoa y Labrador, 1994) (desde un jugador social a un jugador patológico), así como de los factores relacionados con el inicio y el mantenimiento del juego (personales, familiares, socio-ambientales, refuerzo positivo, refuerzo negativo y condicionamiento). Además, se aportaron datos de prevalencia del problema (tanto en adultos como en jóvenes) y se mostraron casos de personajes famosos que arruinaron su carrera por las adicciones. De esta forma, también se justificó la importancia de la prevención en esta población.

3) Pensamientos típicos con el juego:

En el tercer módulo se introdujo el concepto de *falacias del jugador* y se realizaron ejercicios para identificar y modificar estos pensamientos típicos que aparecen durante el juego (p. ej., ilusión de control, predicción de resultados o atribución flexible). Las falacias del jugador se definen como sesgos o distorsiones cognitivas que llevan a algunas personas a extraer conclusiones erróneas, como creer que se puede influir en el juego o en los resultados. Por último, también se facilitó información sobre las probabilidades reales de ganar y la ventaja de la casa. Resulta de utilidad que el jugador cuente con toda esta información para poder realizar una conducta de juego responsable.

4) El juego responsable:

En el cuarto módulo se proporcionaron 14 pautas para una conducta de juego saludable basado en el enfoque del juego responsable (Echeburúa y Corral, 2008). Por ejemplo, considerar el juego como una opción de ocio, esperar perder, limitar el dinero y el tiempo invertido, etc. En este sentido, se trazó un perfil acerca de que se entiende por *jugador saludable* y se discutió con los participantes la utilidad de estas estrategias.

5) Regulación emocional (RE) y conductas impulsadas o dirigidas por las emociones (CIDE):

En el quinto y último módulo se ofreció información básica sobre las emociones, sus funciones, y su influencia en la conducta. Se introdujeron las CIDE y se explicó la técnica de la acción opuesta a partir de casos prácticos relacionados con la conducta del

juego. En concreto, los ejemplos fueron diseñados para representar la conducta de juego impulsada o dirigida por las emociones de enfado y aburrimiento (p. ej., jugar cuando se acaba de perder dinero o jugar cuando se está aburrido). Se hizo hincapié en el papel que puede desempeñar el juego como una forma de regular las emociones. La técnica de la acción opuesta, tiene como objetivo generar una acción opuesta a la CIDE desadaptativa cuando aparezca una emoción intensa que nos resulte difícil tolerar (p. ej., el impulso de seguir jugando cuando aparece la emoción de enfado al perder dinero). Ejemplos de acciones opuestas a la conducta de jugar por la emoción de enfado serían: tomar un descanso, dejar de jugar, llamar a un amigo, realizar otra actividad de ocio, etc.

Resultados

Los resultados preliminares mostraron elevados niveles de satisfacción general con el taller (M=3,4; d. t.=0,5). En la tabla 2 se presentan los resultados de satisfacción de los participantes en relación a cada ítem del *Cuestionario de satisfacción con el taller*.

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de los participantes en el cuestionario de opinión

Ítems	Media (0-4)	Desviación típica
El taller fue una experiencia positiva.	3,5	0,8
Alcanzó los objetivos establecidos.	3,3	0,8
Cumplió mis expectativas.	3,2	0,9
El taller me ha permitido adquirir conocimientos sobre el juego.	3,4	0,9
Fue útil para adquirir conciencia acerca de los riesgos del juego.	3,4	0,7
Fue útil para aprender sobre mí mismo.	3	1,1
Fue útil para adquirir habilidades.	2,7	1,1
Los temas estuvieron bien tratados.	3,5	0,6
He tenido la oportunidad de ir más allá en aspectos que me interesaban.	3,1	1,1
El taller estaba bien organizado (sesión, material,...).	3,7	0,7
Los ejemplos y los ejercicios eran adecuados.	3,6	0,6
Los contenidos del taller eran adecuados.	3,5	0,7
El taller fue una experiencia innovadora.	3,3	0,9
Había un buen ambiente de grupo durante el taller.	3,5	0,7
El profesorado fue claro y competente.	3,8	0,5

Discusión y conclusiones

En el presente estudio se ha descrito un taller de prevención de JP dirigido a población joven y se han presentado datos preliminares de opinión.

Este programa se compuso de 5 bloques o módulos que han mostrado ser eficaces en la prevención del JP en otros estudios (Ladouceur y cols., 2013; Williams y cols., 2012): 1) Información sobre el juego, 2) problemas con el juego, 3) pensamientos típicos con el juego, 4) el juego responsable y 5) regulación emocional (RE) y conductas impulsadas o dirigidas por las emociones (CIDE).

Los resultados revelaron un alto nivel de satisfacción e interés con el mismo. Aspectos tales como el nivel de conocimientos, los ejercicios y las dinámicas realizadas, la organización y los contenidos del taller fueron bien valorados. Además, el taller fue valorado como una experiencia positiva, cumpliendo los objetivos y las expectativas de los participantes. Estos datos sugieren una buena aceptación del taller descrito en el presente trabajo.

En este sentido, la elevada aceptación del taller puede ser un factor que favorezca el aprendizaje y la adquisición de habilidades fundamentales para la prevención de problemas relacionados con el juego, tal y como sugieren algunos autores (Williams y cols., 2010). Este programa pretende ser una herramienta de prevención útil de un problema cada vez más extendido entre la población joven. Por este motivo, en un futuro se requiere continuar dedicando esfuerzos en esta línea y llevar a cabo estudios que muestren la eficacia de este tipo de programas, ya que en España, hasta la fecha, no contamos con datos empíricos que avalen estas iniciativas.

Otro aspecto a considerar en futuros estudios es la inclusión de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), ya que podrían ayudar a mejorar la adherencia a programas de prevención, especialmente en este sector de la población. Por un lado, los jóvenes pertenecen a una generación que se identifica más con los avances tecnológicos, por esta razón pueden sentirse más animados a probarlos y no les frena su complejidad de uso. Por otro lado, las TIC proporcionan un lenguaje atractivo y tienen una mayor accesibilidad, ya que se pueden utilizar a través de Internet. Además, el uso de Internet podría ser una herramienta útil para acercar este tipo de programas de prevención a las personas que los necesitan asegurando la confidencialidad de los usuarios. En definitiva, los beneficios de Internet pueden hacer más accesibles y aceptables las intervenciones psicológicas, ya sean programas de prevención o tratamiento.

En conclusión, a lo largo de este trabajo se ha presentado y descrito un programa de prevención de JP dirigido a población joven que ha demostrado tener una buena aceptación por parte de los participantes. Cabe subrayar la importancia de diseñar programas de prevención que motiven a los jóvenes con el objetivo de mejorar la adherencia y aceptación de los mismos. En un futuro, son necesarios estudios que muestren la eficacia de este taller.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4.^a ed.) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA. American Psychiatric Association.
- (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arbinaga, F. (2000). Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones*, 12, 493-505.

- Becoña, E. (1996). Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland, and Spain. *Journal of Gambling Studies*, 12, 197-192.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de psicología*, 30, 7-20.
- Becoña, E. (2010). Epidemiología del juego patológico. En Echeburúa, E., Becoña, E., Labrador, J. F. y Fundación GAUDIUM (coords.) (2010). *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Campos, D., Nebot, S., Quero, S. y Bretón-López, J. M. (2015). El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICS) en la prevención del juego patológico en población joven y adolescente. *Ágora de Salud*, 1, 221-233. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.17>.
- Dickson, L. M., Derevensky, J. L. y Gupta, R. (2002). The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. *Journal of Gambling Studies*, 18, 97-159.
- Dirección General de Ordenación del Juego (2013). *Mercado del Juego Online en España. Informe trimestral Junio-Diciembre de 2012*. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía?. *Adicciones*, 20, 321-325.
- Echeburúa, E., Becoña, E., Labrador, J. F. y Fundación GAUDIUM (coords.) (2010). *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Ferentzy, P., Turner, N. E., y Skinner, W. (2006). The prevention of pathological gambling: An annotated bibliography. *Journal of Gambling Issues*, 17, 1-50.
- Gupta, R., y Derevensky, J. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13, 179-192.
- Gupta, R. y Derevensky, J. L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14, 319-345.
- Hodgins, D. C., Fick, G. H., Murray, R. y Cunningham, J. A. (2013). Internet-based interventions for disordered gamblers: study protocol for a randomized controlled trial of online self-directed cognitive-behavioural motivational therapy. *BMC Public Health*, 13, 10.
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12, 129-142.
- Ladouceur, R., Goulet, A., y Vitaro, F. (2013). Prevention programmes for youth gambling: a review of the empirical evidence. *International Gambling Studies*, 13, 141-159. DOI: 10.1080/14459795.2012.740496
- Moreno Mariscal, S. (coord.) (2007). *Guía clínica. Actuar ante el juego patológico*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Ochoa, E. y Labrador, F. J. (con la colaboración de E. Echeburúa, E. Becoña y M. A. Vallejo) (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Shaffer, H. Hall, M. N. y Van der Bilt, J. (1997). *Estimating prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis*. Boston: Harvard Medical Division on Addictions.
- Stucki, S. y Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23, 245-257.
- Williams, R. J., West, B. L. y Simpson, R. I. (2008). *Prevention of problem/pathological gambling: A comprehensive review of the evidence*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario, Canadá. Recuperado el 10 de junio, 2015, de: <http://hdl.handle.net/10133/414>.

- Williams, R. J., West, B. L. y Simpson, R. I. (2012). *Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence and identified best practices*. Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. Recuperado el 10 de junio, 2015, de: <http://hdl.handle.net/10133/3121>.
- Williams, R. J., Wood, R. T., y Currie, S. R. (2010). Stacked deck: An effective, school-based program for the prevention of problem gambling. *The journal of primary prevention*, 31, 109-125. DOI 10.1007/s10935-010-0212-x.

Factores determinantes en la adaptación del paciente portador de ostomía y la importancia del estomaterapeuta

MIRIAM LIZETH CANTERO CUNALATA
al226396@uji.es

ELADIO JOAQUÍN COLLADO BOIRA
colladoe@uji.es

Resumen

Introducción: Las personas enterostomizadas suelen experimentar problemas fisiológicos, psicológicos y sociales que repercuten en su adaptación social. El objetivo de este trabajo es identificar las principales variables que intervienen en la adaptación de los pacientes a la enterostomía, así como dar a conocer la importancia de la labor del estomaterapeuta en este proceso. **Método:** Búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas relacionadas con el objeto de estudio, indexadas en SCOPUS, PubMed y CINAHL. La recuperación de información se llevó a cabo mediante la combinación de vocabulario estructurado y texto libre, y el uso de operadores booleanos «AND» y «OR» para delimitar la búsqueda. Se seleccionaron todas aquellas evidencias científicas que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos. La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante una herramienta digital. **Resultados:** Se identificaron 1238 referencias, incluyéndose finalmente dos revisiones sistemáticas que cumplían los criterios de elegibilidad establecidos. Los artículos sintetizan los resultados de 29 estudios cualitativos y cuantitativos. **Conclusiones:** La educación sanitaria, la alteración de la imagen corporal, el apoyo familiar, la comunicación del diagnóstico de cáncer y el proceso de autocuidado repercuten principalmente en la adaptación del paciente. Son necesarias nuevas investigaciones para conseguir conclusiones fiables y centrarlas en el papel del estomaterapeuta. Se recomienda garantizar el acceso a los pacientes ostomizados a una atención especializada e incluir su cuidado en los programas formativos.

Palabras clave: ostomía, colostomía, cuidados de enfermería, rol de la enfermera, adaptación.

Abstract

Introduction: The ostomates often experience physiological, psychological and social problems that affect their social adaptation. The aims of this study are to identify the main variables involved in the adaptation of patients to enterostomy as well as raising awareness of the importance of the work of the ostomy specialist in this process. **Method:** Literature research of systematic reviews related to the object of study, indexed

in SCOPUS, PubMed and CINAHL. The information retrieval was performed by combining structured vocabulary and free text, and the use of Boolean operators «AND» and «OR» to narrow the search. All the scientific evidence that meets the eligibility criteria was selected. The methodological quality of the studies was assessed using a digital tool. **Results:** 1238 references were identified, eventually including two systematic reviews that met the eligibility criteria. Articles summarize 29 qualitative and quantitative studies results. **Conclusions:** Health education, altered body image, family support, cancer diagnosis communication and the self-care process particularly affect patient's adaptation. Additional research is needed to get reliable conclusions, focusing on the ostomy specialist's role. It is highly recommended ensuring access to specialized care to ostomates and including their care on training programs.

Keywords: ostomy, colostomy, nursing care, nurse's role, adaptation.

Introducción

Una ostomía es el resultado de un procedimiento quirúrgico con fines terapéuticos que comunica o fistuliza una víscera hueca con la superficie corporal. La mucosa se sutura a la piel del abdomen en una zona distinta al orificio natural de evacuación, denominándose *estoma*, término que etimológicamente procede del griego y cuyo significado es 'boca' o 'apertura'. Así pues, existen diferentes tipos de estoma en función de la porción intestinal seccionada y de la temporalidad de su permanencia.

Según la zona intestinal exteriorizada puede denominarse *colostomía* cuando se comunica el colon con la pared abdominal, mientras que se designa como *ileostomía* cuando la parte que aboca a la pared abdominal es una porción de íleon. Asimismo, en función del tiempo de permanencia, el estoma puede ser temporal o definitivo, dependiendo de la patología o lesión intestinal que produjo la realización de la intervención, es decir, depende de la posibilidad de recuperación de la función intestinal una vez haya cumplido con su cometido. (Aecc, 2014; Canaval, Londoño y Herrera, 2005; Instituto Antae, 2014).

En el presente trabajo nos centraremos en los estomas intestinales de eliminación, también denominados *enterostomías de eliminación*.

Los principales factores etiológicos que conllevan a la realización de una enterostomía de eliminación son el cáncer colorrectal (CCR), el cual representa un 80 % de las enterostomías que se realizan en España, seguida de la enfermedad Inflamatoria Intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn), que representa un 8 % del total de las enterostomías efectuadas, entre otras como la diverticulitis intestinal, los traumatismos anorrectales o la oclusión intestinal, las cuales representan un menor porcentaje (Campillo, 2014; Collado, 2014).

Las enterostomías de eliminación conllevan la adquisición de competencias para el paciente ostomizado o su cuidador principal, relacionados con el cuidado e higiene del orificio estomal, la utilización de dispositivos recolectores específicos, el aprendizaje de técnicas de continencia, así como la adopción de unos hábitos alimenticios adecuados a fin de evitar molestias relacionadas con los gases intestinales, la consistencia de las heces y el olor de las mismas.

Si bien las funciones fisiológicas del organismo continúan funcionando igual que antes de la intervención, la presencia del estoma en la pared abdominal produce un gran impacto a nivel emocional, psicológico, físico y social en este tipo de pacientes, sobre todo por el desconoci-

miento de este tipo de cirugía, sus consecuencias y la ausencia de información presente en algunas ocasiones (Instituto Antae, 2014).

A pesar de la ausencia de un registro nacional de pacientes ostomizados que nos permita conocer con exactitud la cantidad de pacientes portadores de ostomía, según datos de la Asociación Española de Cirujanos (2005) y de algunos estudios recientes (Collado, 2014, Instituto Antae, 2014), en países occidentales se recogen cifras que se encuentran entre el 2 y el 4 por mil de personas adultas ostomizadas, mientras que entre la sociedad española es aproximadamente el 1,5 ‰, lo que supone un colectivo de unas 70.000 personas, siendo la incidencia en la población adulta de más de un 3 ‰, produciéndose cada año más de 13.000 casos nuevos, cifras que justifican el fuerte impacto social y sanitario del problema en cuestión.

Según estudios recientes (Collado, 2014; Instituto Antae, 2014), entre el 16 % y el 20 % de los pacientes enterostomizados presenta algún tipo de complicación, entre las que destacan por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida del paciente la dermatitis, edema, necrosis, hemorragia, restricción, prolapso, evisceración y diarrea (Collado, 2014; Corella y cols., 2005; Grupo CIDO, 1997).

Se evidencia, por tanto, la importancia de la educación del autocuidado tan pronto como sea posible, ya sea tanto para evitar como para minimizar estos problemas, en el que el personal de enfermería especializado juega un papel fundamental (Collado, 2014; Instituto Antae, 2014).

Dado que la repercusión de este tipo de intervención sobre la calidad de vida de los pacientes enterostomizados ha quedado demostrada en múltiples estudios (Brown y Randle, 2005; Collado, 2014; Instituto Antae, 2014), es de relevancia el beneficio de la participación de un equipo multidisciplinar, que dirija el cuidado de la enterostomía hacia la independencia de los usuarios y, de esta forma, éstos puedan dirigir sus potencialidades hacia formas que les ayuden a afrontar su nueva condición de vida (Mejía, 2006). Este cuidado es realizado sobre todo por el/la enfermero/a especializado/a o estomaterapeuta, que es el profesional que garantiza esta atención adecuada tanto al paciente ostomizado como a su familia, ya que le proporciona una educación sanitaria que le capacita para el cuidado de su estoma. Además, previene, detecta y trata complicaciones, y le presta el apoyo emocional que precisa para afrontar de manera óptima este proceso (Instituto Antae, 2014).

La enfermería, por tanto, tiene un papel clave en el cuidado de este tipo de usuarios durante el perioperatorio, realizando labores de ayuda al paciente a entender mejor su patología, facilitando la adaptación a la vida con un estoma, enseñando habilidades prácticas para el cuidado del mismo, así como abordando temas relacionados con la imagen corporal, sus redes de apoyo familiar, el empleo, y la sexualidad, es decir, el personal enfermero se dispone a enseñar, supervisar y acompañar al individuo durante todo el proceso de adaptación a su vida cotidiana (Brown y Randle, 2005).

A pesar del impacto en la calidad de vida del paciente y de la necesidad de aprendizaje de cuidados tanto para evitar complicaciones como para reducir costes, el 40 % de los hospitales públicos de España no cuenta con una consulta de ostomías. Asimismo, de los 220 hospitales públicos solo hay consultas en 146, siendo además el 73 % de las consultas de ostomías a tiempo parcial y solo el 27 % a tiempo completo. Por tanto, el 36 % de los ostomizados procedentes de hospitales públicos no tiene acceso a una atención especializada en ostomías, lo que se traduce en un aumento de las complicaciones y, por consiguiente, de los costes sanitarios, así como la afectación de la acomodación del usuario a su nuevo estilo de vida, es decir, se produce una repercusión negativa en la calidad de vida tanto del individuo portador del estoma como de su familia (Instituto Antae, 2014). Por ello, el propósito de este trabajo de revisión bibliográfica es identificar los principales factores que afectan a la adaptación del paciente a su enterostomía

y a su readaptación a su vida diaria, así como mostrar la importancia de la figura del estomaterapeuta como ayuda en dicha adaptación.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica con el propósito de recuperar las mejores evidencias científicas en el ámbito de la disciplina enfermera. Definiendo para ello como criterios de inclusión: revisiones sistemáticas publicadas en los últimos cinco años, escritas en inglés y castellano, que tratan sobre la adaptación del paciente a su ostomía y el papel de enfermería dentro de esta situación. Únicamente se eligieron revisiones sistemáticas debido a que éstas resumen los resultados de los estudios disponibles y proporcionan un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud (Centro Cochrane Iberoamericano, 2014).

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de enero a marzo de 2015 en las bases de datos SCOPUS, PUBMED y CINAHL, ya que se consideran unas de las fuentes de información más importantes en ciencias de la salud y son actualizadas constantemente, siendo además CINAHL una base de datos especializada en enfermería.

Con el fin de realizar una búsqueda eficiente de información, se formuló la pregunta clínica mediante el modelo PIO, que permite maximizar la recuperación de evidencias en las bases de datos, enfoca el propósito de la investigación y evita realizar búsquedas innecesarias (Costa, Mattos y Cuce, 2007). La pregunta fue estructurada en los siguientes componentes:

- P – Ostomía/colostomía
- I – Cuidado de enfermería/papel de enfermería
- O – Adaptación

Para la realización de la búsqueda bibliográfica, estos elementos se utilizaron combinando vocabulario estructurado o descriptores y texto libre. Asimismo, para delimitar la búsqueda se utilizaron los operadores booleanos «AND» (operador restrictivo) y «OR» (operador de adición), así como los filtros disponibles en cada una de las bases de datos.

La estrategia de búsqueda definitiva fue: (ostomy OR colostomy) AND (nursing care OR nurse's role) AND (adjustment OR adaptation).

A continuación, se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos resultantes de la búsqueda final, seleccionándose aquellas referencias que cumplieran con los criterios de elegibilidad establecidos y se podía acceder al texto completo.

La evaluación de la calidad metodológica de las publicaciones incluidas, se realizó a través de la plataforma *www.lecturacritica.com*, mediante unos instrumentos metodológicos denominados «Fichas de lectura crítica», las cuales permiten valorar diferentes diseños de estudios, analizar la calidad o validez de éstos, facilitando la síntesis de la evidencia de manera clara y visible en tablas (López y cols., 2006).

Resultados

La búsqueda realizada en la base de datos SCOPUS recuperó 532 referencias, de las cuales 1 cumplía con los criterios de elegibilidad mencionados anteriormente y ha sido incluida en esta revisión (Araujo y Neves, 2014). De la base de datos PUBMED se recuperaron 283 referencias, de las cuales 1 cumplía con los criterios de elegibilidad (Seng, Chen, Chiew, Hong-Gu y

Klainin, 2013). Mientras que de la búsqueda realizada en la base de datos CINAHL se recuperaron 423 referencias, de las cuales 1 ha sido incluida en este trabajo al cumplir con los criterios de elegibilidad, siendo la misma referencia que la recuperada en la base de datos PUBMED. El proceso de selección de los estudios se describe en la figura 1.

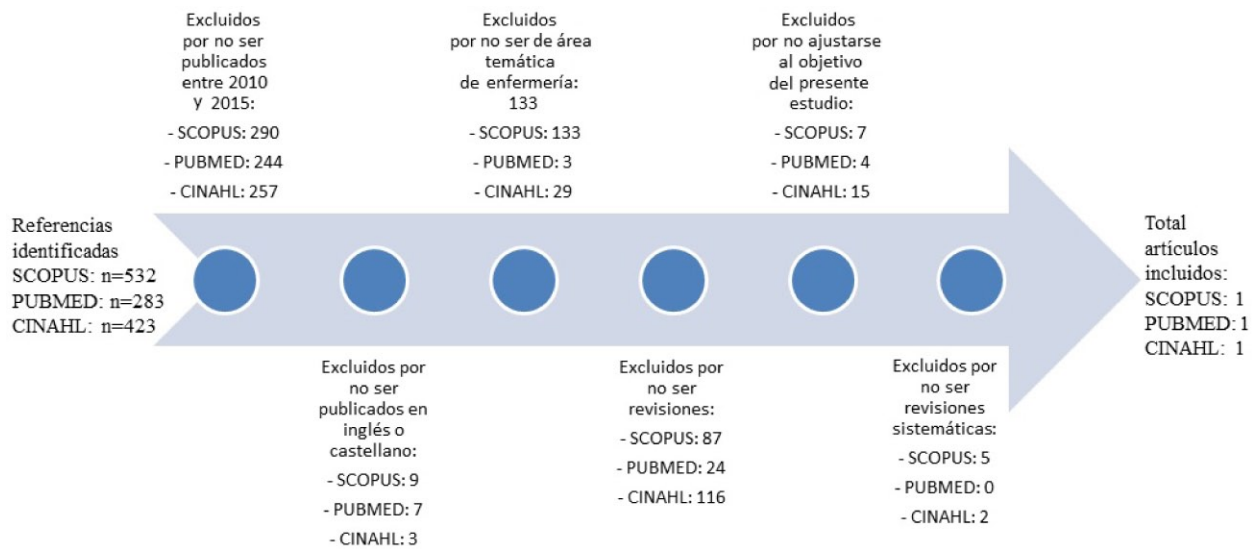


Figura 1. Proceso de selección de los estudios

Las dos revisiones sistemáticas incluidas en este trabajo (Araujo y Neves, 2014; Seng, Chen, Chiew, Hong-Gu y Klainin, 2013) sintetizan los resultados de 29 estudios cualitativos y cuantitativos.

La revisión sistemática realizada por Araujo y Neves (2014) incluye 21 artículos, de los cuales once son cualitativos y diez, cuantitativos. Los autores procedieron a realizar un análisis de contenido de las evidencias recuperadas, siendo clasificadas en base al análisis temático de Bardin (2002), que consiste en tres etapas: preanálisis, descripción analítica e interpretación inferencial. De este análisis surgieron las tres categorías desarrolladas en el estudio.

En este estudio no se tiene en cuenta el posible sesgo de publicación (Marín, Sánchez y López, 2009), ya que no describe el tamaño muestral de las evidencias recuperadas.

En la revisión sistemática de Seng y cols. (2013), se incluyen 8 artículos, de los cuales tres son de tipo cualitativo y cinco de diseño cuantitativo. Los estudios incluidos fueron evaluados utilizando las herramientas elaboradas por el Instituto Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2011). Todas las evidencias científicas incluidas usaban un muestreo por conveniencia, lo que puede incrementar el riesgo de sesgo de selección y limitar la generalización de los resultados.

La adopción de un diseño transversal en 7 de los artículos no proporcionó pruebas sólidas para apoyar las relaciones causales entre las variables de estudio. Además, se observó una limitación al no especificar el período de búsqueda.

En esta revisión (Seng y cols., 2013), por una parte se tiene en cuenta el posible sesgo de publicación al reportar el tamaño muestral de los estudios incluidos. Sin embargo, al incluir en la revisión solo trabajos publicados en inglés, aumenta la posibilidad de sesgo de publica-

ción, pudiendo producirse una sobrevaloración del efecto de las variables evaluadas, ya que se ha probado que los estudios con resultados no significativos o en idioma distinto al inglés tienen menor probabilidad de ser publicados en revistas de alto impacto o indexadas en las bases de datos de mayor relevancia, por lo que a su vez tienen menor posibilidad de ser incluidos en revisiones sistemáticas (Letelier, Manríquez y Rada, 2005; Pértega y Pita, 2005).

Los criterios de elegibilidad están claramente establecidos en ambos estudios, y las bases de datos empleadas son relevantes y con un peso importante en las ciencias de la salud, a pesar de no explicar los motivos de la elección de las mismas.

La evaluación del grado de heterogeneidad de los estudios incluidos en las revisiones no es realizada por los autores de ambas publicaciones. Asimismo, ambos estudios no declaran la existencia o ausencia de algún conflicto de interés, lo que puede aumentar el riesgo de sesgo de publicación.

Discusión y conclusiones

Tras el análisis de ambos artículos incluidos en esta revisión bibliográfica, se ha observado que los dos estudios refieren resultados similares, siendo una de las principales variables que repercuten en la adaptación del paciente a la enterostomía de eliminación, la educación aportada por el personal de enfermería acerca del cuidado del estoma.

Según Araujo y Neves (2014) se debería prestar una atención individualizada que tenga en cuenta las actitudes del paciente, la base de conocimientos y la capacidad de aprendizaje de éste y de su familia, con el objetivo de conseguir un autocuidado eficaz. Para ello, el personal de enfermería debería ampliar sus conocimientos y aumentar su comprensión de los sentimientos que surgen en este tipo de usuarios durante el proceso de adaptación a la ostomía. En esto coincide el estudio de Seng y cols. (2013) en el que expone que los/as enfermeros/as deberían ser conscientes de la importancia de cuidar tanto el bienestar físico como el psicológico de los pacientes. Además, Araujo y Neves (2014) proponen que el refuerzo de fundamentos teóricos y la actualización de conocimientos de los estudiantes y profesionales de enfermería son elementos fundamentales para el desarrollo de habilidades afectivas que les permitirán proporcionar una atención adecuada en la práctica clínica a este tipo de usuarios, lo que se asemeja a los resultados de publicaciones recientes (Gómez y cols., 2013).

Otra de las variables más importantes en las que coinciden ambos estudios y que pueden influir en la adaptación a la vida diaria del individuo, es la alteración de la imagen corporal debido a la presencia del estoma y a los distintos dispositivos que deben utilizar. Esto origina la aparición de sentimientos negativos que disminuyen su autoestima y que intervienen de forma adversa en su sexualidad y en el retorno a las actividades sociales, originando en muchas ocasiones problemas de aislamiento social y, por ende, repercute negativamente en su calidad de vida. Asimismo, ambos estudios refieren que la aceptación de la nueva imagen corporal es primordial para que el paciente acepte el estoma y se integre nuevamente en la sociedad, lo que también coincide con otros trabajos realizados recientemente (Bonill y cols., 2013; Cotrim y Pereira, 2008; Gómez y cols., 2013; Martín, Panduro, Crespillo, Rojas y González, 2010).

Del mismo modo, en ambas revisiones se tiene en cuenta el proceso de autocuidado como otra de las variables a considerar, ya que los pacientes deben adquirir habilidades prácticas para el cuidado del estoma en un corto periodo de tiempo, lo que a su vez puede originar problemas a nivel psicológico y un retraso en el desarrollo de la autonomía en el cuidado del estoma.

El estudio de Araujo y Neves (2014) también tiene en cuenta a la familia como principal elemento en la adaptación al estoma, siendo la que se encarga de proporcionar apoyo emocional y social, con el fin de hacer frente a los problemas ante esta nueva situación y conseguir un adecuado autocuidado y autonomía del sujeto, tal y como lo corroboran diversos trabajos (Bonill y cols., 2013; Martín, y cols., 2010; Simmons, Smith, Bobb, y Liles, 2007).

Además, la literatura refiere que el personal de enfermería es esencial para que se lleve a cabo esta variable, ya que fomentan la cohesión familiar al favorecer un diálogo abierto donde puedan expresar sus preocupaciones y sentimientos. Sin embargo, en el artículo de Seng y cols. (2013), incluido en esta revisión, el elemento «apoyo familiar» no es identificado como variable que afecte al individuo.

A diferencia con el estudio de Araujo y Neves (2014), el estudio realizado por Seng y cols. (2013) tiene en cuenta la variable «diagnóstico del cáncer» como uno de los principales elementos que intervienen en la adaptación del usuario, siendo éste un generador de sentimientos de miedo y preocupación por la reaparición de la neoplasia tras la cirugía, o siendo vista dicha intervención como una oportunidad para sobrevivir.

Seng y cols. (2013) también refieren que tras el alta los pacientes continúan experimentando factores estresantes que dificultan la total aceptación de la enterostomía. Por eso, exponen que se debería proporcionar asesoramiento y apoyo a largo plazo y de forma continua.

A pesar de la gran cantidad de estudios relacionados con las ostomías, tras realizar una búsqueda exhaustiva, se procuraron encontrar las evidencias más actuales, por lo que se han recuperado únicamente dos revisiones sistemáticas, en las que se han podido observar resultados similares en cuanto a las variables que afectan al usuario en su adaptación. Sin embargo, con los estudios recuperados no se ha podido definir la importancia del estomaterapeuta en la adaptación del individuo a su enterostomía de eliminación.

Por otro lado, el presente trabajo de revisión presenta una serie de limitaciones. Una de ellas es la restricción por idioma, ya que al realizar la búsqueda únicamente en inglés y castellano se ha podido inducir un posible sesgo de publicación, ya que los documentos escritos en idioma inglés tienen más posibilidades de publicarse, recuperarse y, por tanto, citarse que los de otro idioma (Pértega y Pita, 2005).

Junto con el sesgo de publicación, el sesgo de selección representa una de las principales limitaciones metodológicas en este tipo de estudios, ya que es importante definir con precisión tanto los criterios de inclusión como los de exclusión de los estudios incluidos en la revisión, y que éstos sean lo más objetivos posibles (Pértega y Pita, 2005). Así pues, a pesar de que se definen con claridad los criterios de inclusión, los criterios de exclusión no están definidos. Esto es así, ya que al realizar la búsqueda únicamente con los criterios de elegibilidad, los resultados obtenidos ya eran excesivamente limitados, por lo que no se consideró conveniente restringir más la búsqueda estableciendo criterios de exclusión.

Otro aspecto que puede comprometer la validez de los resultados de esta revisión es la calidad de los estudios originales incluidos (Pértega y Pita, 2005), ya que a pesar de que los artículos incluidos tienen una calidad metodológica media y alta, al realizar el análisis para determinar dicho nivel de calidad, se utilizan diferentes *checklist* que en algunos casos son subjetivos y, por ende, dependen del criterio del autor, ya que la plataforma no cuenta con un sistema de validación posterior para corroborar los datos del registro (Servicio de Medicina Interna del Hospital de León, s.f.).

Otra de las limitaciones es el tamaño muestral de los estudios incluidos en las revisiones analizadas, sobre los que Seng y cols. (2013) se basan en su artículo, y del que Araujo y Neves (2014) no informan. Esta limitación puede deberse a la falta de registros de pacientes ostomizados.

Teniendo en cuenta las deficiencias metodológicas observadas, se puede considerar que el elemento principal que repercute en la adaptación de los individuos es la educación sanitaria recibida, sobre todo, por parte del personal de enfermería.

A pesar de que algunos estudios recientes (Instituto Antae, 2014; Pittman, Kozell y Gray, 2015) refieren la minimización del impacto que origina la presencia del estoma en la calidad de vida de este tipo de pacientes y la reducción de costes sanitarios asociados, este estudio permite observar la carencia de investigaciones respecto al papel del especialista en estomaterapia.

Por ello es conveniente llevar a cabo nuevas investigaciones que contemplen las limitaciones de los distintos artículos publicados, sobre todo la ausencia de un registro de pacientes ostomizados que permita la realización de nuevos ensayos con un tamaño muestral adecuado, con el fin de obtener unas conclusiones con menor sesgo y mayor posibilidad de generalizar los resultados, así como evaluar la importancia del estomaterapeuta en el proceso de adaptación. La finalidad es dar a conocer al personal sanitario, la importancia de obtener unos conocimientos adecuados respecto a las variables que pueden afectar a este tipo de pacientes, encaminando los cuidados hacia la excelencia y, de este modo, disminuir el deterioro de la calidad de vida de los individuos.

Referencias bibliográficas

- Aecc. (2014). Secuelas del cáncer de colon. Recuperado el 23 de febrero, 2015, de: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancerdecolon/Paginas/secuelas.aspx>.
- Araujo Torquato Lopes, A. P. y Das Neves Decesario, M. (2014). The Adjustments Experienced by Persons With an Ostomy: An Integrative Review of the Literature. *Ostomy wound management* 60, 34-42.
- Asociación Española de Cirujanos (2005). *El Paciente Ostomizado en el entorno de una Asociación*. Recuperado el 23 de febrero de 2015, de: http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente_ostomizado.php.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido* (3ª ed.). Madrid: AKAL.
- Bonill de las Nieves, C., Hueso Montoro, C., Celdrán Mañas, M., Rivas Marín, C., Sánchez Crisol, I., y Morales Asencio, J. M. (2013). Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index de Enfermería*, 22, 209-213. doi:10.4321/S1132-12962013000300004.
- Brown, H., y Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 74-81. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x.
- Canaval G. E., Londoño M. E. y Herrera A. M. (2005). Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma. Recuperado el 24 de febrero, 2015, de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>.
- Campillo, J. (2014). La calidad de vida de un paciente ostomizado es mayor al año de practicarse la cirugía que a los 6 meses. Recuperado el 3 de marzo de 2015, de: [http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/49b7e19ce680683bc1257ceb004bac98/\\$FILE/Stoma Life.pdf](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/0/49b7e19ce680683bc1257ceb004bac98/$FILE/Stoma Life.pdf).
- Centro Cochrane Iberoamericano (2014). Revisiones Cochrane. Recuperado el 17 de marzo de 2015, de: <http://es.cochrane.org/es/revisiones-cochrane>.
- Collado Boira, E. J. (2014). Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados. Tesis doctoral. Universidad Cardenal Herrera, Valencia, España.
- Corella Calatayud J. M., Vázquez Prado A., Tarragón Sayas M. A, Mas Vila T., Corella Mas J. M., Corella Mas L. (2005). Estomas, manual para enfermería. Alicante: CECOVA. Recuperado

- el 20 de febrero de 2015, de: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf.
- Cotrim, H., y Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 217-26. doi:10.1016/j.ejon.2007.11.005.
- Da Costa Santos M. C., Mattos Pimenta A. C., Cuce Nobre M. R. (2007). Estrategia pico para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 508-511. doi:10.1590/S0104-11692007000300023.
- Gómez del Río, N., Mesa Castro, N., Caraballo Castro, C., Fariña Rodríguez, A., Huertas Clemente, M. y Gutiérrez Fernández, Y. (2013). Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente. *ENE*, 7(3). Recuperado el 25 de febrero de 2015, de: <http://enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279>.
- Grupo CIDO (1997). *La solución específica para cada necesidad*. Draft. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de: [http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/homepage.nsf/0/e82b8e46e7d56ca241256a6a003e5ebb/\\$FILE/Guia_ostomizados.pdf](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/homepage.nsf/0/e82b8e46e7d56ca241256a6a003e5ebb/$FILE/Guia_ostomizados.pdf).
- Instituto Antae (2014). Coste-efectividad de la atención especializada en ostomía. Recuperado el 25 de febrero, 2015, de: http://www.enfermeriademurcia.org/attachments/article/1753/141001_Dossier_de_prensa_Estudio_Coste_Efectividad.pdf.
- Letelier, L. M., Manríquez, J. J., y Rada, G. G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Revista Médica de Chile*, 30, 37-39. doi:10.4067/S0034-98872005000200015.
- López de Argumedo M., Reviriego E., Andrío E., Rico R., Sobradillo N. y Hurtado de Saracho I. (2006). Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la lectura crítica y la síntesis de la evidencia científica. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba núm. 2006/02.
- Marín Martínez, F., Sánchez Meca, J., y López López, J. A. (2009). El metaanálisis en el ámbito de las Ciencias de la Salud: una metodología imprescindible para la eficiente acumulación del conocimiento. *Fisioterapia*, 31, 107-114. doi:10.1016/j.ft.2009.02.002.
- Martín Muñoz, B., Panduro Jiménez, R. M., Crespillo Díaz, Y., Rojas Suárez, L., y González Navarro, S. (2010). El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*, 19, 115-119. doi:10.4321/S1132-12962010000200009.
- Mejía Lopera, M. E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería*, 15, 48-52. Recuperado el 23 de febrero de 2015, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Pérttega Díaz, S., y Pita Fernández, S. (2005). Revisiones sistemáticas y Metaanálisis. Recuperado el 1 de abril de 2015, de: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/metaanalisis/RSyMetaanalisis.asp>.
- Pittman, J., Kozell, K., y Gray, M. (2015). Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal ostomy surgery?. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 36, 254-265. doi:10.1097/WON.0b013e3181a39347.
- Seng Giap, M. A., Chen Chen, H., Chiew Siah, R. J., Hong-Gu, He, Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *Oncology Nursing Forum*, 40, 587-94.
- Servicio de Medicina Interna del Hospital de León (s. f). Fichas de lectura crítica FLC 2.0. Recuperado el 7 de abril de 2015, de: <https://mileon.wordpress.com/2015/03/16/fichas-de-lectura-critica-flc-2-0/>.

- Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K. A., y Liles, L. L. M. (2007). Adjustment to colostomy: Stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 627-635. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x.
- The Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2011 Edition. Recuperado el 6 de abril de 2015, de: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>.

Manejo del dolor con acupuntura durante el trabajo de parto intrahospitalario

ANA CASANOVA GÓMEZ
anacasanova1012@gmail.com

MARÍA DESAMPARADOS BERNAT ADELL
bernatm@enf.uji.es

Resumen

Introducción: El uso de terapias complementarias para el alivio del dolor durante el trabajo de parto es cada vez más común en el medio hospitalario. Los métodos no farmacológicos suponen un aumento de la confianza y la participación de la mujer embarazada, que se siente autónoma en su propio proceso de parto. Este estudio pretende evaluar el uso de la acupuntura como técnica analgésica no farmacológica durante el trabajo de parto intrahospitalario. **Metodología:** Se realizó un estudio cuasiexperimental causa-efecto en gestantes de bajo/medio riesgo controladas en el Hospital Comarcal de Vinaròs. Se empleó una escala numérica de valoración del dolor en 3 tiempos y un cuestionario de satisfacción elaborado *ad hoc*. **Resultados:** Participaron en el estudio una muestra de 4 gestantes. La valoración del dolor por parte de las mujeres previa y posteriormente a la inserción de las agujas fue similar. Solamente en uno de los casos se recurrió a la necesidad de analgesia complementaria. Todas las participantes refieren mejores niveles de satisfacción y bienestar tras la técnica. **Conclusiones:** La acupuntura es una técnica segura y sin efectos secundarios en la embarazada y en el recién nacido. Debería ampliarse el tamaño de la muestra para sacar conclusiones relevantes. Es necesario seguir realizando más investigaciones.

Palabras clave: acupuntura, auriculoterapia, dolor, parto.

Abstract

Introduction: The use of alternative therapies to release pain during labor is more and more common at hospitals every day. These therapies also help pregnant women to be more self-confident, self-sufficient and involved in her own labor. The aim of this investigation is to evaluate the use of acupuncture as an analgesic, drug-free way to treat labor at hospitals. **Method:** Quasi-experimental study has been taken, aimed to pregnant women in a low/medium risk monitored at Hospital Comarcal at Vinaròs. A numerical scale was used to value pain in 3 times and a satisfaction survey taken *ad hoc*. **Results:** A sample of 4 pregnant women participated in the survey. The assessment of pain before and after the needles' insertion was similar. Just in one of the cases it was necessary to resort to complementary analgesic. All the participants agree that the levels of satisfaction and well-being improved after the technique. **Conclusion:** Acupuncture is a safe technique, without side effects in pregnant women and new-

borns. The sample size should be expanded to draw relevant conclusions. We must continue conducting further investigations.

Keywords: acupuncture, ear acupuncture, pain, labor.

Introducción

Se entiende por *parto* el proceso por el cual se consigue la expulsión del feto vivo y los anejos fetales fuera del organismo materno a través del canal de parto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995). Se caracteriza por la aparición de contracciones uterinas rítmicas y que van aumentando progresivamente de intensidad, las cuales conducirán a la dilatación cervical completa, a la expulsión fetal y a la expulsión de los anejos fetales. En nuestra sociedad, el dolor de parto supone un reto fisiológico y psicológico para las mujeres. La tensión, la ansiedad y el miedo son factores que contribuyen a la percepción del dolor y pueden también afectar al trabajo de parto y la experiencia del nacimiento del niño (Smith, Collins, Cyna y Crowther, 2011). El alivio del dolor durante el trabajo de parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados en la sala de partos (FAME, 2008). Sin embargo, hay estudios que demuestran que la eliminación completa del dolor no significa necesariamente que la experiencia del parto sea más satisfactoria para la mujer (Morgan, Bulpitt, Clifton y Lewis, 1982).

En nuestro país, el tipo de analgesia más empleado para el alivio del dolor durante el trabajo de parto es la analgesia epidural. Se considera que la analgesia epidural es eficaz para el alivio del dolor en el trabajo de parto. Aunque en ocasiones puede producir una analgesia inadecuada, efectos secundarios maternos y en el recién nacido, e influir en el progreso del parto y el establecimiento de la lactancia materna. En una revisión realizada por Leap y Anderson en 2008, se muestra que hay mujeres que utilizando anestesia epidural manifestaron un menor nivel de satisfacción que aquellas que experimentaron los dolores de parto.

Por su parte, la OMS (Organización Mundial de la Salud) tiene una postura claramente definida y recomienda evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Especifica que para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, el cambio de posición, los masajes, la relajación, la respiración, la acupuntura, y otros. En definitiva, se debe evitar la analgesia epidural como un método rutinario de alivio del dolor (Chalmers, Mangiaterra y Poter, 2001). Así pues, cada vez son más las mujeres a las que les gustaría evitar los métodos farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. El uso de métodos no farmacológicos supone el fomento en la confianza y en la participación de la mujer embarazada, que se siente autónoma en su propio proceso de parto.

Recogiendo todos estos datos, resulta interesante indagar más acerca de las terapias naturales en el manejo del dolor durante el proceso de parto. El uso de terapias complementarias en nuestro medio se viene utilizando desde la década de 1970, pero es en estos últimos años cuando está aumentando más rápido que nunca, y una de sus áreas clave es la obstetricia y la ginecología. Son muchos los hospitales europeos que han introducido estas terapias en sus maternidades y salas de partos. La acupuntura se está convirtiendo, cada vez más en un método reconocido ampliamente y está siendo implantado en el Servicio Nacional de Salud en hospitales de Inglaterra, Alemania y Escandinavia (Carr y Lythgoe, 2014).

En España, en concreto, son varios los hospitales que han emprendido esta iniciativa del tratamiento con acupuntura, y la han introducido en las salas de partos y Unidades de Atención

a la Mujer. En el Hospital La Plana, en Villareal, esta iniciativa lleva en marcha desde el año 2009. En sus instalaciones, emplean la acupuntura en diversas situaciones a lo largo del embarazo y durante el trabajo de parto. En Barcelona, en el Hospital Sant Joan de Déu, también se realiza acupuntura en la sala de partos y en las consultas externas; se trata con acupuntura a las mujeres durante el embarazo y la menopausia. Además, existen investigaciones clínicas que indican que la acupuntura puede aliviar el dolor de parto, acortar el proceso del mismo y tratar los desórdenes en el postparto. Todo ello sin efectos adversos para la madre y el niño, siendo un tratamiento económico y conveniente para aliviar el dolor durante el parto (Chen, Zhang, Fang y Yang, 2014). Sin embargo, otros estudios concluyen diciendo que es necesario realizar más investigaciones (Smith, Collins, Crowther y Levett, 2011).

Es evidente que sigue existiendo la necesidad de profundizar en la investigación acerca del uso de la acupuntura en el manejo del dolor de parto desde la perspectiva de la Medicina Tradicional China (MTC). La visión de la salud que tiene la MTC dificulta, en muchas ocasiones, que se puedan realizar ensayos clínicos sobre su eficacia. A pesar de ello, una de las principales instituciones del mundo que realiza revisiones bibliográficas, la Cochrane, acepta que existen investigaciones concluyentes sobre la efectividad de la acupuntura en el tratamiento de ciertas patologías como lumbalgia, migraña, artrosis o dolor. Además, considera a la acupuntura como potencialmente beneficiosa en el insomnio, en las molestias pélvicas, durante el embarazo, la dismenorrea, los vómitos y las náuseas.

El objetivo principal de este estudio es evaluar el uso de la acupuntura como técnica analgésica no farmacológica durante el trabajo de parto en embarazadas de bajo/medio riesgo que sean controladas en el Hospital Comarcal de Vinaròs.

Los objetivos específicos son:

- Conocer la relación entre el uso de la acupuntura y la demanda de otros métodos analgésicos.
- Estimar el grado de satisfacción de las mujeres tras la aplicación de la intervención.
- Estudiar la relación entre la valoración del dolor y variables asociadas como la edad de la madre, paridad, país de origen, edad gestacional, tipo de riesgo asociado al embarazo o peso del recién nacido entre otros.
- Comparar las constantes vitales de tensión arterial y frecuencia cardíaca antes y después de la intervención.

Método

Emplazamiento

Este estudio se llevó a cabo en el Servicio de Paritorios del Hospital Comarcal de Vinaròs.

Periodo de estudio

El estudio se desarrolló durante los meses de septiembre de 2014 a marzo de 2015.

Diseño

Se realizó un estudio cuasi-experimental de causa-efecto en el paritorio del Hospital Comarcal de Vinaròs, sobre una muestra de 4 gestantes con embarazo de bajo/medio riesgo a las que se les planteó el uso de acupuntura como alternativa analgésica durante el trabajo de parto.

Criterios de inclusión

Gestante sana de bajo/medio riesgo obstétrico, mayor de edad, firma del consentimiento informado, embarazo a término de 37 a 42 semanas de gestación, presentación fetal cefálica, gestación única y no contraindicaciones de parto vaginal.

Criterios de exclusión

Se excluyó a aquellas gestantes a las que se les programó una inducción de parto, embarazo gemelar o múltiple, embarazadas de alto riesgo obstétrico y mujeres que presentaron problemas en la comprensión del idioma.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews), MEDLINE, PUBMED, CINAHL, ENFISPO y Google Académico, para identificar artículos de investigación, ensayos clínicos relevantes y revisiones sistemáticas acerca del tratamiento del dolor en el trabajo de parto con acupuntura.

Empleándose los siguientes descriptores: «acupuntura», «auriculoterapia», «dolor», «parto».

Diseño del procedimiento

Se contactó con el Jefe de Servicio del paritorio del Hospital Comarcal de Vinaròs, con la Dirección de Enfermería y con el Comité de Ética Asistencial del citado hospital, para presentarles el proyecto. Se informa a las gestantes de la posibilidad de realizar acupuntura para el manejo del dolor durante el trabajo de parto al ingreso hospitalario, y si desean entrar en el estudio deberán firmar un documento de consentimiento informado. La matrona, por su parte, rellena una hoja de Registro de Acupuntura, donde se incluirán los datos de la paciente, una breve anamnesis e información de interés. Las gestantes pueden en cualquier momento del proceso solicitar otro tipo de analgesia alternativa así como la suspensión del tratamiento con acupuntura, revocando el consentimiento informado.

Según la etapa del parto, la localización del dolor y las características de cada gestante, el procedimiento fue el siguiente: durante la primera etapa del parto, también denominada *fase latente*, la mujer suele referir contracciones irregulares y menos dolorosas. En esta fase, se produce el borramiento del cuello del útero, la distensión del segmento inferior y el inicio de la dilatación. Se caracteriza por contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm (*Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*, 2010). Al inicio del trabajo de parto, cuando las contracciones todavía no son demasiado molestas y la mujer puede deambular, se aplica la auriculoterapia. La oreja supone una forma muy accesible para el manejo del dolor en esta etapa del parto, en la que se recomienda que la mujer permanezca erguida y que pueda moverse cuanto quiera. Se usan 5 puntos auriculares, en los que se insertan chinchetas. Se compara la sensibilidad (palpador de presión) de los puntos en ambas orejas y se aplica el tratamiento en aquella que muestra mayor sensibilidad. Previo a la inserción de las chinchetas se desinfecta el pabellón auricular con un algodón empapado de alcohol y se inspeccionan las agujas para excluir cualquier posible desperfecto. Los puntos a tratar a nivel auricular son los siguientes: punto útero – Shenmen - punto endocrino - punto cero - punto de vejiga.

Estos puntos no son los mismos para todas las mujeres, sino que se eligen en función del estado energético de la gestante en el momento en el que se vaya a realizar la técnica. Las

agujas en los puntos auriculares se aplican al inicio del parto y se dejan a lo largo de toda su evolución. Una vez puestas las chinchetas, la mujer puede ir a planta de maternidad con las mismas y son revisadas por la matrona cuando sea necesario.

La segunda etapa del parto, cuando la mujer llega a dilatación completa y aparecen las ganas de empujar, finaliza con el nacimiento del feto. Su duración es variable de una mujer a otra, considerándose normal hasta 3h en nulíparas sin anestesia epidural y hasta un máximo de 2h en multíparas sin anestesia epidural. Los tiempos con anestesia epidural son mayores (*Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*, 2010). Durante esta etapa, cuando la cabeza del feto ya está más próxima al periné, es frecuente que el dolor cambie de localización y pase a la zona perineal. En este caso se pueden insertar agujas en los puntos IG4 y B6 bilateralmente. Se eligen agujas de 1.5, 1 o 0.5 cuns (medida que se corresponde con la anchura de la primera falange del pulgar, empleando los dedos del paciente como patrón) (Focks, 2009), para la realización de la técnica y según las características físicas de cada mujer. Se insertan las agujas, previa desinfección con alcohol de la zona de punción y se realiza vibración manual de las mismas cada 5-10 minutos. En todo momento se le explica a la mujer el desarrollo del proceso, se resuelven dudas y se tiene en cuenta su estado energético desde la perspectiva de la MTC. Se pueden incluir otros puntos a lo largo de todo el proceso en función del estado energético de cada gestante.

Instrumentos de medición

Para valorar la efectividad del procedimiento se usó una escala numérica validada. Esta escala permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal con números de 0 al 10, donde 0 es la ausencia del síntoma a evaluar y 10 su mayor intensidad (*Guía de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos*, 2008). Se le explica a la gestante que los valores de 0 a 3 se corresponden con un dolor leve, de 4 a 7 la intensidad es moderada y de 8 a 10 se considera como «dolor severo», siendo 10 el peor dolor imaginable. Una vez realizado el procedimiento con acupuntura en cualquiera de las fases del parto, se les pasa a las gestantes la evaluación de la escala numérica. Se realizan 3 valoraciones, la primera previa a la intervención, y posteriormente, a los 30 y 60 minutos tras la realización de la técnica de auriculoterapia. Al final del parto, tras la inserción de las agujas en los puntos B6 e IG4, la valoración del dolor mediante EN se realiza previamente y, a los 15 y 30 minutos tras la técnica. Se prevé que la duración del periodo expulsivo es más corta, sobre todo en multíparas, por ello se considera apropiado acortar los tiempos para valoración del dolor en la etapa final del parto.

Como se ha explicado anteriormente, el dolor de parto es muy variable de una mujer a otra, por lo que resulta interesante recoger, además de la evaluación subjetiva por parte de la mujer, otros parámetros objetivos que nos sirvan para apoyar la disminución del dolor en la mujer gestante. El dolor agudo de parto, produce frecuentemente un aumento de la actividad simpática; así, se provoca un incremento del número de catecolaminas y en el sistema cardiovascular se produce aumento de la frecuencia cardíaca (FC), de la fuerza de contracción miocárdica, del consumo de oxígeno materno, así como una vasoconstricción periférica generalizada que determina un incremento de la tensión arterial (TA) (McMahon y Koltzenburg, 2007). Se recogen por tanto, las constantes vitales de TA y FC en el momento del parto, como otro parámetro más a valorar. Su medición se realiza en 2 tiempos, una previa a la intervención y otra a los 30 minutos de la misma. Con esto, se pretende observar si al mismo tiempo que disminuye la valoración del dolor en la escala numérica, lo hacen también los valores de frecuencia cardíaca y tensión arterial, como signo fisiológico.

Tras el parto, se le pasa a la mujer un cuestionario de satisfacción, en el que se le preguntan cuestiones relacionadas con la técnica y sobre el manejo del dolor mediante el uso de la acupuntura, posteriormente se realiza un análisis de los datos para obtener mayor información.

Aspectos ético-legales

Este estudio contó con la autorización del Comité de Ética Asistencial del propio hospital, el visto bueno del Jefe de Servicio de la Unidad de Obstetricia y Ginecología, y de la Dirección de enfermería. La recogida y gestión de los datos se llevó a cabo conforme a la legislación actual de protección de datos de carácter personal e investigación biomédica.

Análisis estadístico de los datos

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el paquete SPSS versión 2.0. Para las variables cuantitativas se empleó la media y la desviación estándar, y para las cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes, con un intervalo de confianza del 95 %.

Resultados

En el grupo de estudio participaron 4 gestantes con gestación de bajo/medio riesgo.

La edad media de las gestantes en años fue de 31,25. Todas ellas de nacionalidad española. Incluyendo una gestante con embarazo de bajo riesgo y las otras tres de riesgo medio. El 50 % de las mujeres eran nulíparas, y el otro 50 %, primíparas. La valoración del dolor por parte de las gestantes previa y posteriormente a la inserción de las agujas fue similar. Solamente en uno de los casos se recurrió a la necesidad de analgesia complementaria (anestesia epidural). Todas ellas refieren mayor relajación y bienestar tras la técnica. Se observa disminución de los valores de TA y FC tras la inserción de las agujas.

En cuanto a las respuestas del cuestionario de satisfacción se obtienen los siguientes resultados:

- Solamente una de las gestantes refiere haberse tratado con acupuntura previamente.
- Todas ellas refieren que el uso de acupuntura durante el parto ha disminuido su sensación dolorosa.
- Consideran la experiencia como satisfactoria.
- No les ha resultado dolorosa la inserción de las agujas.
- Desean ser tratadas con acupuntura en un futuro embarazo.
- Recomiendan la acupuntura para el tratamiento del dolor en el parto de otras mujeres.

La puntuación obtenida en cuanto al grado de satisfacción con la técnica en una escala del 1 al 10 ha sido de 7,25.

Discusión y conclusiones

En agosto de 2014 se publicó un estudio realizado a un grupo de mujeres nulíparas durante su trabajo de parto en el Hospital Sir Run Run Shaw, en China. Se empleó el uso de electroacupuntura en los puntos B6 y EXB2 (JIAJI), dando como resultado una disminución del dolor a

los 30 minutos tras la aplicación de la técnica y acortamiento de la fase activa de parto (Dong, Hu, Liang y Zhang, 2015). En cuanto a la comparación del uso de acupuntura *versus* TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*) o analgesia tradicional para el alivio del dolor en el parto, se realizó en 2009 un ensayo controlado aleatorio en el Aarhus University Hospital, en Dinamarca. Las gestantes que recibieron acupuntura en comparación con TENS o analgésicos tradicionales, necesitaron menor uso de fármacos y métodos invasivos durante el parto (Borup, Wurlitzer, Hedegaard, Kesmodel, y Hvidman, 2009). En una revisión bibliográfica realizada por la Cochrane en 2008, se incluyeron 14 ensayos para examinar los efectos de las terapias complementarias y alternativas para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto en la morbilidad materna y perinatal. Los ensayos con acupuntura mostraron una disminución en la necesidad de alivio del dolor (Smith, Collins, Cyna y Crowther, 2008). Otro estudio realizado en un Hospital terciario universitario de Noruega, publicado en 2006, demostró que las mujeres que reciben acupuntura en un trabajo de parto normal requieren menos analgesia epidural que aquellas que no la reciben (Nesheim y Kinge, 2006). Se encontró que la acupuntura favorece el parto vaginal, al igual que reduce las dosis de oxitócicos, analgésicos y anestésicos (Díaz y Macías, 2013). También en el año 2011, en el Hospital San Gerardo, en Monza, Italia, se lleva a cabo una investigación acerca de la eficacia de la acupuntura para aliviar el dolor después de episiotomía. Se evaluó teniendo en cuenta la necesidad de toma de analgesia oral en el postparto. Siendo las mujeres tratadas con acupuntura en los puntos B6 e IG4, las que necesitaron menos analgesia para el alivio del dolor tras episiotomía (Marra y cols., 2011).

El perfil de mujeres que se acogieron a este estudio responde a mujeres españolas, que en la mayor parte de los casos deseaban un parto natural con el mínimo número de intervenciones. En general, puede considerarse que la acupuntura es una técnica segura si se realiza por profesionales competentes, que no produce efectos negativos en la embarazada ni en el recién nacido y es bien aceptada por las mujeres gestantes. Supone una disminución de los costes hospitalarios, ya que disminuye el uso de analgesia complementaria, y mejora el grado de satisfacción de las mujeres. Es un dato a destacar que aunque la percepción del dolor valorado con EN previa y posteriormente a la inserción de las agujas fue similar, todas las gestantes manifestaron a través del cuestionario de satisfacción que la acupuntura había disminuido su sensación dolorosa.

Entre las limitaciones del estudio encontramos el tamaño de la muestra, ya que es muy escasa. Debería ampliarse el tamaño de la muestra, con un periodo más largo de estudio, para poder extraer conclusiones relevantes y poder generalizar el estudio a otras poblaciones. Otra de las limitaciones es el conocimiento de la aplicación de la técnica por parte de las participantes, y con ello cabe la posibilidad de que las puntuaciones sobre la percepción del dolor sean más bajas, como resultado de esperar una disminución del mismo. Este estudio supone un avance en la integración de las terapias naturales dentro del Sistema Nacional de Salud de nuestro país y sería muy interesante seguir desarrollando nuevas investigaciones en esta misma línea de estudio.

Referencias bibliográficas

- Borup, L., Wurlitzer, W., Hedegaard, M., Kesmodel, U. S. y Hvidman, L. (2009). Acupuncture as pain relief during delivery: A randomized controlled trial. *Birth*, 36, 5-12.
- Carr, D. y Lythgoe, J. (2014). Use of acupuncture during labour. *Pract Midwife*, 17, 12-5.
- Chalmers, B., Mangiaterra, M. D. y Potter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, 28, 202-07.

- Chen, Y., Zhang, X., Fang, Y., y Yang, J. (2014). Analyzing the Study of Using Acupuncture in Delivery in the Past Ten Years in China. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, eCAM, 2014, 672508. doi:10.1155/2014/672508. Recuperado el 7 de octubre de 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943252/>.
- Díaz Espinosa, V. y Macías, M. (2013). Acupuncture use in the management pain during labor. *Revista Internacional de Acupuntura*, 7, 21-25.
- Dong, C., Hu, L., Liang, F. y Zhang, S. (2015). Effects of electro-acupuncture on labor pain management. *Arch Gynecol Obstet*, 291, 531-6.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España - FAME. (2008). Iniciativa al parto normal. Documento de consenso. Recuperado el 7 de octubre de 2014, de: <http://www.federación-matronas.org/rs896/d112d6ad-54ec-438b-9385-4483f9e98868/949/filenama/iniciativa-al-parto-normal.pdf>.
- Focks, C. (2009). *Atlas de acupuntura* (2ª ed.) Barcelona: Elsevier España.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. *Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal*. (2010). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. Recuperado el 7 de octubre de 2014, de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos* (2008). Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2006/08. Recuperado el 10 de octubre de 2014, de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf.
- Leap, N. y Anderson, T. (2008). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. En S. Downe (2ªed.), *Normal childbirth. Evidence and debate* (pp. 29-44). Londres: Elsevier.
- Marra, C., Pozzi, I., Ceppi, L., Sicuri, M., Veneziano, F. y Regalia, A. L. (2011). Wrist-ankle acupuncture as perineal pain relief after mediolateral episiotomy: A pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17, 239-241.
- McMahon, S. B. y Koltzenburg, M. (2007). *Tratado del dolor*. (5ª ed.) Madrid: Elsevier España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1995). *Codificación clínica con la CIE-9-MC*. Boletín nº2. Madrid.
- Morgan, B. M., Bulpitt, C. J., Clifton, P. y Lewis, P. J. (1982). Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 mother survey). *Lancet*, 320, 808-10.
- Nesheim, B. I. y Kinge, R. (2006). Performance of acupuncture as labor analgesia in the clinical setting. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 85, 441-3.
- Smith, C. A., Collins, C., Crowther, C. y Levett, K. (2011). Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Review*. Recuperado el 10 de octubre de 2014, de: <http://www.update-software.com/pdf-es/cd009232.pdf>.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., y Crowther, C. A. (2008). Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. 4. Oxford: Update Software Ltd. CD003521 (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd.). Recuperado el 8 de octubre de 2014, de: <http://www.update-software.com/BCP/BCP-GetDocument.asp?DocumentID>.

«¿Que cuánto me mide? Pues lo normal, 22 cm». Discrepancia entre cuánto los jóvenes dicen que les mide el pene y cuánto les mide realmente*

JESÚS CASTRO CALVO
castroj@uji.es

BEATRIZ GIL JULIÀ
bgil@uji.es

CRISTINA JUÁREZ TAMARGO
c.juarez.tamargo@gmail.com

PEDRO SALMERÓN SÁNCHEZ
psalmero@uji.es

Resumen

Son muchos los hombres que creen que su pene no es lo suficientemente grande como para satisfacer a sus parejas o a sí mismos, creencia que acaba dominando y condicionando su vida sexual. Esta creencia es también la causa de que muchos hombres mientan sistemáticamente acerca del tamaño de su pene, exagerando sus verdaderas dimensiones. En esta investigación, 130 jóvenes se sometieron a un procedimiento en el que aparte de evaluar la veracidad con la que informaban acerca del tamaño de su pene, se exploró si esta tendencia pudiera estar relacionada con ciertas variables psicológicas. En efecto, los resultados demuestran una clara tendencia a reportar medidas muy por encima de lo esperable para su edad y raza –sobre todo para la longitud del pene en erección. A su vez, la magnitud con la que los participantes exageran el tamaño del pene se relaciona con ciertas variables de personalidad (neuroticismo, responsabilidad y deseabilidad social). Estos resultados nos ayudan a entender por qué muchos hombres mientan acerca de las dimensiones de su pene.

Palabras clave: tamaño del pene, medida autoinformada, medida objetiva, personalidad, jóvenes.

Abstract

The male is often troubled by concerns that his penis is not large enough to satisfy his partner or himself, belief that dominates and determines sexual life. Also, this belief

* Este trabajo ha sido financiado por el proyecto de investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación PSI2011-27992/11 I 384 y de la Universitat Jaume I de Castellón P1.1B2012-49.

causes that many men tend to lie about his penis size, exaggerating his real dimensions. A sample of 130 youths underwent an assessment procedure where we estimated precision in their penis size reported and its relationship with certain psychological variables. Data show a clear tendency to report penis measures far above from expected considering his age and race –especially for erect penis length. Furthermore, difference between real size and reported size is related with certain personality dimensions (such as neuroticism, conscientiousness, and social desirability). These results help us to understand why many men lie about his penis size.

Keywords: penis size, self informed measure, objective measure, personality, youths.

Introducción

Al pene, más allá de su función biológico-reproductiva, se le ha asignado a lo largo del tiempo y en prácticamente todas las culturas y etnias una función simbólica: la de guardés de la virilidad masculina. Ciertas pinturas halladas en cuevas donde solían habitar los hombres prehistóricos demuestran el valor simbólico que ya por entonces se le atribuía al pene, signo de fuerza y fecundidad. La mitología greco-latina recoge también el simbolismo fálico a través del dios menor Príapo. A este dios, representado con un pene de dimensiones notables y en perpetuo estado de erección, se le rendía culto como potenciador de la fertilidad y de la abundancia de la tierra (Miller, 1995). Se pueden enumerar muchos más ejemplos de distintas épocas y etnias con ritos orientados a ensalzar la virilidad masculina a través del tamaño del pene: los *shadu* hindúes levantan pesos con su pene como muestra de negación del dolor; los dayak –indígenas que moran en la isla de Borneo– atraviesan su pene con objetos de distinto tamaño por la creencia de que esto aumenta el placer sexual de sus parejas; finalmente los topimana brasileños, obviando el riesgo extremo que suponía, se dejaban morder por una serpiente en el pene para que la inflamación resultante aumentara su tamaño (en algunos casos hasta por 6 meses) (Talalaj y Talalaj, 1994).

En la actualidad, la importancia social atribuida al tamaño puede ser mucho más sutil, pero no por ello menos significativa. El vínculo entre pene y masculinidad/hombría sigue muy presente, en parte como consecuencia de la influencia de los medios de comunicación (Kilmartin, 2000). Lever, Frederick y Peplau (2006) citan el caso de una famosa revista masculina (*For Him Magazine*) que dedicaba nada menos que tres páginas completas a publicitar pastillas y otros mecanismos para agrandar el pene con eslóganes tales como «el tamaño importa» o «grande es mejor» (en el original, *bigger is better*). No en todos los casos es tan evidente, pero el mensaje sigue muy vivo y vigente hoy día (Castro, Ballester, Gil y Giménez, 2015): «la virilidad de un hombre se mide en centímetros, concretamente los centímetros que le mida el pene».

Este mensaje ha calado y lamentablemente, condiciona la vivencia de la sexualidad de muchos hombres y mujeres. Se estima que entre el 12-26 % de los hombres valoran su pene como pequeño (Lever y cols., 2006; Son, Lee, Huh, Kim y Paick, 2003), si bien las cifras dependen de la medida concreta por la que se pregunte. En una investigación con estudiantes universitarios canadienses, Morrison, Bearden, Ellis y Harriman (2005) exploraron la satisfacción con respecto al tamaño del pene en general, en erección y en flacidez. Lo que estos investigadores encontraron es que el 17 % valoraba su pene como pequeño cuando estaba en erección; un 30 %, si se le preguntaba por su pene sin concretar estado; y hasta un 50 %, si se

le preguntaba acerca del pene en flacidez. Llama la atención de este estudio que los hombres que dijeron no haber mantenido nunca relaciones sexuales tendían a valorar peor el tamaño de su pene que los que sí tenían experiencia sexual.

Lo más preocupante es que tan solo un 10 % de los hombres que valoran su pene como pequeño dicen estar satisfechos con su desempeño sexual, frente al 70 % de los que piensan que su pene está por encima de la media (Edwards, 1998). En este contexto, no es de extrañar que hasta el 45 % de los hombres deseen tener un pene más grande (Lever y cols., 2006) y que la inmensa mayoría de los que deciden someterse a cirugía para agrandar el tamaño de su pene –nótese que esta cirugía resulta económicamente costosa e implica una larga convalecencia– poseen en realidad un pene dentro de un rango normal de tamaño (Mondaini y cols., 2002).

A pesar de que muchas veces la preocupación masculina hacia el tamaño del pene surge de la creencia de que las mujeres se sienten más atraídas por un pene grande, el estudio de las actitudes femeninas hacia el tamaño del miembro masculino ha recibido una discreta atención (Lever y cols., 2006). En general, los estudios parecen indicar que las mujeres dan menos importancia al tamaño del pene que los hombres. En un estudio ya clásico, Fisher, Branscombe y Lemery (1983) demostraron que las mujeres respondían con idéntica activación sexual a viñetas eróticas independientemente del tamaño del pene del protagonista –que oscilaba entre los 5 y los 20 cm–. En un estudio posterior, 174 mujeres con una edad media de 30 años fueron preguntadas acerca de la importancia que daban a la longitud y el diámetro del pene de sus parejas: el 21 % consideraba la longitud importante frente al 33 %, que daba más importancia al diámetro (Franken, van de Wiel, van Driel, y Weijmar Schultz, 2002). Finalmente, cuando se les preguntaba sobre la satisfacción con el tamaño del pene de sus parejas estables, la gran mayoría (el 85 %) afirmaba estar satisfechas (Lever y cols., 2006).

El síndrome del pene pequeño es el término que se ha acuñado para referirse a aquellos hombres que aun teniendo un pene de tamaño normal –o ligeramente inferior a la media–, muestran un malestar y una preocupación extrema (Wylie y Eardley, 2007). En formas leves, este cuadro clínico se relaciona con problemas de autoimagen, baja autoestima en general y más en concreto baja autoestima sexual, depresión, ansiedad, apego inseguro, problemas de pareja, percepción de baja competencia sexual, disfunciones sexuales inducidas por pensamientos negativos acerca de la propia capacidad sexual, etc. (Roos y Lissoos, 1994; Winter, 1989; Wylie y Eardley, 2007); en formas extremas, este síndrome adquiere la entidad clínica de un trastorno dismórfico corporal y constituye una alteración con un impacto psicosocial muy importante. Veale, Miles, Bramley, Muir y Hodsoll (2014) compararon a 26 hombres con un trastorno dismórfico corporal relacionado con la percepción del tamaño de su pene, 31 con síndrome de pene pequeño y 33 hombres que valoraban su pene como de tamaño normal. Lo que estos investigadores encontraron es que la condición más grave era la de los pacientes con trastorno dismórfico corporal, que aparte del problema principal mostraban toda una serie de patologías asociadas; aunque en menor medida, los pacientes con síndrome de pene pequeño también mostraban afectación y malestar derivados de su condición.

Habida cuenta de las implicaciones psicosociales del tamaño del pene, no es de extrañar que los hombres tiendan a exagerar sistemáticamente sus dimensiones tanto deliberada como inconscientemente. Algunos estudios han asociado con éxito la autoestima con la imprecisión a la hora de reportar el tamaño de su miembro, si bien los resultados contradicen las hipótesis previas: no son los hombres con menor autoestima los que más mienten sobre el tamaño de su pene; al contrario, los hombres con mayor autoestima tienden más a exagerar sus dimensiones (Morrison y cols., 2005). Por lo demás, todavía desconocemos qué otras variables pueden jugar un papel modulador a la hora de entender por qué muchos hombres exageran las verdaderas dimensiones de su falo. Por ello, planteamos esta investigación con un doble objetivo. El primero, evaluar el grado de veracidad con la que los jóvenes informaban de cuatro

medidas de su pene (diámetro y longitud en flacidez y erección) valiéndonos de dos métodos de comparación: la comparación de 4 medidas autoinformadas con las medidas medias establecidas por consenso en estudios de referencia con hombres caucásicos (Veale y cols., 2015) y con la medida obtenida a través de métodos de registro fisiológico objetivos (método disponible únicamente para el diámetro de pene en flacidez). Derivado de este primer objetivo, nos planteamos también explorar si la magnitud de la discrepancia entre el diámetro flácido autoinformado y el obtenido a través de medidas fisiológicas (es decir, cuánto de más decían los jóvenes que les medía el pene respecto a lo que les medía en realidad) correlacionaba con variables psicológicas, tales como la personalidad, la autoestima y ciertas variables sexuales.

Método

Participantes

En este estudio han participado un total de 130 chicos con edades comprendidas entre los 18 y los 36 años ($X = 21,45$; d. t. = 3,01). La mayoría de ellos (83,1 %) se autenticaba como heterosexual, seguido del 13,1 % que lo hacía como homosexual y del 3,8 %, como bisexual. El porcentaje de los que informaban mantener una pareja estable y de los que no era prácticamente equivalente (48,8 % y 51,2 %, respectivamente). Por último, la gran mayoría (69,2 %) afirmaba ser ateo o agnóstico mientras que el porcentaje restante se repartía sobre todo entre creyentes no practicantes (26,9 %) y en mucha menor frecuencia, creyentes practicantes (3,8 %).

Instrumentos

La evaluación de los participantes se realizó en dos sesiones de dos horas de duración cada una. Durante esta evaluación, se evaluaron las siguientes dimensiones a través de diferentes cuestionarios y pruebas:

- Variables clínicas: se aplicaron tres instrumentos que permitían evaluar el nivel de depresión (BDI-II), ansiedad como estado transitorio y también como tendencia o propensión (STAI) y autoestima (RSEI).
- Conducta sexual: mediante la escala de compulsividad sexual (SCS) se determinó el grado de control e interferencia de la conducta sexual mientras que la propensión a experimentar con nuevas prácticas sexuales sea cual sea el riesgo que impliquen se evaluó a través de la escala de búsqueda de sensaciones sexuales (BSS).
- Personalidad: la personalidad se evaluó a través del inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R), instrumento que permite medir las 5 dimensiones de personalidad del modelo de Costa y McCrae (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad).
- Medidas de pene autoinformadas (diámetro y longitud del pene en flacidez y erección): estas medidas se recogieron a través de un cuestionario diseñado *ad-hoc* para el registro de estas variables. A todos los participantes se les facilitaba una cinta métrica que permitía la medición tanto de la longitud como del diámetro del pene y se les instruyó sobre cómo debían recoger dichas medidas –de esta forma nos asegurábamos de que todos siguieran las mismas pautas de medición.

- Medida objetiva del pene (diámetro del pene en flacidez): esta medida se tomó a través de la aplicación de una prueba fisiológica de medida de la respuesta sexual, el pletismógrafo peniano (modelo Monarch 21). Este instrumento permite recoger tres tipos de respuesta fisiológica (respuesta electrodérmica, amplitud de la respiración y diámetro de pene) ante la presentación de 22 segmentos de estímulos con diferentes tipos de contenido sexual. Previo al inicio de la prueba se determinan los niveles basales a través de la exposición a estímulos neutrales, medición que hemos tomado para esta investigación como medida objetiva del diámetro de pene flácido.

Procedimiento

A través de carteles informativos situados en los distintos campus que componen la Universitat Jaume I de Castellón, reclutamos al conjunto de la muestra que compone este estudio. Si bien no ser estudiante universitario no era un criterio de exclusión, la mayoría de los participantes cursaban estudios en esta misma universidad.

Los interesados se sometían a un procedimiento de evaluación en dos sesiones (cada una de ellas de dos horas de duración y remunerada con 10€). La primera sesión se dedicaba a completar los cuestionarios antes mencionados. Al final de esta primera sesión, se les instruía en cómo tomar las medidas del pene, que posteriormente realizarían en su propia casa. Hecho esto, se les citaba para una segunda sesión. Al inicio de la segunda sesión, se pedía a los participantes que volcaran las medidas del pene que habían tomado en su propia casa en un cuestionario (medidas autoinformadas). El resto de sesión se dedicaba a la aplicación del pletismógrafo peniano (medida objetiva).

El elemento central del procedimiento era que los participantes tenían total libertad a la hora de facilitar las dimensiones de su pene: al realizar en su propia casa la medición y teniendo en cuenta que el investigador no disponía de procedimiento alguno para comprobar su veracidad, éste tenía total libertad para reportar las medidas de su pene con precisión o bien exagerar sus dimensiones deliberadamente.

Resultados

Análisis comparativo de la medidas de pene autoinformadas

La precisión con la que los participantes informaban del tamaño de su pene se estimó en primer lugar a través de la comparación de las 4 medidas autoinformadas con las obtenidas en un estudio representativo con más de 15.521 observaciones y considerado una de las aproximaciones más fiables en cuanto a dimensiones de pene en hombres caucásicos (Veale, Miles, Bramley, Muir y Hodsoll, 2015) (tabla 1).

Como se puede apreciar, la longitud y el diámetro medio autoinformado –tanto en erección como en flacidez– es significativamente mayor al obtenido por Veale y cols. (en los cuatro casos, $p < 0,001$). Llama especialmente la atención el caso de la longitud del pene erecto, donde la medida autoinformada es 2,60 cm superior a la medida de comparación. Al contrario, la medida autoinformada más precisa (solo 0,98 cm por encima de la media de Veale y cols.) fue la de la longitud del pene en flacidez.

Tabla 1
Comparación entre medidas de pene autoinformadas y las obtenidas por Veale y cols. (2015)

	Media en cm Medida autoinformada	Media en cm Veale y cols. (2015)	t	D	Magnitud del efecto
Longitud pene flácido	10,145	9,16	6,31***	0,55	Medio
Longitud pene erecto	15,724	13,12	17,14***	1,50	Grande
Diámetro pene flácido	10,795	9,31	13,23***	1,16	Grande
Diámetro pene erecto	13,237	11,66	14,46***	1,27	Grande

Por otra parte, el diámetro medio autoinformado en flacidez resultó 0,91 cm superior al diámetro objetivo obtenido a través del pletismógrafo peniano (9,89 cm), alcanzando la diferencia entre ambos la significación estadística ($t = 8,91^{***}$; $d = 0,844$). La figura 2 permite constatar la equivalencia entre la distribución de percentiles del diámetro flácido medido a través del pletismógrafo y el obtenido por Veale y cols., así como la discrepancia de ambos con el diámetro autoinformado (sistemáticamente superior).

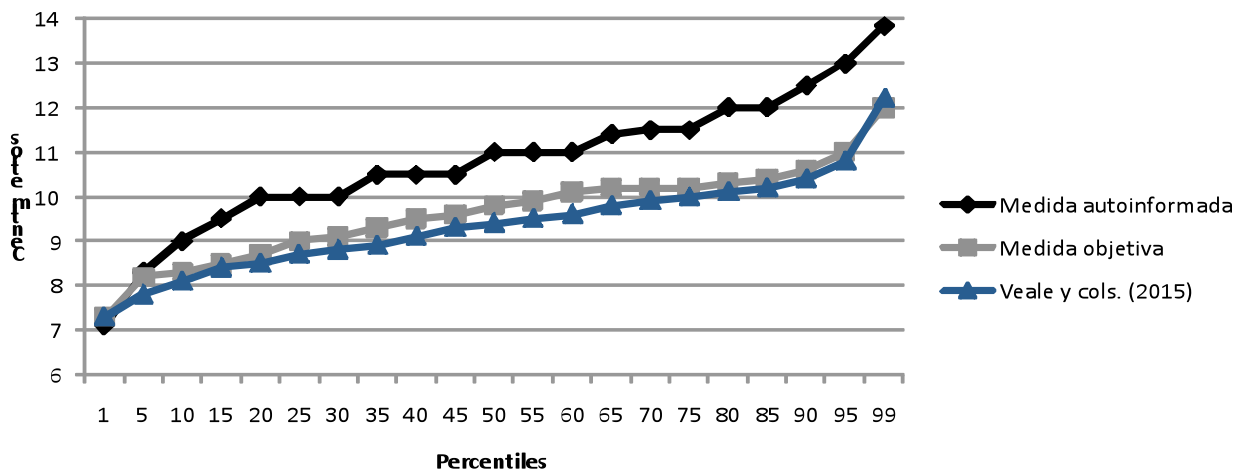


Figura 1. Distribución de percentiles del diámetro de pene flácido

Correlatos psicológicos de la discrepancia entre medida autoinformada y objetiva

A partir de la resta entre el diámetro de pene flácido autoinformado y el objetivo se calculó un índice que se bautizó como «índice de desviación»: un valor que podría entenderse como la medida en la que los participantes distorsionan el tamaño de su pene. Este índice adquiere valores negativos cuando la medida autoinformada es inferior a lo que le mide el pene en realidad; al contrario, adquiere valores positivos cuando la medida autoinformada es mayor a lo que

les mide realmente (lo que resulta más habitual). El valor medio de este índice de desviación fue de 0,95 (es decir, los participantes decían, de media, que el pene les medía casi 1 cm más de lo que realmente les medía).

Tabla 2
Correlación entre índice de desviación y dimensiones psicológicas

	Índice de desviación
Edad	0,079
Compulsividad sexual (SCS)	0,028
Búsqueda sensaciones sexuales (BSS)	0,031
Autoestima (RSEI)	-0,031
Depresión (BDI)	-0,044
Ansiedad estado (STAI-estado)	0,027
Ansiedad rasgo (STAI-rasgo)	0,026
Neuroticismo (vulnerabilidad)	0,278**
Extraversión	-0,050
Neo PI-R Apertura	0,014
Amabilidad	0,042
Responsabilidad	-0,282**
Índice de deseabilidad social	-0,226*

Como se puede observar en la tabla 2, únicamente resultaron significativas las correlaciones entre el índice de desviación y determinadas variables de personalidad evaluadas a través del Neo PI-R: concretamente, el índice de desviación correlacionó positiva y significativamente con la faceta de vulnerabilidad englobada dentro de la dimensión de personalidad de neuroticismo (a mayor tendencia a exagerar el tamaño del pene, mayor vulnerabilidad) y negativamente con la dimensión de responsabilidad y el índice de deseabilidad social (a mayor tendencia a exagerar el tamaño del pene, menor responsabilidad y menor deseabilidad social). El resto de dimensiones resultarían, por tanto, independientes de la precisión con la que los participantes informaban del diámetro de su pene flácido.

Discusión y conclusiones

Los resultados derivados de esta investigación nos ayudan, en primer lugar, a arrojar luz sobre una cuestión que si bien afecta a un importante porcentaje de población, ha recibido una discreta atención empírica: la propensión de los hombres a exagerar sistemáticamente el tamaño de sus genitales. De ser ciertas las 4 medidas que los participantes nos facilitaban de su pene, no podríamos sino afirmar que los jóvenes de Castellón constituyen una rara *avis* entre el conjunto de la población caucásica (una suerte de población *sui generis* con un tamaño de pene anormalmente grande); no en vano, la media de los participantes en las 4 medidas de pene contempladas (diámetro y longitud en flacidez y erección) superaba sistemáticamente las me-

didadas de referencia más actuales obtenidas por Veale y cols. (2015). Sin embargo, el análisis de una de estas medidas concretas a través de técnicas de medición objetivas e infalsables desmonta esta hipótesis ya de por sí poco probable: de media, los participantes reportaban un diámetro de pene flácido 1 cm superior a lo que les medía realmente. Asimismo, la equivalencia entre la distribución de percentiles del diámetro del pene flácido obtenido a través del pletismógrafo y la obtenida por Veale y cols. (2015) confirmaría nuevamente que la distribución de las dimensiones de pene de los participantes en nuestra investigación sigue una distribución prácticamente idéntica a lo esperable teniendo en cuenta su edad y raza.

En el estudio de las actitudes y la percepción del tamaño del pene, investigaciones precedentes confirmaban que los hombres no se mostraban igual de insatisfechos con todas las medidas de su pene: en general, el porcentaje de hombres que se sienten incómodos con el tamaño de su pene aumenta cuando se les pregunta acerca del pene en erección frente al menor porcentaje que percibirían su pene como pequeño en estado de flacidez (Morrison y cols., 2005). En nuestra investigación, hemos podido encontrar una extensión muy significativa a estos hallazgos: de igual modo que es más frecuente percibir el pene como pequeño en estado de erección, se exagera más el tamaño del pene en erección que el tamaño en flacidez. Si nos centramos en la longitud, la diferencia entre las medidas de Veale y cols. (2015) y las nuestras sería de apenas 1 cm para el pene flácido, mientras que para el pene en erección sería de más del doble (2,60 cm). En el diámetro se observaría la misma tendencia, pero con valores mucho más discretos: la diferencia entre la media de Veale y cols. para el diámetro del pene flácido y la media autoinformada sería de 1,48 cm mientras que para el pene en erección sería de 1,57 cm. Estos resultados adquieren sentido a partir de la teoría de la construcción social del significado del pene: el pene en erección constituiría la máxima representación de la masculinidad en tanto en cuanto es el momento donde alcanza mayor tamaño y también donde adquiere valor sexual, por lo que tiene mucho más sentido exagerar el tamaño en erección que en flacidez. Además, la importancia atribuida al diámetro del pene siempre ha sido menor a la atribuida a la longitud, por lo que la motivación para exagerar esta medida es menor.

Las evidencias en torno a la tendencia a exagerar el tamaño del pene resultan muy significativas, pero las implicaciones del hallazgo de un vínculo entre esta tendencia y algunas variables psicológicas concretamente ciertas disposiciones de personalidad es si cabe más importante. Al contrario que algunas investigaciones precedentes (Morrison y cols., 2005), no hemos podido replicar el vínculo entre autoestima y veracidad a la hora de reportar el tamaño del pene; sin embargo, sí encontramos un claro patrón de personalidad a la base de esta tendencia. En este sentido, serían las personas más neuróticas (concretamente las personas con mayores niveles de vulnerabilidad) y también menos responsables las que más tenderían a exagerar las verdaderas dimensiones de su pene. Este patrón de personalidad es muy similar al que podemos encontrar relacionado con ciertas patologías internalizantes o externalizantes (depresión, ansiedad, etc.) y de algunas conductas de riesgo como pueden ser el consumo abusivo de alcohol, cannabis, juego patológico, etc. (Mezquita, Ibáñez, Villa, Fañanás, Moya-Higueras y Ortet, 2015). En contra de lo esperado, la alta deseabilidad social se relacionaría con una mayor precisión a la hora de reportar las medidas del pene, vínculo que cabría seguir investigando en próximos estudios.

Sin duda, reconocemos ciertas limitaciones metodológicas que se deben subsanar en futuras investigaciones. Una de las más importantes está relacionada con las mediciones utilizadas para el contraste de la veracidad de las medidas de pene autoinformadas: en la presente investigación, la única medida para la que contábamos con datos objetivos era el diámetro de pene flácido (la medida que se obtiene a través del pletismógrafo peniano). Teniendo en cuenta los límites de la privacidad de los participantes, sería interesante contar, además, con medi-

ciones objetivas del resto de medidas del pene –longitud en erección y flacidez y diámetro en erección, lo cual, sin duda, nos permitiría establecer conclusiones más sólidas.

Referencias bibliográficas

- Castro, J., Ballester, R., Gil, M. D. y Giménez, C. (2015, mayo). Sexo en los medios de comunicación: ¿oportunidad pedagógica o pedagogía oportunista? Comunicación presentada en el Congreso Internacional Comunicación, Sociedad Civil y Cambio Social, Castellón, España.
- Edwards, R. (1998). The definitive penis size survey results (6th ed.). Extraído el 10 de mayo de 2015 de <http://www.sizesurvey.com/result.html>.
- Fisher, W. A., Branscombe, N. R. y Lemery, C. R. (1983). The bigger the better: Arousal and attributional responses to erotic stimuli that depict different size penises. *Journal of Sex Research*, 19, 377-396.
- Franken, A. B., van de Wiel, H. B. M., van Driel, M. F. y Weijmar Schultz, W. C. M. (2002). What importance do women attribute to size of the penis? *European Urology*, 42, 426-431.
- Kilmartin, C. T. (2000). *The masculine Self (2nd edition)*. Boston: McGraw-Hill.
- Lever, J., Frederick, D. A. y Peplau, L. A. (2006). Does Size Matter? Men's and Women's Views on Penis Size Across the Lifespan. *Psychology of Men & Masculinity*, 7, 129-143.
- 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.
- Miller, T. (1995). A short history of the penis. *Social Text*, 43, 1-26.
- Mondaini, N., Ponchiotti, R., Gontero, P., Muir, G. H., Natali, A., Di Loro, F., Caldarera, E., Biscioni, S. y Rizzo, M. (2002). Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *International Journal of Impotence Research*, 14, 283-286.
- Morrison, T. G., Bearden, A., Ellis, S. R. y Harriman, R. (2005). Correlates of genital perceptions among Canadian post-secondary students. *Sexologies*, 8. Extraído el 10 de mayo de 2015 de <http://www.ejhs.org/volume8/>.
- Roos, H. y Lissoos, I. (1994). Penis lengthening. *International Journal of Aesthetic Restorative Surgery*, 2, 89-96.
- Son, H., Lee, H., Huh, J. S., Kim, S. W., Paick, J. S. (2003). Studies on self-esteem of penile size in young Korean military men. *Asian Journal of Andrology*, 5, 185-189.
- Talalaj, J. y Talalaj, S. (1994). *The Strangest Human Sex Ceremonies and Customs*. Melbourne: Hill of Content.
- Veale, D., Miles, S., Bramley, S., Muir, G. y Hodsoll, J. (2015). Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15521 men. *British Journal of Urology*, 115, 978–986.
- Winter, H. C. (1989). An examination of the relationships between penis size and body image, genital image, and perception of sexual competency in the male (Tesis doctoral). Nueva York University, Nueva York, EEUU.
- Wylie, K. R. y Eardley, I. (2007). Penis size and the «small penis syndrome». *British Journal of Urology*, 99, 1449-1455.

Uso de la barrera de látex en lesbianas: ¿relación con la compulsividad sexual?*

JESÚS CASTRO CALVO
castroj@uji.es

VICENTE MORELL MENGUAL
momenvi@alumni.uv.es

BEATRIZ GIL JULIÀ
bgil@uji.es

CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA
gimenezc@uji.es

Resumen

Introducción: Las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) constituyen un grupo heterogéneo al que se ha prestado muy poca atención. Si bien representan un sector de la población de dimensiones considerables, desconocemos el tipo de prácticas sexuales que habitualmente realizan. Así como el uso que hacen de los distintos métodos de prevención –en concreto la barrera de látex. Éste era precisamente el objetivo con que nos planteamos la evaluación de 40 MSM. **Resultados:** A través de la aplicación de diferentes cuestionarios, constatamos una alta frecuencia de diferentes prácticas sexuales (sobre todo cunnilingus y tribadismo) tanto con parejas estables como esporádicas. Además, observamos una muy baja frecuencia de uso de la barrera de látex. **Discusión:** Estos resultados sugieren la necesidad de seguir investigando en un sector de la población con riesgo de contraer ciertas ITS o el VIH. Particularmente en cuanto al diseño de estrategias eficaces y adaptadas para la prevención de la actividad sexual de riesgo en este colectivo.

Palabras clave: barrera de látex, conducta sexual, compulsividad sexual, MSM.

Abstract

Introduction: Women who have sex with women (WSW) are a heterogeneous group who have received minor attention. While they represent a considerable sector of population, we do not know the type of sexual behaviors that they usually practice, as well as the use of several prevention methods –in particular, latex barrier. This was the main purpose to evaluate 40 wsw. **Results:** Through the application of different questionnaires, we find a high frequency of different sexual practices (especially cunnilingus and tribadism) for

* Este trabajo ha sido financiado por el proyecto de investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación PSI2011-27992/11 I 384 y de la Universitat Jaume I de Castellón P1.B2012-49.

both steady and casual partners. Moreover, we observe a lower frequency of latex barrier use. **Discussion:** These results support the need for further research in a sector of the population who have risk of contracting some STIs or HIV. In particular, to design effective and adjusted strategies to prevent the risk sexual activity of this group.

Keywords: latex barrier, sexual behavior, sexual compulsivity, WSW.

Introducción

En EEUU, el 11 % de las chicas de entre 15 y 19 dicen haber mantenido algún tipo de contacto sexual con otra mujer y este porcentaje asciende hasta el 15,8 % en mujeres de entre 19 y 24 años (Chandra, Mosher y Copen, 2011). En Inglaterra, se estima que en torno al 4,9 % de las mujeres ha tenido una o más parejas sexuales de su mismo sexo a lo largo de su vida. Este porcentaje asciende hasta el 6,9 % si omitimos de las estadísticas a las mujeres que habitan en zonas rurales (Johnson, Mercer y Erens, 2001). A pesar de representar un importante porcentaje de la población, las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM), término que incluye tanto a mujeres lesbianas como bisexuales han sido sistemáticamente invisibilizadas por los sistemas de salud, impidiéndoles el acceso a una atención sociosanitaria adaptada a sus características y necesidades (Simkin, 1991). No solo eso, en muchos casos estas mujeres deben enfrentarse a situaciones que provocan un rechazo explícito a la búsqueda de asistencia sanitaria. En uno de los estudios cualitativos más importantes y exhaustivos sobre acceso a los sistemas de salud en MSM inglesas, Hunt y Fish (2008) identificaron toda una serie de barreras a las que debían enfrentarse: 1) muchos profesionales sanitarios –incluso profesionales del ámbito de la ginecología desconocían el tipo de prácticas sexuales propias de este colectivo y el riesgo que cada una de ellas puede comportar; 2) muchas mujeres afirmaban que sus médicos de cabecera ignoraban sistemáticamente todo lo relacionado con su orientación sexual aun cuando la propia paciente les realizaba una consulta al respecto y; 3) muchas mujeres eran «invitadas» a abandonar la consulta (por ejemplo de ginecología) cuando acudían junto a sus parejas. Esto, por la incomodidad que suponía para algunos profesionales sanitarios atender a una mujer delante de su pareja –cuando ésta era también una mujer.

A las reticencias que genera enfrentarse a un sistema sanitario plagado de barreras, debemos sumarle también que estas mujeres tienen en muchas ocasiones, una falsa creencia de invulnerabilidad en cuanto a lo que a sus prácticas sexuales se refiere (Formby, 2011). Estas creencias parten en muchos casos de la distorsionada idea de que dado que en sus relaciones sexuales no interviene un pene, tampoco existe riesgo alguno de transmisión de ITS o del VIH (Formby, 2011). Nada más lejos de la realidad: Fethers, Marks, Mindel y Estcourt (2000) compararon la frecuencia de distintas patologías susceptibles de ser transmitidas por vía sexual en una muestra de 1408 MSM y de 1423 mujeres control. En este estudio, encontraron una prevalencia mucho mayor de vaginitis bacteriana, hepatitis C y de conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en el grupo de MSM. Evans, Scally, Wellard y Wilson (2007) hallaron el doble de prevalencia de vaginitis bacteriana en MSM en comparación con población general (28 % frente al 14 %).

Precisamente, una de las creencias más frecuentes en MSM y que más riesgo puede comportar es que el tipo de actividad sexual o prácticas sexuales que ellas realizan no las hace susceptibles a la transmisión del VIH. Esto es lo que Dolan y Davis (2003) bautizaban como «creencias generales de invulnerabilidad». Estas creencias conformarían junto con lo que estos mismos autores llamaban «creencias de invulnerabilidad sin necesidad de uso de métodos

preventivos» (creer que sus habilidades y rasgos les proporcionan protección suficiente frente a los problemas de salud sexual, que la honestidad y la comunicación son la clave para evitar las infecciones, que un menor número de parejas sexuales a lo largo de la vida disminuye el riesgo y que solo algunos subgrupos de MSM presentan un riesgo evidente) el sustrato que explicaría un uso minoritario de métodos preventivos en este colectivo.

Sin embargo, el VIH no entiende de sexos, etnias u orientaciones sexuales, y cualquier persona es susceptible de contraer el virus si se dan las condiciones necesarias. En concreto, la transmisión del VIH entre mujeres puede producirse a través del contacto directo con sangre menstrual infectada, intercambio de fluidos vaginales o por la exposición a la sangre producida por un traumatismo derivado de la actividad sexual (p.e., las fisuras provocadas por prácticas sexuales como el *fisting*) (Chan y cols., 2014). Desde esta perspectiva, cabría tener en cuenta qué prácticas sexuales son habituales entre MSM y si éstas son compatibles o no con las vías de transmisión enumeradas. En este sentido, Bailey, Farquhar, Owen y Whittaker (2004) exploraron las principales prácticas sexuales en una muestra compuesta por 1218 mujeres lesbianas y bisexuales. En orden decreciente, las actividades más frecuentes fueron la penetración vaginal digital (84 %), cunnilingus (72 %), tribadismo (contacto genital-genital, 50 %), penetración vaginal con juguetes sexuales y *fisting* (16 %), penetración anal con los dedos (13 %) y anilingus (10 %). De todas éstas, las prácticas sexuales que más riesgo entrañarían son: 1) contacto directo entre superficies vaginales durante el periodo menstrual (tribadismo); 2) intercambio de juguetes sexuales tanto para penetración vaginal como anal; 3) sexo oral (sobre todo durante periodo menstrual) e; 4) inserción de la mano en el ano y/o la vagina (*fisting*).

Como en las prácticas sexuales de cualquier otro colectivo, el riesgo de transmisión de VIH queda mitigado a través de la adopción de las pertinentes estrategias preventivas. En el contacto sexual heterosexual, la mayoría de prácticas sexuales se tornan seguras a través del uso del preservativo. Este es el método preventivo recomendado también para algunas prácticas sexuales en MSM, como por ejemplo el intercambio de juguetes sexuales. Sin embargo, prácticas sexuales como el tribadismo, el cunnilingus o el anilingus requerirían del uso de métodos preventivos alternativos. Concretamente, para este tipo de prácticas sexuales se recomendaría el uso de barreras de látex, método preventivo disponible desde 1980 y recomendado por las principales guías para la prevención del VIH (Richters y Cleyton, 2010). A pesar de lo sencillo que resulta su utilización y de la disponibilidad del método, su uso en MSM resulta escaso. Richters, Prestage, Schneider y Cleyton (2010) encontraron, tras evaluar a 543 mujeres lesbianas y bisexuales, que tan solo el 9,7 % había utilizado alguna vez la barrera de látex durante el cunnilingus y que prácticamente ninguna (2,1 %) la utilizaba sistemáticamente. El uso de la barrera de látex tampoco era más frecuente entre mujeres con un mayor número de parejas sexuales, con prácticas sexuales de alto riesgo (sexo en grupo, actividades sexuales que pueden producir sangrado –*fisting* o prácticas sexuales masoquistas) o que practicaban sexo oral a sus parejas durante la menstruación. Es más, si bien el riesgo es menor, resulta más frecuente el uso de guantes para la penetración digital de la pareja que el uso de la barrera de látex durante el cunnilingus.

Habida cuenta de la falta de estudios, sobre todo a nivel nacional, en torno a las prácticas sexuales de las MSM y del total desconocimiento acerca de la frecuencia de uso de métodos preventivos (en concreto la barrera de látex) durante su actividad sexual, se planteó la presente investigación con el objetivo de explorar estas dos cuestiones en una muestra representativa de MSM en nuestro país. Así como explorar la relación entre uso de la barrera de látex y dos variables que la investigación ha demostrado íntimamente ligadas a la adopción de conductas de salud sexual, la compulsividad sexual y la edad.

Método

Participantes

En este estudio han participado un total de 40 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años ($X = 27,88$; $d. t. = 7,64$). Todas ellas se autoidentificaban como lesbianas (mujeres que en el momento de la evaluación mantenían relaciones sexuales exclusivamente con otras mujeres). El 47,5 % de ellas contaba con estudios superiores (diplomatura, licenciatura o grado) y un porcentaje similar (45 %) había cursado estudios secundarios. El 7,5 % restante había alcanzado el grado académico de doctora.

Instrumentos

Todas las participantes en esta investigación completaron en formato online los siguientes instrumentos:

- Cuestionario *ad hoc* sobre uso de la barrera de látex. Para evaluar el uso de la barrera de látex, se diseñó un sencillo instrumento donde se les planteaba una única pregunta (¿Con qué frecuencia utilizas la barrera de látex en las siguientes prácticas sexuales?) y se les proponían 6 situaciones concretas: cunnilingus con pareja estable y con parejas esporádicas, anilingus con pareja estable y con parejas esporádicas y tribadismo con pareja estable y parejas esporádicas. Las participantes disponían únicamente de tres opciones de respuesta (nunca, a veces o siempre). Asimismo, en el enunciado se les pedía explícitamente que evitaran responder a situaciones que no hubieran realizado.
- Escala de compulsividad sexual, versión validada en castellano (SCS, Ballester, Gómez, Gil y Salmerón, 2012). El SCS es una escala de 10 ítems con formato tipo Likert (4 opciones de respuesta que van de «nada característico de mí» a «muy característico de mí») que se ha utilizado extensamente para determinar hasta qué punto la persona evaluada tiene control sobre su conducta sexual. Este cuestionario plantea afirmaciones como por ejemplo: «Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones» o «A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control». Los autores de la adaptación española obtuvieron una solución factorial que permite agrupar los ítems en dos dimensiones (una de interferencia de la conducta sexual y otra de falta de control), así como la obtención de una puntuación general que reflejaría una tendencia a la pérdida del control sobre la conducta sexual. Con una fiabilidad de 0,83 y una estabilidad temporal (correlación test-retest) de 0,72, este cuestionario cumple sobradamente con los estándares psicométricos requeridos para su aplicación.

Procedimiento

Dada la concreción de la muestra (mujeres lesbianas), se debía diseñar un método de muestreo que permitiera centrarse en el perfil concreto de participantes que deseábamos evaluar. El diseño experimental debía ser a su vez lo suficientemente flexible como para hacer una evaluación a distancia. Esto, sin duda, ayudaría a aumentar el impacto potencial de esta investigación y la captación de un volumen de participantes mayor. Con todo, se optó finalmente

por el diseño de una plataforma de evaluación online que se publicaría a través de colectivos LGTB.

Una vez creada la plataforma se contactó con la FELGTB (Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales), que es la federación que agrupa un mayor número de asociaciones LGTB a lo largo de toda la geografía española. Se les explicó los objetivos de nuestra investigación y se pidió su colaboración a través de la difusión del enlace a nuestra investigación. Las distintas asociaciones LGTB que se mostraron dispuestas a colaborar publicaron a través de sus redes sociales o de sus páginas web un mensaje con información genérica de la investigación y un enlace que remitía a los cuestionarios online. Las mujeres que tras ver este anuncio accedían a la plataforma de evaluación, recibían información más detallada sobre los objetivos del estudio. Antes de comenzar, se aseguraba el anonimato y confidencialidad de las respuestas y se obtenía su consentimiento informado. La participación era voluntaria y las participantes no recibieron compensación económica alguna. La muestra se recogió entre los meses de junio y septiembre de 2014.

Resultados

Barrera de látex en cunnilingus

La mayor parte de las mujeres evaluadas informaron haber realizado esta práctica sexual tanto con parejas estables (97,5 %) como con parejas esporádicas (92,5 %). En la Figura 1 podemos observar como la gran mayoría (92,3 %) de estas mujeres no utiliza nunca la barrera de látex durante el cunnilingus con sus parejas estables, mientras que un porcentaje muy bajo (7,7 %) lo utilizaría sólo en algunas ocasiones. El porcentaje de las que dicen utilizarlo a veces (15,6 %) o siempre (3,1 %) con parejas esporádicas es ligeramente superior. El uso sistemático de la barrera de látex –el único que realmente permite una prevención sexual eficaz- sería marginal en ambos casos (0 % con parejas estables y 3,1 % con parejas esporádicas).

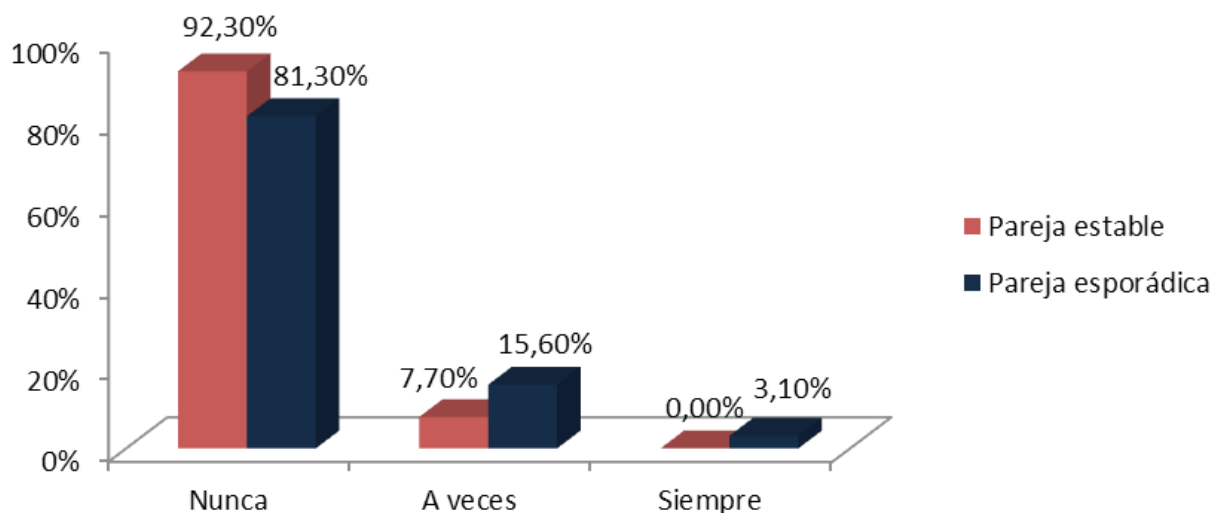


Figura 1. Uso de la barrera de látex en cunnilingus

Barrera de látex en anilingus

El 80 % de las mujeres afirmó practicar el anilingus con sus parejas estables pero tan sólo un 35 % lo hacía también con sus parejas esporádicas. El uso de la barrera de látex durante esta práctica sexual apenas varía en función del tipo de pareja (figura 2): el 10 % decían utilizarlo a veces con parejas estables frente al 14,3 % con parejas esporádicas; el 10 % y 7,1 % respectivamente lo utilizaban siempre. En suma, en el 90 % de las ocasiones en las que se practica el anilingus con una pareja estable y en el 92,9 % con una pareja esporádica se da un uso inconsistente de la barrera de látex.

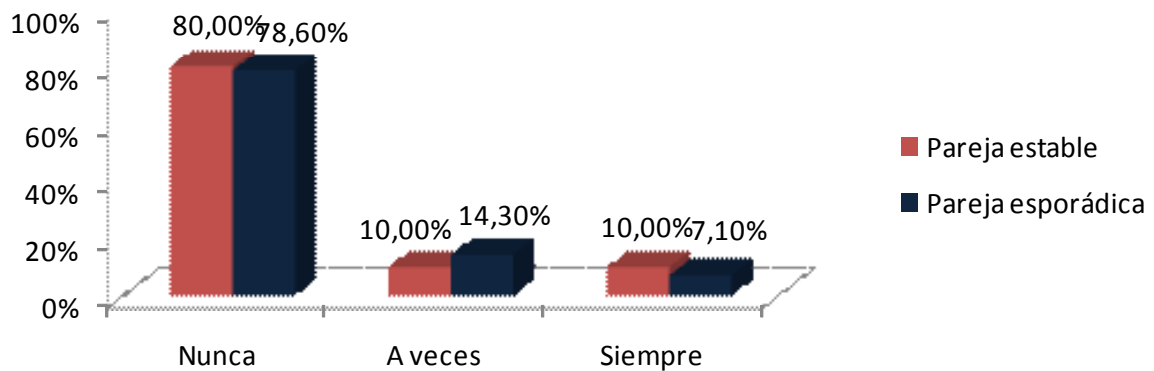


Figura 2. Uso de la barrera de látex en anilingus

Barrera de látex en tribadismo

El tribadismo sería otra de las prácticas sexuales más frecuentes tanto con parejas estables (92,5 %) como esporádicas (70 %). La gran mayoría no utilizaría nunca la barrera de látex en esta práctica sexual, mientras que el 8,1 % y el 7,1 % lo utilizaría a veces con parejas estables y esporádicas respectivamente (figura 3). Tan sólo un 3,6 % de las mujeres haría un uso consistente con parejas esporádicas y absolutamente ninguna con parejas estables.

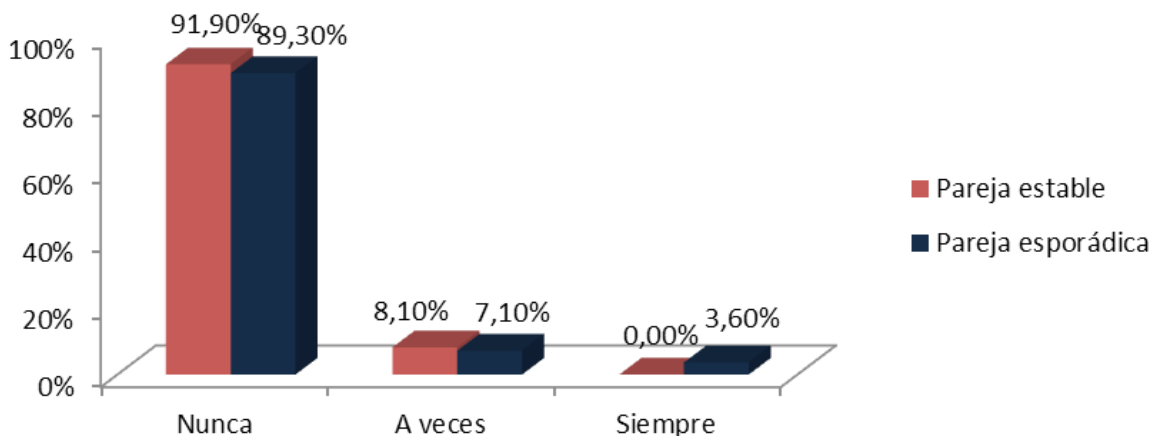


Figura 3. Uso de la barrera de látex en tribadismo

Relación entre uso de la barrera de látex, compulsividad sexual y edad

Finalmente, se exploró a través de correlaciones el vínculo entre el uso de la barrera de látex en diferentes situaciones sexuales y dos variables concretas: la edad y la compulsividad sexual (tabla 1).

Tabla 1
Correlación entre uso de la barrera de látex, compulsividad sexual y edad

	Compulsividad sexual	Edad
Uso de la barrera en cunnilingus con pareja estable	-0,156	0,126
Uso de la barrera en cunnilingus con pareja esporádica	0,042	0,578***
Uso de la barrera en anilingus con pareja estable	-0,079	0,393
Uso de la barrera en anilingus con pareja esporádica	-0,284	0,193
Uso de la barrera en tribadismo con pareja estable	-0,136	0,176
Uso de la barrera en tribadismo con pareja esporádica	0,139	0,245

Como se aprecia, la compulsividad sexual no se relacionó significativamente con ninguna de las situaciones sexuales contempladas, si bien la correlación con el uso de la barrera de látex en anilingus con parejas esporádicas resultó ser más alta ($r = -0,284$). Respecto a la edad, únicamente la relación entre esta variable y el uso de la barrera de látex en cunnilingus con pareja esporádica resultó positiva, alta y significativa ($r = 0,587$).

Discusión y conclusiones

En primer lugar, esta investigación nos ha permitido constatar que el tipo de prácticas sexuales realizadas por las MSM participantes sigue una distribución similar a la encontrada en investigaciones precedentes, pero con variaciones ciertamente significativas. Igual que en la investigación realizada por Bailey y cols. (2003), encontramos que la práctica sexual más frecuente –tanto con parejas estables como esporádicas es el cunnilingus, seguido muy de cerca por el tribadismo y finalmente el anilingus; sin embargo, varían notablemente las proporciones. Mientras que el 72 % de las mujeres evaluadas por Bailey y cols. (2003) practicaban con frecuencia el cunnilingus, en nuestro caso el porcentaje asciende hasta el 97,5 % con parejas estables y el 80 % con parejas esporádicas. Las cifras siguen esta misma tendencia para el tribadismo, pero la diferencia es más abultada con respecto al anilingus. Mientras Bailey obtiene una frecuencia del 10 % para esta práctica sexual, en nuestra investigación alcanzaría el 50 % con parejas estables y el 35 % con parejas esporádicas.

Los resultados obtenidos con respecto al uso de la barrera de látex refrendan también lo obtenido por investigaciones precedentes: el uso de la barrera de látex es extremadamente infrecuente y cuando se utiliza, su uso no es sistemático (nótese que el uso sistemático de cualquier método de prevención es el único patrón que verdaderamente supone una protección frente a las ITS o el VIH). Llama la atención que la mayor frecuencia de uso la encontremos en el anilingus con parejas esporádicas (el 14,3 % la utilizaría en ocasiones y el 7,1 %, siempre)

teniendo en cuenta que de las tres prácticas sexuales exploradas, es la que menor riesgo comporta. Esto nos lleva a plantearnos si en este caso, el uso de la barrera de látex pudiera estar más relacionado con motivaciones higiénicas (evitar el contacto directo entre la boca y el ano) que con motivaciones profilácticas.

Finalmente, exploramos también la posible relación entre dos variables (la edad y el nivel de compulsividad sexual) y el uso de la barrera de látex. En investigaciones precedentes, estas dos variables han demostrado una íntima relación con el uso del preservativo en muy diferentes tipos de población. Grov, Parsons y Bimbi (2010) por ejemplo, realizaron una investigación con 1214 hombres gais y bisexuales que permitió demostrar que mayores puntuaciones en CS se relacionaban con: una mayor probabilidad de ser VIH+, haber practicado sexo anal sin protección (tanto insertivo como receptivo) con una pareja sexual serodiscordante, haber mantenido relaciones sexuales con un mayor número de parejas, rechazar activamente el uso del preservativo en cualquier práctica sexual (*barebacking*) y haber realizado conductas sexuales alternativas a las mayoritarias (*fisting*, lluvia dorada, intercambio de semen con la boca, sexo en grupo, *bondage* y dominación, etc.). Sin embargo, no encontramos en nuestra investigación una clara relación entre esta misma variable y el uso de la barrera de látex, relación que sí existe con respecto a la edad. En concreto, mayor edad se relacionaría con mayor frecuencia de uso de la barrera de látex con parejas sexuales. Interesaría en futuras investigaciones contrastar las variables que subyacen a esta relación y que permiten explicar este vínculo documentado (mayores conocimientos sexuales que se van adquiriendo con la edad, mayor preocupación por la salud, etc.).

En el análisis de estos resultados, no debemos obviar que estamos ante un estudio preliminar que cabría tomar con cierta cautela. Las principales limitaciones de esta investigación sin duda se relacionan con el bajo tamaño muestral, pero también se deberían ampliar en futuras investigaciones el tipo de prácticas sexuales exploradas, permitiendo de esta forma tomar una radiografía más completa del conjunto de la conducta sexual de las MSM.

De cualquier forma, estos hallazgos suponen una exploración preliminar de la situación de las MSM con respecto al tipo de prácticas sexuales y a la frecuencia de uso de ciertos métodos preventivos –a saber, la barrera de látex que, a su vez, sugieren la necesidad de seguir profundizando para adaptar las estrategias de prevención de ITS a este colectivo.

Referencias bibliográficas

- Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C. y Whittaker, D. (2003). Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 147-150.
- Ballester, R., Gómez, S., Gil, M. D. y Salmerón, P. (2013). Sexual Compulsivity Scale: Adaptation and validation in the Spanish population. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39, 526-540.
- Chandra, A., Mosher, W. D. y Copen, C. (2011). Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data From the 2006-2008 National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Reports*, 36, 1-36.
- Dolan, K., y Davis, P. (2003). Nuances and Shifts in lesbian women's construction of STI and HIV vulnerability. *Social Sciences & Medicine*, 57, 25-38.
- Evans, A. L., Scally, A. J., Wellard, S. J. y Wilson, J. D. (2007). Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. *Sexually Transmitted Infections*, 83, 470-475.

- Fethers, K., Marks, C., Mindel, A. y Estcourt, C. S. (2000). Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, 76, 345-349.
- Formby, E. (2011). Lesbian and bisexual women's human rights, sexual rights and sexual citizenship: negotiating sexual health in England. *Culture, Health and Sexuality*, 13, 1165-1179.
- Hunt, R. y Fish, J. (2008). Prescription for change: Lesbian and bisexual women's health check 2008. Extraído el 20 de mayo de <http://www.stonewall.org.uk>.
- Johnson, A. M., Mercer, C. H. y Erens, B. (2001). Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices and HIV risk behaviours. *Lancet*, 358, 1835-1842.
- Richters, J. y Cleyton, S. (2010). The practical and symbolic purpose of dental dams in lesbian safer sex promotion. *Sexual Health*, 7, 103-106.
- Richters, J., Prestage, G., Schneider, K. y Cleyton, S. (2010). Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women. *Sexual Health*, 7, 165-169.
- Simkin, R. J. (1991). Lesbians face unique health problems. *Canadian Medical Association Journal*, 145, 1620-1623.

Validación española del *Cuestionario de Motivos para el Juego (GMQ)* en población general

CAROLA CERDÀ SALOM
al189477@uji.es

SARA NEBOT IBÁÑEZ
snebot@uji.es

DANIEL CAMPOS BACAS
camposd@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO
squero@uji.es

Resumen

Introducción: El juego patológico en población joven es un problema que está cobrando una importancia cada vez mayor. Además, el porcentaje de adolescentes con este problema en los últimos años es más elevado que el de los adultos. Es importante realizar una adecuada evaluación de este problema en esta población. El objetivo de este estudio es llevar a cabo la validación española del Cuestionario de Motivos para el Juego (GMQ; *Gambling Motives Questionnaire*; Stewart y Zack, 2008) en población general joven. **Método:** La muestra incluía 106 participantes (33 mujeres y 73 hombres) con edades de entre 17 y 23 años. Todos los participantes cumplimentaron el GMQ junto con otros cuestionarios relacionados. El GMQ consta de 15 ítems que evalúan las razones por las cuales las personas deciden jugar y tiene 3 subescalas: ENH (mejora emociones positivas), SOC (motivos sociales) y COP (reducir emociones negativas). **Resultados:** Se obtuvieron buenos coeficientes de consistencia interna para las 3 subescalas y una excelente fiabilidad *test-retest*. El análisis factorial exploratorio arrojó una estructura de 3 factores que estaban intercorrelacionados y, también, correlacionaron positivamente con la Escala Relacionada con el Juego. La subescala COP del GMQ correlacionó negativamente con la subescala general de la Escala de Regulación de Afecto Negativo. **Conclusiones:** La validación del GMQ en población joven supone una aportación relevante en Psicología Clínica. Es necesario contar con instrumentos basados en la evidencia que permitan diferenciar los jugadores problemáticos de los que no lo son y que sean sensibles al cambio tras programas de prevención o tratamiento.

Palabras clave: evaluación, validación, motivos de juego, juego problemático, juego patológico.

Abstract

Introduction: Pathological gambling in young people is a problem that is increasingly important. In addition, the percentage of adolescents with this problem in the last years is higher than that of adults. It is important to conduct a suitable assessment of this problem in this population. The aim of this study is to carry out the Spanish validation of the Gambling Motives Questionnaire (GMQ, Stewart y Zack, 2008), in general young people. **Method:** The sample consisted of 106 young participants from the general population (33 women and 73 men), aged between 17 and 23 years. All participants completed the GMQ along with other self-report related measures. The GMQ consists of 15 items that assess the reasons why people decide to play and has 3 subscales: ENH (enhance positive emotions), SOC (social motives) and COP (decrease negative emotions). **Results:** Good internal consistency coefficients for the 3 subscales and excellent test-retest reliability were obtained. Exploratory factor analysis showed a structure of 3 factors that were inter-correlated and, also all of them correlated positively with The Gambling Related Scale. **Conclusions:** The subscale COP of the GMQ correlated negatively with the general subscale of the Scale of Negative Affect Regulation. The validation of the GMQ in young people represents a significant contribution in Clinical Psychology. It is necessary to have evidence-based measures to differentiate problem gamblers from those who are not problematic and to be sensitive to change after a prevention or treatment program.

Keywords: evaluation, validation, gambling motives, problematic gambling, pathological gambling.

Introducción

Los estudios epidemiológicos realizados en diferentes países muestran una incidencia cada vez mayor del juego patológico en la población general que coincide con el incremento en la legalización de las apuestas y el aumento del tipo de juegos en los últimos años. Por lo que se refiere al juego patológico en la población joven, es un problema que está cobrando una importancia cada vez mayor. En Estados Unidos, se encontró una prevalencia de juego patológico en estudiantes de enseñanza secundaria y universitaria de entre 4 % y 8 % (Lesieur y Rosenthal, 1991). En España, en un estudio sobre el juego problemático en las máquinas tragaperras, realizado por Fisher (1993) con jóvenes de 11 a 16 años de A Coruña y Gijón, se encontró una prevalencia de 2 % y 1,6 %, respectivamente. Por último, Becoña (1997) en una muestra de adolescentes encontró una prevalencia de 2,4 % de probables jugadores patológicos.

Además de constituir un problema prevalente en este sector de la población, el porcentaje de adolescentes con ludopatía en estos últimos años es más elevado que el de los adultos (Muñoz-Molina, 2008). Por este motivo, es de gran importancia tanto la realización de programas de prevención dirigidos a esta población como poder contar con instrumentos de medida basados en la evidencia para realizar una adecuada evaluación de este problema.

Uno de los cuestionarios con el que contamos, y que es objeto de este estudio, es el Cuestionario de motivos para el juego (GMQ: *Gambling Motives Questionnaire*; Stewart y Zack, 2008). Este cuestionario evalúa las razones por las cuales las personas deciden jugar. Es una adaptación de la *Medida tridimensional de motivos para beber (Three-dimensional measure of*

drinking motives; Cooper, Russell y Skinner, 1992). Stewart y Zack (2008) administraron el GMQ a una muestra de 193 personas seleccionadas a partir de sus puntuaciones en el *Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS: South Oaks Gambling Screen*; Lesieur y Blume, 1987). Se obtuvieron dos grupos, uno de 154 probables jugadores patológicos y otro de 39 jugadores no patológicos, todos ellos menores de 19 años. El análisis factorial arrojó 3 factores: ENH (incrementar emociones positivas), SOC (refuerzo positivo externo) y COP (reducir o evitar emociones negativas). Los resultados mostraron una buena consistencia interna para los 3 factores del cuestionario y se observó intercorrelación entre los factores. También se observaron diferencias de sexo en el grupo de jugadores patológicos probables; los hombres obtuvieron puntuaciones más altas en el factor ENH, mientras que en las mujeres la puntuación más elevada se encontró en el factor COP. En el grupo de jugadores no patológicos no se observaron diferencias de sexo.

Debido a la utilidad y las buenas propiedades psicométricas que presenta este instrumento y, teniendo en cuenta que en la actualidad no se dispone de ninguna validación de este cuestionario en población española, el principal objetivo de este trabajo es llevar a cabo la validación española del *Cuestionario de motivos para el juego* (Stewart y Zack, 2008) en población joven.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 106 participantes (33 mujeres y 73 hombres) de población general joven. Todos ellos eran residentes en la Comunidad Valenciana: 56 provenían de un centro de deportistas de alto rendimiento, 25 eran alumnos de 2º de Bachillerato de un Instituto de Educación Secundaria y los 25 restantes eran estudiantes de la Universitat Jaume I y de la Universitat de València. La media de edad fue de 19.066 (d. t. = 1,96), oscilando el rango entre 17 y 23 años.

Medidas

El *Cuestionario de Motivos para el Juego* (GMQ) fue administrado a los participantes junto con otros instrumentos de autoinforme que se describen a continuación:

- *Cuestionario de Motivos para el Juego* (GMQ; *Gambling Motives Questionnaire*; Stewart y Zack, 2008). Consta de 15 ítems que evalúan los motivos que tienen los jugadores a la hora de jugar a los juegos de azar en una escala de tipo Likert de 4 puntos que va de 1 («nunca o casi nunca») hasta 4 («casi siempre»). Está compuesto por 3 factores: «mejora de emociones positivas» (ENH: ítems 3, 6, 9, 12, 15), «refuerzo positivo externo» (SOC: 1, 4, 7, 10, 13) y «reducir o evitar de emociones negativas» (COP: 2, 5, 8, 11, 14). Tiene buenas propiedades psicométricas en población joven de habla inglesa (Stewart y Zack, 2008).
- *Escala Relacionada con el Juego* (GRCS; *The Gambling related Scale*; Raylu y Oei, 2004). Evalúa los pensamientos que tienen los participantes a la hora de jugar a los diferentes juegos de azar en una escala tipo Likert que va de 1 («muy en desacuerdo») a 7 («muy de acuerdo»). Está compuesta por 23 ítems divididos en 5 subescalas: expectativas de juego, ilusión de control, control predictivo, incapacidad para detener

el juego y sesgo interpretativo. Ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas (Raylu y Oei, 2004).

- *Escala de Regulación del Afecto Negativo (ERAN)* (Catanzaro y Mearns, 1990). Evalúa la capacidad de regulación emocional que tienen las personas cuando se sienten mal de ánimo. Consta de 30 afirmaciones y se compone de una puntuación total y 3 subescalas: la *subescala general* (evalúa la capacidad de aliviar el afecto negativo mediante diferentes estrategias); la *subescala cognitiva* (evalúa pensamientos y estrategias cognitivas) y la *subescala conductual* (evalúa acciones que influyen en el estado de ánimo negativo).
- *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II: Beck Depression Inventory)*; Beck, Steer y Brown, 1996; Adaptación española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Se trata de un instrumento de autoinforme compuesto de 21 ítems diseñado para evaluar la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad a partir de 13 años. Este instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas en población española (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Procedimiento

Tras llevar a cabo el proceso de retrotraducción de la versión original del GMQ, se hizo llegar el protocolo de evaluación para el juego a toda la muestra de estudio. En algunos casos se cumplimentaron vía online (mediante la aplicación *Survey Monkey*) y en otros en papel.

Resultados

En primer lugar, se analizó la *consistencia interna* de las tres subescalas del GMQ mediante el *coeficiente de Cronbach*, obteniendo un coeficiente de 0,87 para la subescala ENH, de 0,79 para la subescala SOC y de 0,87 para la subescala COP. En la tabla 1 se presentan las correlaciones de cada ítem con el total. Por otra parte, la *fiabilidad test-retest* para una parte de la muestra (N = 25) utilizando el coeficiente de dos mitades de Guttman fue de 0,995.

En cuanto al *análisis factorial*, siguiendo a los autores originales (Stewart y Zack, 2008) y, debido a que las subescalas del GMQ estaban intercorrelacionadas, se realizó el análisis factorial mediante el método de extracción de componentes principales con rotación Oblimin. Se obtuvo una estructura de 3 factores (ver tabla 1) que explicaban el 68,54 % de la varianza total. El factor 1 «Afrontamiento y mejora de emociones», explicaba el 50,65 % de la varianza y se componía de 9 ítems (2, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 14, 15). El factor 2, «Motivos sociales», lo formaban 4 ítems (1, 4, 10, 13), que explicaban el 9,98 % de la varianza. Por último, el factor 3, «Motivos para aumentar la autoconfianza y seguridad en uno mismo ante relaciones sociales», lo formaban los ítems 7 y 8, que explicaban el 7,89 % de la varianza. El coeficiente de Cronbach para estos tres factores fue de 0,91, 0,79 y 0,67, respectivamente.

Tabla 1
 Estadísticos descriptivos, alfa de Cronbach, correlación ítem-total y cargas factoriales para el GMQ

Ítem	Media (d. t.)	Alfa de Cronbach		Factor 1	Factor 2	Factor 3
		si se elimina el ítem	Correlación ítem-total			
1. Como una forma de celebración	1,45 (0,82)	0,709	0,677		0,576	
2. Para relajarte	1,28 (0,63)	0,843	0,684	0,846		
3. Porque te gusta la sensación	1,54 (0,87)	0,832	0,706	0,537	0,444	
4. Porque es lo que hacen la mayoría de tus amigos cuando estáis juntos	1,61 (0,88)	0,743	0,585		0,921	
5. Para olvidar tus preocupaciones	1,29 (0,65)	0,843	0,688	0,722		
6. Porque es excitante	1,37 (0,65)	0,825	0,766	0,882		
7. Para ser sociable	1,15 (0,41)	0,797	0,418			0,873
8. Porque te sientes más confiado o seguro de ti mismo	1,14 (0,48)	0,880	0,515			0,675
9. Para lograr sensaciones fuertes	1,39 (0,81)	0,833	0,698	0,784		
10. Porque es algo que hago en ocasiones especiales	1,66 (0,88)	0,733	0,612		0,687	
11. Porque te ayuda cuando te sientes nervioso o deprimido	1,25 (0,60)	0,811	0,815	0,724		
12. Porque es divertido	1,80 (1,03)	0,853	0,667	0,505	0,479	
13. Porque hace que una reunión social sea más divertida	1,46 (0,83)	0,739	0,592	0,454	0,435	
14. Para animarte cuando estás de mal humor	1,34 (0,67)	0,819	0,777	0,569		0,428
15. Porque te hace sentir bien	1,30 (0,62)	0,841	0,693	0,778		

En cuanto a las *diferencias de sexo*, la prueba *t de Student* no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las 3 subescalas del GMQ.

Por último, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson bivariadas de las 3 escalas del GMQ con otras medidas que pudieran estar más o menos relacionadas con la conducta de juego: la GRCS (tanto con su puntuación total como con sus 5 subescalas), el BDI y la ERAN (tanto con su puntuación total como con sus 3 subescalas). También se llevaron a cabo correlaciones entre las escalas del GMQ. Como se puede observar en la tabla 2, los resultados mostraron que las 3 subescalas del GMQ correlacionaron de forma positiva y significativa ($p < 0,01$) con el GRCS, tanto con su escala global como con todas sus subescalas. En cuanto al BDI, no se observó ninguna correlación significativa con ninguna de las subescalas del GMQ. Por lo que se refiere a la ERAN, se observó una correlación negativa y significativa ($p < 0,01$) entre su subescala general (mide la capacidad de aliviar el afecto negativo mediante diferentes estrategias) y la subescala COP del GMQ. Asimismo, se obtuvieron correlaciones positivas y significativas ($p < 0,01$) entre las 3 subescalas del GMQ.

Tabla 2
Correlaciones entre el GMQ y otras medidas

	GMQ-ENH	GMQ-SOC	GMQ-COP
GMQ-ENH	1		
GMQ-SOC	0,701**	1	
GMQ-COP	0,752**	0,629**	1
GRCS-PC	0,493**	0,421**	0,444*
GRCS-GE	0,712**	0,542**	0,734**
GRCS-IC	0,382**	0,487**	0,496**
GRCS-IS	0,525**	0,427**	0,625**
GRCS-IB	0,633**	0,526**	0,543**
GRCS-total	0,630**	0,549**	0,635**
BDI-II	0,023	0,018	0,060
ERAN (general)	-0,168	-0,185	-0,209**
ERAN (cognitiva)	-0,126	-0,123	-0,143
ERAN (conductual)	0,088	0,040	-0,065
ERAN (total)	-0,097	-0,096	-0,157

Nota: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Nota: GMQ-ENH: GMQ, subescala «incrementar emociones positivas»; GMQ-SOC: GMQ, subescala «refuerzo positivo externo»; GMQ-COP: GMQ, subescala «reducir emociones negativas»; GRCS-PC: escala relacionada con el juego, subescala control predictivo; GRCS-GE: subescala expectativas de juego; GRCS-IC: subescala ilusión de control; GRCS-IS: subescala incapacidad para detener el juego; GRCS-IB: subescala sesgo interpretativo; GRCS-total: puntuación total; BDI-II: inventario de depresión de Beck; ERAN: Escala de regulación del afecto negativo.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo fue realizar la validación española del Cuestionario de motivos para el juego (GMQ) en población joven. Los resultados obtenidos confirmaron que las tres subescalas del GMQ presentaban una buena consistencia interna. Por otra parte, se obtuvo una excelente estabilidad temporal.

Con respecto al análisis factorial, al igual que en la validación realizada por los autores originales (Stewart y Zack, 2008), se obtuvieron 3 factores. Sin embargo, aunque el porcentaje de varianza total explicada fue bastante similar a la original (68,54 % frente a 67,2 %), la estructura hallada en este trabajo mostró diferencias a la obtenida en la validación original. El factor 1 (afrentamiento y mejora de emociones), explicaba un porcentaje mayor de la varianza (50,65 % frente a 49,3 %) y la mayoría de ítems incluidos entre los factores 1 (ENH) y 3 (COP) de la validación original saturaron claramente en este primer factor (ítems 2, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 14 y 15), a excepción del ítem 8. Respecto al factor 2 (motivos sociales) obtenido en el presente estudio, explicó un porcentaje algo mayor de varianza que el de la validación original (9,98 % frente a 9,1 %). Este factor incluía los ítems 1, 4, 10 y 13, que coinciden con el factor 2 de la validación original, a excepción del ítem 7. Por último, el factor 3 (aumento de autoconfianza y seguridad en uno mismo ante relaciones sociales), quedó compuesto por 2 ítems (7 y 8) y explicó el 7,89 % de la varianza, mientras que en la validación original explicaba el 8,8 %. Estas diferencias podrían deberse al hecho de que el presente estudio se realizó con una muestra de población general joven sin problemas de juego, mientras que la muestra utilizada por los autores originales estaba formada por población también joven pero muchos de ellos eran jugadores patológicos probables.

Por lo que se refiere a los resultados sobre las diferencias en función del sexo, se obtuvieron resultados similares a los hallados por Stewart y Zack (2008), ya que estos autores tampoco encontraron diferencias entre hombres y mujeres en el grupo de jugadores no patológicos.

Por último, los resultados de validez convergente mostraron que, por lo que se refiere al GRCS, se confirmó que este cuestionario y los factores que lo componen correlacionaban de forma positiva y significativa con las 3 subescalas del GMQ. El GRCS evalúa los pensamientos de los participantes a la hora de jugar a los diferentes juegos de azar. Así, es esperable que exista una relación significativa y positiva entre este cuestionario y el GMQ, ya que a mayor nivel de pensamientos irracionales relacionados con el juego, mayores motivos hacia el juego. Por otra parte, la subescala general de la ERAN, que evalúa la capacidad de aliviar el afecto negativo mediante diferentes estrategias, correlacionó de forma negativa y significativa con la subescala COP del GMQ. Una mayor puntuación en este instrumento indica una mayor regulación emocional. De este modo, los sujetos que puntúan alto en esta subescala del GMQ utilizan el juego como una estrategia para aliviar sus emociones negativas, por lo que parecen tener escasas capacidades para regular su afecto negativo. Finalmente, aunque cabría esperar una correlación positiva entre el BDI-II con la subescala COP del GMQ, no es de extrañar no haberla encontrado, ya que el presente estudio se realizó con una muestra de población general joven sin síntomas de depresión ni problemática asociada al juego.

En conclusión, los resultados obtenidos demuestran que la versión española del GMQ cuenta con buenas propiedades psicométricas para evaluar los motivos de juego en población joven española. Es necesario contar con instrumentos de evaluación basados en la evidencia que permitan diferenciar los jugadores problemáticos de los que no lo son y que sean sensibles al cambio tras un programa de prevención o tratamiento. Por último, es importante señalar que el presente trabajo consiste en una validación psicométrica que está en progreso, por

lo que en próximos estudios será necesaria una ampliación de la muestra, aumentando su tamaño y utilizando también población clínica para obtener conclusiones más firmes.

Referencias bibliográficas

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. Psychological Corp, San Antonio, TX.
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports*, 81, 275-287.
- Catanzaro, S. J. y Mearns, J. (1990). Measuring Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation: Initial Scale Development and Implications. *Journal of personality assessment*, 54, 546-563.
- Cooper, M. L., Russell, M. y Skinner, J. B. (1992). Development and validation of three-dimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment*, 4, 123-32.
- Fisher, S. (1993). El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y el juego patológico en adolescentes. El caso del Reino Unido. *Psicología Conductual*, 1, 351-359.
- Leisieur, H. R. y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-8.
- Leisieur, H. R. y Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature. *Journal of gambling Studies*, 7, 5-39.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre el juego patológico. *Revista de Salud Pública*, 10, 150-159.
- Raylu, N. y Oei, T. P. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99, 775-769.
- 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.
- Stewart, S. H. y Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, 103, 1110-1117.

Validación española de la escala abreviada *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ): Un estudio piloto

CRISTIAN COO CALCAGNI
coo@uji.es

MARISA SALANOVA SORIA
salanova@uji.es

Resumen

Introducción: Durante los últimos años se ha probado la eficacia de intervenciones basadas en mindfulness (MBIs) en todo tipo de contextos (clínico, educacional, laboral, etc.). La medida del mindfulness como elemento activo de dichas intervenciones constituye un elemento fundamental para la evaluación de su impacto. El cuestionario *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer y cols., 2008) es una herramienta de evaluación que sintetiza varias formas y constructos de medición utilizados anteriormente en un esfuerzo por desarrollar una medida completa e integradora a nivel teórico y práctico. Este estudio pretende validar una versión abreviada de la escala FFMQ, de 20 ítems mediante un estudio piloto. **Método:** Se analizaron sus propiedades psicométricas realizando un análisis estadístico de los ítems, un análisis factorial y una estimación de la fiabilidad a través del Alpha de Cronbach. Se utilizó una muestra de 209 trabajadores de organizaciones pertenecientes a las áreas de salud y servicios, la mayoría de ellos sin experiencia previa en mindfulness. Para evaluar la posible esfericidad de los datos obtenidos se aplicaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Bartlett. **Resultados:** El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,84. Los resultados de la extracción de factores muestran la agrupación de los 20 ítems seleccionados en 5 factores que explican el 65 % de la varianza. **Conclusiones:** Los resultados muestran que la escala es válida y fiable para medir la experiencia de mindfulness. Se manifiesta una clara similitud de las propiedades psicométricas de la versión española del FFMQ con la versión original.

Palabras clave: mindfulness, FFMQ, validación, estudio piloto.

Abstract

Introduction: During the last ten years the efficacy of Mindfulness Based Interventions has been proven in different contexts (clinical, educational and organizational). The measurement of Mindfulness as the active component of those interventions is a key element for the impact evaluation of those interventions. The *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer y cols. 2008) is an evaluation tool that synthesizes various

forms and constructs of measurement utilized previously in an effort to develop a complete and integrative measurement instrument on both a practical and theoretical level. This study aims to validate an abbreviated version of twenty items based on the original FFMQ scale. **Method:** Psychometrical properties of the test were observed utilizing statistical analysis of the items, confirmatory factorial analysis, and validity through Cronbach's Alphas. A sample of 209 workers with no prior meditation experience belonging to health and services organizations participated in the study. **Results:** To evaluate sample adjustment and possible data sphericity KMO Bartlett tests were applied. Cronbach's Alphas was 0,84, CFA showed a grouping of the twenty selected items in five factors that explain 65 % of the variance. **Conclusions:** Results indicate that the scale is valid and reliable to measure mindfulness. A clear similitude of psychometrical properties between the Spanish version and the original FFMQ scale can be observed.

Keywords: mindfulness, FFMQ, validation, pilot study.

Introducción

Mindfulness es una traducción de la palabra, en lengua pali, *Sati*, traducida al inglés por primera vez en 1881 por T. W. Rhys Davids que se comprende como una adaptación cultural de carácter secular de técnicas y metodologías budistas originadas hace más de 2500 años, cuyo objetivo es el desarrollo del máximo potencial de la mente a través de la práctica regular de la meditación (Trungpa, 1993). Desde la conversación académica contemporánea, ha sido definido como la capacidad inherente a la conciencia humana, que permite atender a los fenómenos que se experimentan en cada momento presente, de un modo en el que se aceptan tal y como emergen en la conciencia, sin realizar juicios sobre ellos (Baer, Smith y Allen, 2004; Brown y Ryan, 2003).

Diversos estudios demuestran los numerosos beneficios para la salud en general y la salud mental en particular, relacionados al mindfulness al ser incorporado como una práctica cotidiana (e.g. Baer y cols., 2008; Brown y Ryan, 2003; Brown, Ryan y Creswell, 2007b; Carlson y Brown, 2005; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, y Schmidt, 2006), lo cual pone en manifiesto su eficacia como herramienta para cultivar el bienestar (Baer, 2003; Baer, y cols., 2008; Germer, 2005; Kabat-Zinn, 2003). Estos hallazgos han alimentado el interés de la psicología occidental por seguir estudiando la naturaleza del constructo y por incorporar diversas técnicas y métodos que desarrollen el mindfulness en sus intervenciones preeminentemente de carácter clínico (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney 2006; Mace, 2007).

A pesar de esto, Baer y cols. (2008), Dimidjian y Linehan (2003a), y Kostanski y Hassed (2007) afirmaron que aún son insuficientes los estudios que se han realizado para investigar la naturaleza del mindfulness, su relación con otros constructos psicológicos, las diversas técnicas para desarrollar mayores niveles de mindfulness, los efectos del entrenamiento en mindfulness sobre la salud y, sobre todo, los mecanismos y procesos por los cuales la práctica del mindfulness conlleva a resultados beneficiosos.

En el contexto del desarrollo de intervenciones basadas en mindfulness (MBIs), tanto para hacer frente al manejo a las experiencias de estrés y factores psicosociales que constituyen potenciales daños a las personas, como para mejorar el desempeño óptimo y la salud para promover mayores niveles de calidad de trabajo y excelencia organizacional (Salanova, Llorens, Torrente, y Acosta, 2013) es necesario contar con una herramienta de medición de

dicho constructo validada en una población que cumpla con las características de los grupos objetivo de los programas de intervención. Esto con la finalidad de clarificar cuales son aquellos procesos mediante los cuales el mindfulness actúa, evaluar las variables sobre las que se espera intervenir y poder observar la efectividad de la intervención. Es por esto que surge esta iniciativa de validación del FFMQ en una población de carácter no clínico y, específicamente, en profesionales de la salud y servicios, grupo objetivo sobre el cual se enfocan las primeras MBI's desarrolladas por el equipo de investigación WONT de la Universitat Jaume I.

Seleccionamos la escala FFMQ dado que ha demostrado tener características psicométricas prometedoras y entendemos que es el mejor instrumento para medir el mindfulness hasta la fecha (May y O'Donovan, 2007), al haber sido creado a partir del análisis factorial de cinco cuestionarios que miden el mindfulness. Ello permitió combinar los ítems más representativos de los distintos instrumentos para formar cinco factores e integrar las distintas definiciones operacionales existentes hasta el momento de su creación (Baer y cols., 2006; Baer y cols., 2008; May y O'Donovan, 2007).

Con todo ello, el objetivo principal de esta investigación es analizar la confiabilidad y validez de constructo del FFMQ en un grupo de profesionales no meditadores pertenecientes al sector ocupacional sanitario.

Método

Muestra y procedimiento

Se aplicó el cuestionario abreviado FFMQ a una muestra de 227 participantes (86 % mujeres) pertenecientes a organizaciones de salud y servicios en el contexto de la evaluación de organizaciones saludables y resilientes mediante la herramienta HERO (Healthy and Resilient Organization) desarrollada por el equipo de investigación WONT (Salanova y cols., 2012) en el marco de un proyecto llevado a cabo con el apoyo del Ministerio de Economía para identificar las *best practices* de aquellas pequeñas y medianas empresas que lograron sobrevivir y proliferar durante el periodo de crisis económica reinante en los últimos años en España.

La selección de los participantes se vio influida por la participación de las organizaciones involucradas en el proyecto de investigación HERO, es decir, participaron todos los empleados de aquellas organizaciones participantes del proyecto desde el momento en que se toma la decisión de desarrollar MBIS.

El cuestionario fue aplicado en formato on-line a través de la plataforma web del equipo de investigación WONT, entregando un nombre de usuario y una clave asociada a cada uno de los participantes para permitirle su acceso al cuestionario dentro de un plazo establecido de cinco días desde el envío de la invitación a participar.

Variables

El instrumento abreviado del FFMQ consta de 20 ítems, subdivididos en cinco categorías correspondientes a los factores propuestos en el modelo original del FFMQ, es decir:

- 1) Observar (conformado por los ítems 6, 10, 12, 15 y 18) incluye: observar, notar o atender a las experiencias internas y externas, como sensaciones corporales, cogniciones, emociones, visiones, sonidos, y olores.

- 2) Describir (conformado por los ítems 7, 18 y 20) se refiere a nombrar y describir las experiencias observadas con palabras, pero sin establecer un juicio ni un análisis conceptual sobre ellas.
- 3) Actuar conscientemente (conformado por los ítems 1, 2, 4 y 8) envuelve el focalizar la atención conscientemente sobre cada actividad que se realiza en cada momento; y puede ser contrastado con el comportamiento mecánico (comúnmente llamado *piloto automático*), en donde la atención se focaliza en una situación diferente a la que uno está participando (Baer y cols., 2008).
- 4) No juzgar la propia experiencia (Conformado por los ítems 5, 14, 16 y 19) incluye tomar una posición no evaluativa frente a las experiencias del momento presente, de modo que éstas son aceptadas y permitidas en la conciencia, sin intentar evitarlas, cambiarlas o escaparse de ellas (Baer y cols., 2004 y Baer y cols., 2008).
- 5) No reaccionar ante la propia experiencia (conformado por los ítems 3, 9, 11 y 13) se refiere a la tendencia a permitir que los sentimientos y emociones fluyan, sin dejarse «atrapar» o dejarse llevar por ellos (Baer y cols., 2008).

Los participantes indicaron si están de acuerdo con cada ítem a través de una escala Likert con un rango de 0, si es nunca o muy rara vez cierto, a 6, si es muy a menudo o siempre cierto.

Análisis de datos

Se realizaron los análisis de confiabilidad mediante Alpha de Cronbach, correlación ítem-factor, análisis factorial utilizando la metodología de extracción por componentes principales y Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett con el paquete estadístico SPSS v 22.

Resultados

Primero, el resultado de la prueba KMO (ver tabla 1) indica que la correlación entre las variables que el FFMQ mide es medio-alta. Y la prueba de Bartlett indica que el análisis factorial es efectivamente aplicable.

Tabla 1
Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,838
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. chi-cuadrado	1837,725
	gl	190
	Sig.	0,000

La consistencia interna se obtuvo a partir del cálculo del Alpha de Cronbach para cada factor de la prueba (ver tabla 2). El valor de dicho estadístico puede variar entre 0 y 1, donde los valores cercanos a 0,25 indican una baja confiabilidad; los cercanos a 0,50, una fiabilidad

media o regular; los que superan el 0,75, una confiabilidad aceptable; y aquellos mayores a 0,90, una confiabilidad elevada (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). El Alpha de Cronbach para la totalidad de la escala es de 0,84. Lo que indica una confiabilidad alta para su utilización (Cohen, 1988). A pesar de esto, los factores «observar», «describir» y «no reaccionar» ante la propia experiencia demuestran solamente una fiabilidad regular ($\alpha < 0,75$)

Tabla 2
Consistencia interna (α) de la prueba y sus factores

	Numero de Ítems	α
Escala completa	20	0,84
Observar	5	0,54
Describir	3	0,43
Actuar conscientemente	4	0,80
No juzgar la propia experiencia	4	0,77
No reaccionar ante la propia experiencia	4	0,58

La observación de las correlación entre ítems y factores (ver tabla 3) nos permite clarificar la consistencia interna de la prueba al momento de discriminar en puntajes altos y bajos. La mayoría los ítems correlacionaron alta y significativamente con sus respectivos factores.

Tabla 3
Correlaciones ítem-factor

Observar	Correlación de Pearson	P6	P10	P12	P15	P18
		0,688**	0,709**	0,478**	0,553**	0,724**
Describir	Correlación de Pearson	P7	P18	P20		
		0,466**	0,799**	0,759**		
Actuar conscientemente	Correlación de Pearson	P1	P2	P4	P8	
		0,779**	0,873**	0,797**	0,758**	
No enjuiciamiento	Correlación de Pearson	P5	P14	P16	P19	
		0,735**	0,813**	0,866**	0,688**	
No reactividad	Correlación de Pearson	P3	P9	P11	P13	
		0,490**	0,774**	0,641**	0,735**	

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Todos los factores se correlacionan de manera significativa entre sí (ver tabla 4), lo que constituye una prueba de la validez de constructo de la escala FFMQ.

Tabla 4
Matriz de correlaciones entre factores

Factores	Describir	Actuar conscientemente	No enjuiciar	No reaccionar
Observar	0,587**	0,351**	0,406**	0,477**
Describir		0,245**	0,250**	0,570**
Actuar conscientemente			0,602**	0,201**
No enjuiciar				0,256**

**La correlación es significativa en el nivel 0,01.

Por último, el análisis factorial utilizando el método de extracción por componentes principales indica que los ítems se distribuyen en una estructura de 5 factores que explican el 65 % de la varianza (ver tabla 5). Lo que es consistente con la estructura del modelo propuesta en otros estudios de validación (Baer y cols., 2012, Cebolla y cols., 2012).

Tabla 5
Análisis factorial

Componente	Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,879	29,397	29,397
2	3,183	15,914	45,311
3	1,683	8,416	53,727
4	1,194	5,969	59,695
5	1,032	5,159	64,854

Discusión

El objetivo de este estudio piloto era explorar las cualidades psicométricas de la escala FFMQ abreviada en una población española de carácter no clínico. Los resultados de los análisis de fiabilidad y factorial apoyan la estructura de cinco factores propuesta por Baer y colegas (2006), en donde los factores «observar», «describir», «actuar con consciencia», «no juzgar la experiencia interna» y «no reaccionar ante la experiencia interna» son elementos de un constructo general de mindfulness.

A diferencia de otros estudios de validación (Baer y cols., 2012, Cebolla y cols., 2012), la variable «observar» sí correlacionó de manera positiva con las otras dimensiones del factor en un grupo de individuos sin experiencia previa en meditación, situación exactamente contraria

a lo ocurrido en dichos estudios. Esto puede deberse en parte a la consistencia interna apenas adecuada presente en dicha subescala ($\alpha = 0,54$), la que pudo verse afectada por el nivel de compromiso y concentración que demuestran los participantes al contestar el cuestionario de manera on-line.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones debido a su carácter exploratorio. Primero, el tamaño de la muestra es moderado. No se realizó una confirmación de la estructura de cinco factores evaluando el ajuste de los datos a diferentes tipos de modelos. También es necesario comparar la escala a otros instrumentos de medición de mindfulness y constructos psicológicos asociados y observar la confiabilidad mediante la aplicación del *test-retest*.

La mayor contribución de este estudio es proveer una validación de una medida de mindfulness para la población española. Nuestros datos sugieren la posibilidad de utilizar el FFMQ en muestras españolas de carácter no clínico. Lo más relevante es contar con un instrumento de medición de mindfulness sensible a la intervención que incluye cinco habilidades diferentes. Creemos que este cuestionario sera de gran utilidad para medir el efecto de intervenciones basadas en mindfulness en muestras españolas.

En conclusión, el objetivo primario de este estudio era explorar las cualidades psicométricas de la traducción española de la escala FFMQ abreviada. Este objetivo se ha cumplido: el FFMQ abreviado ha probado ser un instrumento efectivo para medir mindfulness en muestras españolas.

Referencias bibliográficas

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R., Smith, G. y Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Baer, R., Smith, G., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D. y Williams, J. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Baer, R., Walsh, E., Lykins, E. (2009). Assessment of mindfulness. En F. Didona (ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 153-168). Nueva York: Springer.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Brown, K. y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown K. y Ryan, R. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242-248.
- Brown, K., Ryan, R. y Creswell, J. (2007a). Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18, 272-281.
- Brown, K., Ryan, R. y Creswell, J. (2007b). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). *The European Journal of Psychiatry*, 26, 118-126.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Dimidjian, S. y Linehan, M. M. (2003a). Defining and agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166-171.
- Dimidjian, S. y Linehan, M. M. (2003b). Mindfulness practice. En W. O'Donohue, J. E. Fisher y S. C. Hayes (eds.), *Empirically supported techniques of cognitive behavior therapy: A step-by-step guide for clinicians* (pp. 229-237). Nueva York: John Wiley.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). Nueva York: Guilford Press.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kostanski, M. y Hassed, C. (2007). Mindfulness as a concept and a process. *Australian Psychologist*, 43, 15-21.
- May, S. y O'Donovan (2007). The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*, 13, 46-53.
- Salanova, M., Llorens, S., Torrente, P. y Acosta, H. (2013). Intervenciones positivas para potenciar organizaciones saludables y resilientes. En Palací Descals, F. y Bernabé Castaño, M. *Consultoría Organizacional*, 7, pp. 135-166.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E. y Martínez, I. (2012). We need a Hero! Toward a Validation of the Healthy Resilient Organization Model. *Group & Organization Management*, 37, 758-882.
- Trungpa, C. (1993). *Training the mind and cultivating loving kindness*. Boston y Londres: Shambala.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N. y Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness-The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.

El papel moderador de los estilos educativos parentales en la relación entre la personalidad y el consumo de cannabis

ANDREA CUEVAS CARDA
andrea.cuevas@uji.es

LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN
lmezquit@uji.es

Resumen

Introducción: Estudios sobre personalidad indican que la apertura a la experiencia, la baja responsabilidad y la baja amabilidad son factores de riesgo para el consumo de cannabis. Además, variables ambientales como los estilos educativos parentales de escasa supervisión, excesiva permisividad y castigo se han relacionado también con un mayor consumo. No obstante, el efecto sinérgico entre ambas variables ha sido poco estudiado. Por ello, nuestro objetivo fue explorar en qué medida los estilos educativos parentales moderan la relación entre la personalidad y el consumo de cannabis. **Método:** 495 universitarios (media edad = 21,35 (SD = 2,515), 64,6 % mujeres) completaron el cuestionario de personalidad NEO PI-R, la escala sobre el consumo de cannabis CODIS, y el cuestionario de estilos educativos parentales APQ. Se realizaron análisis de regresión, siendo las variables dependientes la cantidad y la frecuencia de consumo de cannabis semanal, y las variables predictoras las dimensiones de personalidad, los estilos educativos parentales y sus interacciones. Para interpretar las interacciones significativas se realizaron gráficos de interacción y análisis de pendiente simple. **Resultados:** La baja responsabilidad, el castigo y la interacción entre ambas variables, así como la extraversión, la escasa supervisión y su interacción, predijeron una mayor frecuencia y cantidad de consumo de cannabis durante la semana. **Discusión:** Los resultados muestran que además de los efectos simples de la personalidad y los estilos educativos parentales, presentar ambas variables de riesgo (i.e., baja responsabilidad y castigo, extraversión y escasa supervisión) multiplicaría la probabilidad de consumir cannabis en los adultos jóvenes.

Palabras clave: personalidad, estilos educativos, cannabis, castigo, escasa supervisión.

Abstract

Introduction: Personality research suggests that openness to the experience, low conscientiousness and low agreeableness are risk factors for cannabis use. In addition, environmental variables such as parenting styles of low supervision, high permissiveness and punishment have also been related to higher cannabis consumption.

However, the synergistic effect between these two variables has been less studied. Therefore, our objective was to explore the extent to which parenting styles moderate the relationship between personality and cannabis use. **Method:** Four hundred ninety five university students (mean age = 21,35 (SD = 2,515), 64,6 % women) completed the personality questionnaire NEO PI-R, the scale of cannabis CODIS, and the parenting questionnaire APQ. Regression analyzes were performed, the weekly quantity and frequency of cannabis were the dependent variables, and personality dimensions, parenting styles and their interactions were the independent variables. To interpret significant interactions, we performed interaction graphics and simple slope analysis.

Results: Low conscientiousness, punishment and the interaction between variables, and extraversion, low supervision and their interaction, predicted higher smoking frequency and quantity during the week. **Discussion:** The results show that in addition to the simple effects of personality and parenting styles, presenting both risk variables (i.e., low conscientiousness and punishment, extraversion and poor supervision) multiply the probability of consuming cannabis in young adults.

Keywords: personality, educational styles, cannabis, punishment, low supervision.

Introducción

El cannabis es la sustancia ilícita más consumida en el mundo según la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2014).

En Europa, su consumo y accesibilidad ha aumentado, siendo España uno de los países donde más resina de cannabis se ha incautado. Además, es la tercera droga más consumida por detrás del alcohol y el tabaco, y está especialmente extendida entre los jóvenes-adultos españoles, un 38,4 % de ellos se considera consumidor habitual de cannabis (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEd. t.), 2012).

Existen múltiples variables biopsicosociales que pueden influir en el consumo de sustancias (Engel, 1977). Entre ellas, la personalidad y los estilos educativos parentales actuarían como factores distales e inespecíficos de vulnerabilidad al consumo de cannabis.

En cuanto a la relación de la personalidad y el consumo de cannabis, existe evidencia de que la apertura a la experiencia se asocia con mayores síntomas del consumo y dependencia (Flory, Lynam, Milich, Leukefeld y Clayton, 2002). Otros estudios realizados con el modelo de los cinco grandes encuentran que, además de las mayores puntuaciones en apertura a la experiencia, los consumidores de cannabis puntúan más bajo en amabilidad y responsabilidad que los no consumidores (Fridberg, Vollmer, O'Donnell, y Skosnik, 2011; Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu, y Costa, 2008).

Los estudios de meta-análisis parecen corroborar la relación del consumo de cannabis con la alta apertura a la experiencia y la baja responsabilidad (Bogg y Roberts, 2004; Gorman y Derzon, 2002), mientras que el neuroticismo se asociaría con el consumo en muestras clínicas, una vez el patrón de uso de la sustancia fuese más problemático (Kotov, Gamez, Schmidt, y Watson, 2010).

Finalmente, el papel de la extraversión estaría menos claro. Así, mientras se ha hipotetizado que la extraversión se asociaría con un mayor consumo de cannabis (Terracciano y cols., 2008), estudios con adolescentes muestran asociaciones negativas entre ambas variables (Flory y cols., 2002).

En lo que respecta a la influencia de los estilos educativos parentales en el consumo de cannabis, se ha hipotetizado que una excesiva permisividad por parte de los padres hacia el consumo, la presencia de castigos aplicados inadecuadamente o de forma excesiva o la falta de supervisión por parte de los padres favorecerían el consumo. Por otra parte, la percepción de control parental ha demostrado prevenir el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, y a su vez retrasar la edad de inicio en el consumo. Del mismo modo, también un clima de apoyo familiar y modelos adecuados de consumo protegen ante el consumo de drogas en general (Becoña y cols., 2013). En definitiva, los estudios indican la importancia de un balance adecuado entre control y afecto, es decir, las características fundamentales del estilo democrático, a la hora de prevenir el consumo de drogas (Aleixandre y Navarro, 2008).

Existen pocos estudios que aborden la interrelación de la personalidad y los estilos educativos a la hora de predecir el consumo. Así, Creemers y cols. (2015) encontraron que aquellos adolescentes con altos niveles de neuroticismo, unido a un descenso en el control percibido, eran más vulnerables a iniciarse tempranamente en el consumo de cannabis. Del mismo modo, la introversión unida al descenso del control percibido también conducía a un inicio temprano en el consumo de cannabis. No obstante, esta asociación fue en contra de sus hipótesis iniciales, ya que era la alta extraversión la que se esperaba que se relacionase con el consumo (Creemers y cols., 2015).

Por otra parte, conociendo la convergencia entre los distintos factores de riesgo para el consumo de un gran número de drogas, no es de extrañar que, los mismos estilos educativos parentales, además de para el alcohol, pudiesen ser un factor de riesgo para el cannabis. En esta línea, Mezquita y cols. (2006) encontraron que la baja responsabilidad del adolescente unido a un estilo parental excesivamente permisivo o en el que predominaba el castigo se asociaba con un mayor consumo de alcohol (Mezquita y cols., 2006).

Sin embargo, la asociación entre el estilo educativo de los padres, los rasgos de personalidad del hijo y la aparición del consumo temprano de cannabis se ha explorado poco, principalmente en adolescentes y sigue siendo bastante desconocida en muestras de mayor edad.

Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue estudiar la relación entre las dimensiones de personalidad, los estilos educativos y las interacciones entre ambas variables a la hora de predecir el consumo de cannabis en los adultos jóvenes.

Se hipotetizó que la baja responsabilidad y la apertura a la experiencia se relacionarían con un mayor de cannabis; por otra parte, también se hipotetizó que la baja responsabilidad, el neuroticismo o la extraversión en interacción con la escasa supervisión, el castigo o la inconsistencia disciplinaria se asociarían con un mayor consumo de cannabis.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 495 estudiantes de la Universitat Jaume I de Castellón (64,6 % eran mujeres), con una media de edad de 21,35 años ($SD = 2,515$). El rango de edad de la muestra va de los 18 a los 45 años.

Procedimiento

La muestra se obtuvo durante 2011 y 2013 en la Universitat Jaume I. 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. Parte de los instrumentos los completaron online, mientras que el cuestionario de consumo de sustancias lo completaron en el laboratorio. Todos ellos recibieron compensación económica por su participación.

Instrumentos

El NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1999) es un cuestionario que contiene 240 ítems, que a través de en una escala Likert de 5 puntos (0 = *totalmente en desacuerdo* a 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).

El Cannabis and Other Drugs Intake Scale (CODIS) es un instrumento diseñado por el grupo de investigación para evaluar el consumo de cannabis y otras drogas de uno mismo, del mejor amigo, del grupo de amigos, de la pareja y de la familia. En el presente estudio se utilizaron las escalas de frecuencia (0 = *ningún día de la semana* a 7 = *todos los días de la semana*) y cantidad semanal (nº de porros) del consumo propio de cannabis.

Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Shelton, Frick y Wootton, 1996). Este cuestionario evalúa estilos educativos parentales a través de 42 ítems a través de una escala Likert de 5 puntos (1 = *nunca* a 5 = *siempre*). Consta de 5 subescalas: implicación, estilo educativo positivo, escasa supervisión, inconsistencia en la disciplina y castigo físico.

Análisis

Mediante el uso del software SPSS versión 21, 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, n.d.).

Mediante este mismo software, se realizaron análisis de regresión lineal simple, siendo las variables dependientes la cantidad y frecuencia de consumo total de cannabis a la semana. Tras controlar el efecto de la edad y el género, se introdujeron como variables predictoras las dimensiones de personalidad, el castigo o la escasa supervisión y las interacciones entre ambas. Una vez realizado el análisis, para interpretar las interacciones significativas se utilizó un análisis de pendiente simple y la representación gráfica de la interacción (Dawson, 2014).

Resultados

Análisis descriptivos

Los análisis descriptivos aparecen en la tabla 1. Las mujeres puntuaron significativamente más alto en neuroticismo y amabilidad; mientras que los hombres reciben menos supervisión que las mujeres, y su frecuencia y cantidad de consumo de cannabis semanal fue mayor.

Análisis de regresión

Los análisis de regresión mostraron que la responsabilidad se asoció negativamente con ambas variables de consumo de cannabis (véase tabla 2). Además la responsabilidad interactuó con el castigo a la hora de predecir tanto la cantidad como la frecuencia de consumo semanal (véase tabla 2 y figura 1). Por otra parte, también se observaron efectos de interacción significativos entre extraversión y escasa supervisión tanto en la cantidad como en la frecuencia de consumo total de cannabis semanal (véase tabla 2). Estos efectos de interacción se representaron gráficamente en la figura 2.

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

	Muestra total (N = 495) M (SD)	Hombres (N = 179) M (SD)	Mujeres (N = 313) M (SD)	<i>t</i>	<i>d</i>
Personalidad					
N	92,27 (21,08)	85,90 (20,33)	95,80 (20,69)	-4,99***	0,48
E	115,47 (17,50)	117,10 (17,80)	114,57 (17,29)	1,51	0,14
O	114,33 (17,26)	111,94 (17,34)	115,66 (17,10)	-2,24*	0,22
A	115,22 (16,28)	107,74 (15,75)	119,36 (15,07)	-7,87***	0,75
C	112,14 (20,49)	111,46 (18,31)	112,52 (21,18)	-0,55	0,05
Castigo	2,23 (2,31)	2,42 (2,26)	2,12 (2,33)	1,25	0,13
Escasa supervisión	8,66 (5,94)	10,54 (6,08)	7,65 (5,61)	4,85***	0,49
Frecuencia total consumo	0,98 (2,43)	1,59 (3,25)	0,65 (1,77)	4,00***	0,36
Cantidad total consumo	1,53 (4,91)	2,80 (7,14)	0,82 (2,81)	4,19 ***	0,36

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.

Tabla 2
Análisis de regresión

Variables independientes	Variables dependientes				Variables independientes	Variables dependientes			
	Frecuencia de consumo total		Cantidad de consumo total			Frecuencia de consumo total		Cantidad de consumo total	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2		β	ΔR^2	β	ΔR^2
Género	-0,16**	0,03**	-0,17**	0,03**	Género	-0,16**	0,03**	-0,16**	0,03**
Edad	-0,06		-0,05		Edad	-0,06		-0,02	
N	-0,01	0,06**	-0,01	0,05**	N	-0,03	0,06**	-0,03	0,06**
E	0,10		0,09		E	0,09		0,08	
O	0,03		0,05		O	0,04		0,05	
A	0,03		0,02		A	0,01		0,01	
C	-0,15**		-0,14*		C	-0,15**		-0,14*	
Castigo	0,08		0,07		Escasa Supervisión	0,04		0,03	
C x Castigo	-0,12*		-0,12*		E x Escasa supervisión	-0,17*		-0,18**	

Nota: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$.

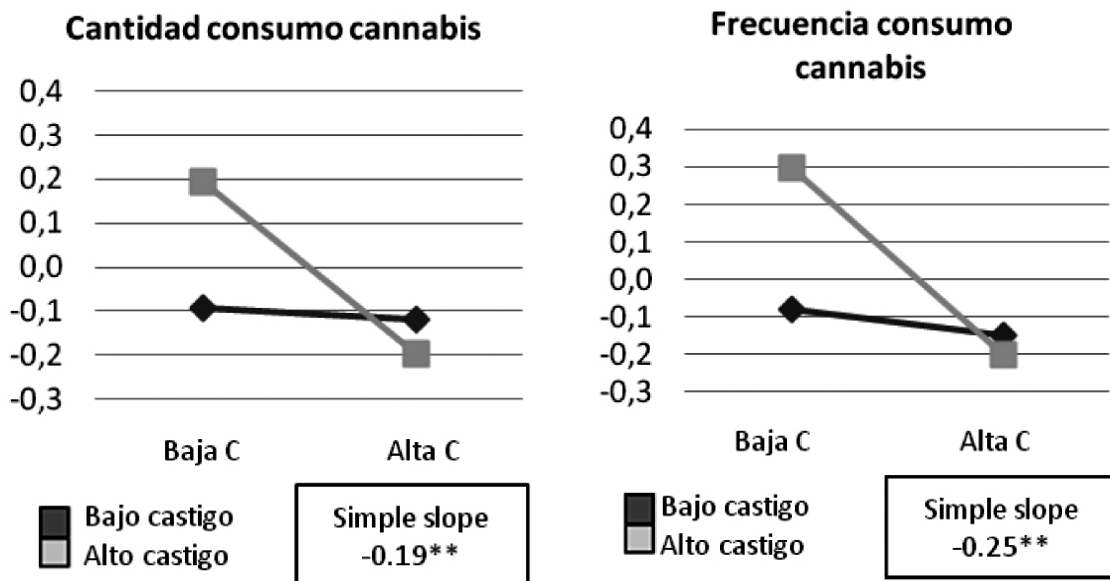


Figura 1. Gráfica de interacción responsabilidad x castigo a la hora de predecir el consumo de cannabis

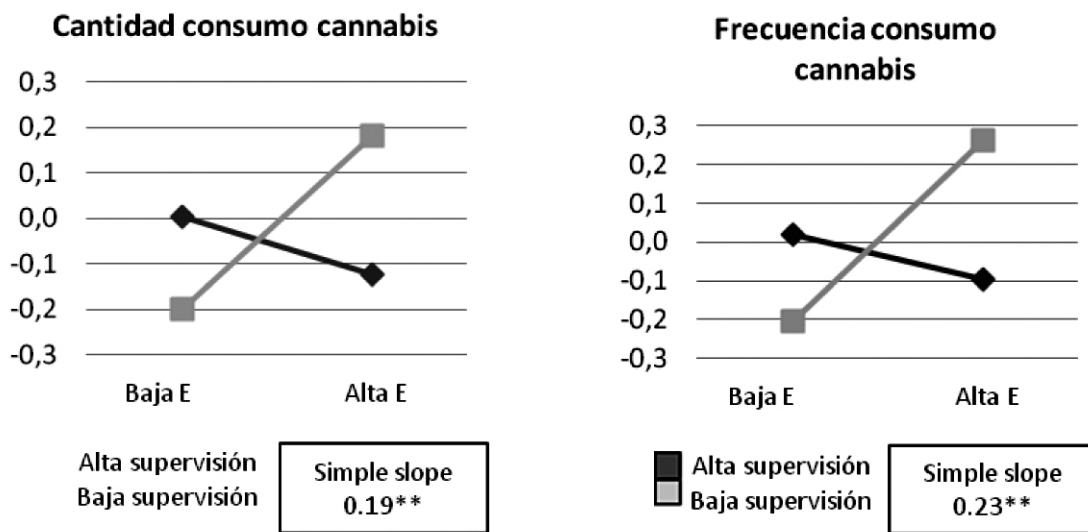


Figura 2. Gráfica de interacción extraversión x baja supervisión a la hora de predecir el consumo de cannabis

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue estudiar la relación entre las dimensiones de personalidad, los estilos educativos y las interacciones entre ambas variables a la hora de predecir el consumo de cannabis en los adultos jóvenes.

En lo referente a los efectos directos, en el presente estudio, del mismo modo que en estudios previos, se ha encontrado que la baja responsabilidad se asocia con un mayor consumo de cannabis (Fridberg y cols., 2011; Terracciano y cols., 2008). No obstante, no se han obtenido asociaciones significativas entre la apertura a la experiencia y el consumo semanal de cannabis. Una posible explicación ante este hecho es que las asociaciones no significativas entre la apertura a la experiencia y el consumo podrían deberse a las características de la muestra (i.e., 75,2 % no ha consumido nunca).

En cuanto a los estilos educativos parentales, en el presente estudio no se encuentra relación directa entre estilos educativos y consumo de cannabis aunque sí ejercen un papel moderador en la relación de personalidad y consumo. No obstante, la evidencia previa indica que los estilos educativos afectan al inicio del consumo y al consumo de adolescentes (Becoña y cols., 2013), sin embargo hay menos estudios con jóvenes y adultos. Otro punto importante es que en esta muestra los estilos educativos son retrospectivos, es decir, de la infancia, y aun así encontramos relación con el consumo en la edad adulta.

Por lo que respecta a los efectos de interacción entre personalidad y estilos educativos parentales, en este estudio, siguiendo la línea de los estudios previos realizados con consumo de alcohol en adolescentes (Mezquita y cols., 2006); encontramos que aquellos jóvenes que presentan baja responsabilidad y que además recibieron un estilo educativo basado en el castigo por parte de sus padres, tienden a consumir más cannabis.

La extraversión también se relacionó de forma positiva con el consumo de cannabis en el presente estudio. Al parecer, niveles altos de extraversión favorecen el consumo de cannabis en aquellos jóvenes que experimentan escasa supervisión parental. Esto podría ser debido a que se favorece que encuentren más situaciones para el consumo. Estos resultados van en la línea de lo esperado en estudios previos realizados con adolescentes (Creemers y cols.,

2015). Sin embargo, sigue sin estar totalmente claro cuál es el papel que ejerce exactamente la extraversión en la relación entre estilos educativos y consumo de cannabis.

En contra de lo esperado, en el presente estudio, el neuroticismo no se relaciona significativamente con estilos educativos y consumo. Posiblemente esto sea debido a las características de la muestra, ya que los que consumían lo hacían de forma ocasional y, recordemos que es el abuso y dependencia del cannabis y otras drogas en general lo que se ha asociado con neuroticismo en estudios previos (Bogg y Roberts, 2004; Kotov, Gamez, Schmidt, y Watson, 2010). Por tanto, estos resultados van en contra de los hallados en estudios previos, en los que el neuroticismo unido a un descenso en el control parental aumentaba la vulnerabilidad ante el consumo de cannabis (Creemers y cols., 2015).

Finalmente, se desprende que el efecto de las características de personalidad de riesgo para el consumo de cannabis se ve exacerbado ante la existencia de estilos educativos de riesgo. Concretamente, en este estudio se ha encontrado significativa la relación entre extraversión y escasa supervisión; y responsabilidad, con castigo.

Referencias bibliográficas

- Aleixandre, N. L., y Navarro, S. T. (2008). Influencia de los estilos educativos paternos en el consumo de drogas en adolescentes. *Originales*, 33, 288-299.
- Becker. L. (n.d). *Effect size calculator*. Recuperado el 23 de mayo de 2015, de <http://www.uccs.edu/~lbecker/>.
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Juan, M., Sumnall, H., y Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25, 292-298.
- Bogg, T., y Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 887-919.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B., y Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68, 1059-1088.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1999). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional manual. Madrid: TEA.
- Creemers, H. E., Buil, J. M., van Lier, P. a. C., Keijsers, L., Meeus, W., Koot, H. M., y Huizink, A. C. (2015). Early onset of cannabis use: Does personality modify the relation with changes in perceived parental involvement? *Drug and Alcohol Dependence*, 146, 61-67.
- Dawson, J. F. (2014). Moderation in management research: What, why, when, and how. *Journal of Business and Psychology*, 29, 1-19.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., y Clayton, R. (2002). The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: Results from a community sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 425-434.
- Fridberg, D. J., Vollmer, J. M., O'Donnell, B. F., y Skosnik, P. D. (2011). Cannabis users differ from non-users on measures of personality and schizotypy. *Psychiatry Research*, 186, 46-52.

- Gorman, D. M., y Derzon, J. H. (2002). Behavioral traits and marijuana use and abuse: a meta-analysis of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, 27, 193-206.
- 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.
- Mezquita, L., Moya, J., Edo, S., Maestre, E., Viñas, M., Ortet, G y Ibáñez, M. I. (2006). Personalidad y estilos educativos parentales como consumo de alcohol. *Forum de Recerca*, 12, 1-13.
- Oedt (2012). *Informe nacional 2012 (datos del 2011)*. Madrid: Reitox.
- Shelton, K. K., Frick, P. J., y Wootton, J. (1996). The assessment of parenting practices in families of elementary school-aged children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-327.
- Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., y Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, 22.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2014). *World Drug Report 2014*. Viena: United Nations Publications.

«Mi mejor yo»: diseño de una intervención positiva aplicada en formato grupal y apoyada en las TIC

ÁNGEL ENRIQUE ROIG
aenrique@uji.es

GUADALUPE MOLINARI
molinari@uji.es

GINÉS LLORCA
ginesllorca@hotmail.com

CRISTINA BOTELLA ARBONA
botella@uji.es

Resumen

Introducción: El ejercicio «Mi mejor yo» («Best Possible Self», BPS) es una técnica de pensamiento futuro positivo, que requiere que la persona se visualice y escriba sobre un futuro en el que ha conseguido todos sus objetivos. Esta técnica ha demostrado ser eficaz en la mejora del bienestar y en potenciar emociones futuras positivas. Existen otras intervenciones dirigidas a mejorar estas emociones específicas, como el entrenamiento en esperanza. El objetivo del presente estudio es describir un protocolo de intervención grupal para realizar el ejercicio BPS, integrando componentes del entrenamiento en esperanza y aplicándolo a través de tecnologías positivas. También se pretende analizar el nivel de aceptación del protocolo utilizado en el taller. **Método:** El protocolo está diseñado para ser aplicado en 4 sesiones de 2 horas. Se ha dirigido a una muestra de 6 pacientes graves que presentaban trastornos de la conducta alimentaria. El programa consta de diferentes componentes y los participantes realizan el ejercicio durante 5 minutos al día. Se valora el estado de ánimo y las expectativas futuras antes y después de la intervención. **Resultados:** El estudio está en progreso, por lo que todavía no disponemos de datos de eficacia. En cuanto a resultados preliminares sobre la opinión y aceptación del programa, se observan niveles de satisfacción satisfactoria. **Discusión:** Este protocolo pretende ser una alternativa para la aplicación del ejercicio BPS dirigido a la mejora del bienestar y emociones futuras positivas. Los buenos niveles de satisfacción manifestados por los participantes sugieren un alto nivel de aceptación e interés hacia el ejercicio.

Palabras clave: *Best Possible Self*, psicología positiva, expectativas, intervenciones positivas, tecnología positiva.

Abstract

Introduction: Best Possible Self (BPS) exercise is a future positive thinking technique, which consists of visualizing and writing about a future in which all goals have been

reached. This technique has shown efficacy in the improvement of well-being and positive emotions related to future. There are other interventions aimed to improve these specific emotions, like training in hope. The goal of the present study is to describe a group intervention protocol to carry out the BPS exercise, adding components of the hope's training and being applied through Positive Technology. Also, acceptance levels are going to be analyzed.

Method: The program is designed to be applied in 4 2-hour sessions, one per week. It has been aimed to a sample of 6 patients diagnosed with an eating disorder. The program consists of different components and participants carry out the exercise during 5 minutes per day. Mood and future expectations are assessed before and after the intervention. **Results:** As the study is still in progress, data about efficacy are not yet available. Regarding preliminary results about opinion and acceptance of the program, appropriate levels of satisfaction have been obtained. **Discussion:** This program is intended to be an alternative for the application of the BPS exercise aimed to improve well-being and positive emotions related to future. High levels of satisfaction reported by the participants suggest a high level of acceptance and interest towards the exercise.

Keywords: Best Possible Self, positive psychology, expectations, positive interventions, positive technology.

Introducción

Las intervenciones psicológicas positivas consisten en ejercicios, entrenamientos y terapias dirigidos principalmente a incrementar los sentimientos, cogniciones y conductas positivas, a diferencia de las intervenciones dirigidas a reducir síntomas, problemas o trastornos (Sin y Lyubomirsky, 2009). Estas intervenciones han recibido gran atención en los últimos años. Se han llevado a cabo varios meta-análisis dirigidos a analizar la eficacia de los diferentes estudios que están poniendo a prueba dichas intervenciones (Bolier y cols., 2013; Hone, Jarden y Schofield, 2014; Sin y Lyubomirsky, 2009). Los resultados muestran que la mayoría de ellos son eficaces en la mejora de variables de bienestar y en la disminución de síntomas depresivos a corto y medio plazo en población general y en individuos con problemas psicosociales específicos.

Los resultados obtenidos respecto a estas estrategias hasta el momento son alentadores. Sin embargo, cabe remarcar que el constructo bienestar está compuesto por diferentes emociones positivas (optimismo, amabilidad, esperanza, satisfacción, entre otros), que pueden estar siendo ignoradas en algunos estudios. En este sentido, es importante explorar si estas estrategias tiene efecto solo sobre un estado general de bienestar, o si puede ser efectivo en mejorar factores específicos de funcionamiento positivo. A nivel clínico, esta información permitiría a los terapeutas proporcionar herramientas dirigidas a promover características específicas positivas que puedan estar afectadas en los paciente. Por ejemplo, en el caso de un paciente pesimista, sería interesante poder proporcionarle estrategias dirigidas a incrementar sus niveles de optimismo. Seligman y Csikszentmihalyi (2000) sugirieron que diferentes emociones positivas pueden hacer referencia a diferentes perspectivas temporales, las cuales pueden jugar un importante rol en el diseño de estrategias para fomentar emociones positivas específicas. De hecho, estos mismos autores señalaron que emociones como satisfacción y melancolía se centran en el pasado; mindfulness y *flow*, en el presente; y emociones como optimismo y esperanza, en el futuro. Basándose en esta perspectiva, sería útil diferenciar entre intervenciones positivas dependiendo de la perspectiva temporal (pasado, presente y futuro).

El presente trabajo se centra en la intervención «Mi mejor yo», la cual, siguiendo la perspectiva planteada por Seligman y Csikszentmihalyi (2000), está enfocada hacia una perspectiva temporal de futuro. Concretamente este ejercicio consiste en una técnica de pensamiento futuro positivo, que requiere que la persona se visualice y escriba sobre un futuro en el que ha trabajado mucho y, gracias a ello, ha conseguido todos sus objetivos y ha desarrollado todas sus potencialidades (Peters, Flink, Boersma y Linton, 2010). Se basa en el trabajo de King (2001), que planteó un ejercicio de escritura sobre los objetivos futuros de vida como una actividad terapéutica, de modo que ésta podría aportar conciencia y claridad sobre los objetivos vitales, reorganizando prioridades y teniendo en cuenta los propios valores.

En la última década se han llevado a cabo varios trabajos centrados en escribir e imaginar sobre el mejor yo, el cual se ha visto eficaz en el incremento de afecto positivo (Sheldon y Lyubomirsky, 2006) y en mejorar emociones positivas relacionadas con el futuro tras su realización. En un estudio llevado a cabo por Meevissen, Peters y Alberts (2011) se puso a prueba esta técnica, mediante un diseño experimental muy riguroso con el fin de controlar posibles efectos mediadores, en población normal joven con el objetivo de promocionar el optimismo. Concretamente, se les pedía a los participantes que construyeran e imaginaran un relato en el que los participantes se veían a sí mismos en el futuro consiguiendo excelentes metas, muy deseadas; pero, a la vez, realistas, en tres áreas fundamentales: el área personal, laboral e interpersonal. Una vez realizado se les pedía que imaginaran ese «Mi mejor yo» posible 5 minutos al día durante dos semanas. Los resultados mostraron que se producía un incremento significativo del optimismo después de la primera sesión, y que los efectos se mantenían dos semanas después. Otros estudios han puesto de manifiesto que la realización del ejercicio BPS ha generado mejoras en variables de expectativas futuras (Peters y cols., 2010; Peters, Meevissen y Hansen, 2013).

Además de las expectativas futuras y el optimismo, existen otras emociones relacionadas con el futuro, como la esperanza. En esta línea, las investigaciones sobre la esperanza se basan, en su mayoría, en la teoría de la esperanza formulada por Snyder (2000). Esta teoría parte de un modelo cognitivo que plantea el logro de metas como elemento central teniendo en cuenta tanto las expectativas sobre el futuro, como la motivación y planificación necesarias para alcanzar las metas. Dentro de este enfoque, se plantean dos componentes principales: *a*) Itinerarios (o «percepción de rutas»), referido a la capacidad del individuo para encontrar caminos que lleven a conseguir las metas propuestas; *b*) Control (o «percepción de capacidad»), entendido como la capacidad del individuo para iniciar y mantener una actividad dirigida a la obtención de la meta deseada, a pesar de los impedimentos en alcanzarla. Las intervenciones desarrolladas se centran en cultivar estos componentes de la esperanza y, en muchos casos, se aplican en formato grupal. Un meta-análisis sobre las intervenciones centradas en mejorar la esperanza llevado a cabo por Weis y Speridakos (2011) ha demostrado que las intervenciones centradas en la esperanza producen mejoras pequeñas, aunque significativas, en niveles de satisfacción vital y bienestar.

A la hora de diseñar y explorar la eficacia de intervenciones psicológicas positivas, algunos autores señalan la importancia de considerar la existencia de moduladores que puedan estar mediando la eficacia de las mismas (Lyubomirsky y Layous, 2013). En este sentido, Lyubomirsky y Layous (2013) formularon un modelo de actividad positiva con el objetivo de describir una visión general de las variables personales y de la actividad que la actividad positiva sea óptimamente efectiva, así como conocer los mecanismos subyacentes al éxito de estas intervenciones. Concretamente, características del ejercicio como la dosificación, la variedad y el apoyo social, por un lado, y la orientación temporal y si está enfocado hacia uno mismo o hacia los demás por otro, pueden jugar un papel importante a la hora de optimizar el rendimiento de las intervenciones. En cuanto a las características personales, se ha demostrado que la moti-

vacación, las creencias hacia el ejercicio, la personalidad y las características sociodemográficas también son importantes de cara a la eficacia del ejercicio. Estos mismos autores, plantean que es importante encontrar un ajuste entre la persona y la actividad, ya que ciertos tipos de actividad son más compatibles con ciertas personas.

Teniendo en cuenta estas características, es posible encontrar otros factores que tiene influencia en la eficacia de las intervenciones positivas, como el formato de intervención, ya que se ha demostrado que el tamaño del efecto es mayor para intervenciones individuales, seguido por las grupales y en último lugar las auto-administradas (Sin y Lyubomirsky, 2009). También el tipo de población, general o clínica, puede moderar la eficacia de estas estrategias, puesto que se ha demostrado que personas con niveles mayores de depresión se benefician más de este tipo de ejercicios (Sin y Lyubomirsky, 2009).

Otro factor que puede ser relevante a la hora de plantear la intervención es el formato de aplicación del ejercicio. En esta línea, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden generar una mejor experiencia de usuario que mejore la eficacia del ejercicio. Algunos investigadores están empezando a desarrollar sistemas y aplicaciones virtuales dirigidas a la promoción de emociones positivas, las cuales han sido denominadas *tecnologías positivas* (TP). En este sentido, las tecnologías positivas se definen como el enfoque científico y aplicado de la tecnología para mejorar la calidad de nuestra experiencia personal, con el objetivo de incrementar nuestro bienestar y generar fortalezas y resiliencia en individuos, organizaciones y en la sociedad en general (Botella y cols., 2012). Los autores pioneros en el campo de las tecnologías positivas (Botella y cols., 2012; Riva, Baños, Botella, Wiederhold y Gaggioli, 2012) sugieren que el uso de la tecnología puede ayudar a incrementar tres niveles específicos de nuestra experiencia: el nivel emocional, el nivel de auto-realización y el nivel de interconexión social, los cuales sirven para promover conductas adaptativas y un funcionamiento positivo.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es describir un protocolo de intervención grupal centrado en la mejora de emociones futuras positivas e integrando la aplicación de TP, dirigido a población clínica con trastornos de la conducta alimentaria, así como explorar los niveles de aceptación de la intervención.

Método

Participantes

La muestra está formada por 6 pacientes de sexo femenino, con trastornos de la conducta alimentaria atendidas en dispositivo de Centro de Día. Dado que se han incluido las pacientes que se encontraban en ese momento en el centro, las edades son muy variadas, con un rango entre 13 y 38 años ($X = 22,8$, $d. t. = 11,85$). A continuación se añade una breve descripción de cada una de ellas:

- P.1: 38 años, soltera, estudios medios, trabajadora en activo y tiene diagnóstico de anorexia nerviosa compulsiva/purgativa.
- P.2: 38 años, soltera y vive en pareja, estudios superiores, trabajadora en activo y tiene diagnóstico de anorexia nerviosa.
- P.3: 15 años, soltera, estudiante de secundaria y con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado comórbido con anorexia nerviosa.
- P.4: 18 años, soltera, estudiante de segundo ciclo y con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado.
- P.5: 13 años, estudiante de secundaria y con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva.
- P.6: 15 años, soltera, estudiante de secundaria y con diagnóstico de anorexia nerviosa.

Instrumentos

Se adaptó la escala de satisfacción de Borkovec y Nau (1972) para valorar los niveles de satisfacción y utilidad del taller, y con las herramientas utilizadas en el mismo (libro de la vida, imágenes, audios y videos) en una escala de 0 (Nada) a 10 (Muchísimo). Además, el cuestionario incluía preguntas abiertas acerca de aquellos aspectos que más les habían gustado y también los que menos, así como aspecto que mejorarían y el tipo de personas que consideraban que podían beneficiarse más del ejercicio.

Tecnología positiva utilizada

«Libro de la vida». Se trata de un módulo perteneciente un sistema de tecnología positiva que ha demostrado eficacia en la mejora de emociones positivas (Baños, Etchemendy, Farfallini, García-Palacios, Quero y Botella, 2014). Es una plataforma auto-aplicada con diferentes módulos de actividad, cada uno de ellos diseñado para inducir emociones positivas específicas. En este caso, se ha seleccionado el módulo «Libro de la vida». Este módulo tiene el aspecto de un diario personal en el cual el participante puede escribir todo lo que desee y apoyar el contenido de su redacción con archivos multimedia. Así, el programa permite añadir imágenes, música y videos.

Procedimiento

El taller se llevó a cabo en el propio centro por personal formado para la tarea de entrenamiento en «Mi mejor yo» que es el foco del taller. Tuvo una duración de 4 semanas y se realizó 1 sesión semanal con una duración de 2 horas cada una. Los participantes completaron un protocolo de evaluación, antes y después del taller, que incluyó medidas de eficacia y de opinión. Como tareas inter-sesión, se pidió a los participantes que desarrollaran el contenido del ejercicio en el «Libro de la vida» y que realizaran el ejercicio de visualización todos los días durante al menos 5 minutos. Para ello se prestó al centro un ordenador portátil habilitado para soportar dicha plataforma virtual. Los participantes accedían a la plataforma virtual durante la semana dentro de su horario en el centro. Al finalizar el taller todas valoraron la satisfacción con el mismo. En este trabajo se presentarán los datos de opinión.

Descripción del programa «Mi mejor yo»

- Sesión 1: Al comienzo de esta sesión se realizó una ronda de presentación del terapeuta y las participantes. También se comentaron las normas de grupo. A continuación se realizó una pequeña introducción en la que se incluyó una descripción sobre la psicología positiva, psicoeducación emocional, se presentó el ejercicio «Mi mejor yo posible» y se comentó la importancia de los valores y las metas. Posteriormente, se les proporcionaron las instrucciones del ejercicio de imaginación en el que se les pedía que imaginaran y escribieran cómo sería su «mejor yo posible», teniendo en cuenta 4 ámbitos: ámbito personal, ámbito profesional, ámbito social y ámbito de la salud. Los participantes desarrollaron el contenido de su ejercicio en papel durante 20 minutos, tratando de describir el ejercicio con el mayor detalle posible. Pasado este tiempo, se realizó un ejercicio de entrenamiento en visualización en el que tuvieron

que imaginar un limón. Seguidamente, los participantes realizaron este ejercicio de visualización con el contenido del ejercicio que habían desarrollado, durante 5 minutos. Para finalizar se les explicó que para la realización del ejercicio de imaginación, los participantes utilizarían el «Libro de la vida», una aplicación virtual que tiene el aspecto de un diario personal y funciona como un blog, en el cual el usuario puede ir escribiendo tantas páginas como desee e ir introduciendo fotografías, vídeos y melodías multimedia. El objetivo es que el participante imagine su «Mejor yo posible» e incorpore los elementos multimedia que potencien el contenido de su imaginación. Por tanto, como tarea para casa y durante el transcurso de la semana, se animó a las participantes a ir accediendo al ordenador habilitado para realizar el ejercicio con el fin de ir desarrollando el contenido del ejercicio en la aplicación y poder realizar el ejercicio de visualización con el ordenador.

- Sesión 2: En esta sesión se revisó el contenido del ejercicio que las participantes habían desarrollado en el «Libro de la vida» y se abordaron las dificultades que habían tenido. A continuación, se pusieron en común los objetivos planteados por cada una de ellas en las diferentes áreas (personal, social, laboral y salud) y se reflexionó acerca de si las metas eran realistas y alcanzables. En esta sesión se reforzó a los pacientes por el esfuerzo y se les invitó a darle la bienvenida a su mejor yo futuro, a cuidarlo y a hacerlo crecer. Con el objetivo de enfatizar la importancia de este punto se les hizo soplar una vela simulando la celebración de un cumpleaños, a fin de representar el nacimiento de ese nuevo mejor yo. Seguidamente, se introdujo el nuevo componente de entrenamiento en esperanza, con el fin de mejorar el contenido del ejercicio. Para ello se les explicó la importancia de conocer qué caminos habían de seguir para alcanzar sus metas, así como las actitudes de perseverancia y constancia hacia los objetivos propuestos. Como tareas para casa en esta sesión, las participantes tenían que incluir en su «Libro de la vida» los pasos a seguir para alcanzar cada uno de sus objetivos y cómo sabrían que los han alcanzado.
- Sesión 3: Al comienzo de esta sesión se realizaba una puesta en común de las tareas para casa planteadas en la sesión anterior, con el fin de abordar las dificultades y las dudas que pudiesen surgir. Como tareas para casa se les pidió a las participantes que continuaran realizando el ejercicio de visualización durante 5 minutos al día.
- Sesión 4: Al principio de esta última sesión se abordaron las dificultades que habían tenido las participantes a la hora de realizar el ejercicio. Seguidamente, se realizó un repaso de los contenidos vistos a lo largo del taller con el fin de solventar posibles dudas. Por otro lado, se valoró el progreso percibido por las pacientes y se reforzó a cada una de las participantes por todos los logros y por los esfuerzos realizados. Por último, a modo de prevención de recaídas, se les explicó la importancia de las metas como objetivos de vida que han de ir en función de sus propios valores. Se enfatizó el hecho de que las metas pueden cambiar o no ser alcanzadas, lo cual supone una adaptación a la situación y un cambio en cuanto a estas metas u objetivos. Para finalizar, las participantes completaron el protocolo de evaluación post-intervención y la escala de satisfacción.

Resultados

Los resultados obtenidos a través de la escala de satisfacción mostraron, en conjunto, adecuados niveles de satisfacción general con el taller. En la tabla 1 se presenta las puntuaciones señaladas por cada participante en la escala de satisfacción, así como la puntuación

media. La última participante no indicó su valoración acerca del «Libro de la vida», por lo que no se detalla dicha puntuación.

Tabla 1
Puntuaciones de los participantes en el cuestionario de opinión y puntuación media

Items	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	Media (d. t.)
¿En qué medida participar en este ejercicio de imaginación te ha resultado satisfactorio?	10	8	5	8	5	9	7,05 (2,07)
¿En qué medida le recomendarías realizar este ejercicio a un amigo?	10	10	7	8	7	7	8,2 (1,5)
¿En qué medida crees que realizar este ejercicio te ha resultado útil?	10	8	8	9	7	9	8,5 (1,05)
¿En qué medida este ejercicio de imaginación te ha resultado aversivo (te ha generado rechazo)?	0	0	7	2	4	1	2,3 (2,73)
Grado de satisfacción con el «Libro de la vida»	9	10	8	9	7	--	8,6 (1,14)
Utilidad percibida con el «Libro de la vida»	9	10	7	10	8	--	8,8 (1,3)

Con respecto a las respuestas obtenidas en las preguntas abiertas formuladas a través de la escala de satisfacción, a continuación se detallan algunas de las valoraciones cualitativas aportadas por las participantes acerca de los beneficios que les había reportado realizar el ejercicio:

- «Me ha beneficiado, ahora tengo mis objetivos más claros y he aprendido a tener paciencia con aquellos que son a largo plazo».
- «Saber que tengo unas metas que puedo llegar a alcanzar. El poner al día mis pensamientos positivos».
- «Poder llegar a un “yo ideal” y llegar a ver que lo puedo lograr. Me ha beneficiado porque me he visto capaz de lograr mis propios objetivos».

Discusión y conclusiones

En el presente estudio se ha descrito un protocolo de aplicación del ejercicio «Mi mejor yo» en formato grupal e integrando componentes del entrenamiento en esperanza (Snyder, 2000). Además, la realización del ejercicio se ha llevado a cabo a través de tecnologías positivas. Este protocolo pretende ser una alternativa para la aplicación del ejercicio «Mi mejor yo» dirigido a la mejora del bienestar y de emociones positivas centradas en el futuro.

Los resultados indican un adecuado nivel de satisfacción y utilidad hacia el programa. También se valoró positivamente el recomendarlo a amigos y la aversión hacia el ejercicio fue muy baja. Con respecto a la valoración de la tecnología positiva utilizada, los participantes mostraron una elevada satisfacción y utilidad con la plataforma virtual, así como con el contenido multimedia empleado.

En este sentido, la adecuada aceptación del programa puede ser un factor que favorezca la adherencia y la motivación hacia la realización del ejercicio, lo cual puede repercutir en una mayor eficacia. En el presente estudio, ninguna de las participantes abandonó el taller ni se negó a participar en las diferentes sesiones. La aplicación del ejercicio en formato grupal pretende ser una alternativa a la realización del ejercicio en formato individual, con el fin de explorar si hay diferencias en cuanto a eficacia sobre variables de bienestar y emociones positivas futuras.

La integración del entrenamiento en esperanza al ejercicio «Mi mejor yo posible» pretende aumentar la capacidad del ejercicio para generar emociones positivas centradas en el futuro, como optimismo, expectativas futuras y esperanza. Si se consiguen las mejoras en todas estas variables, se aumentará el nivel de eficiencia del ejercicio, ya que invirtiendo el mismo tiempo se maximizarían los beneficios. Siguiendo el planteamiento formulado por Lyubomirsky y Layous (2013), las características de la intervención y de la persona han de ser tenidas muy en cuenta de cara al planteamiento de estas intervenciones. De este modo, el presente estudio ha enfatizado la importancia de la orientación temporal del ejercicio, así como de variables psicológicas personales, ya que en este caso, al tratarse de población clínica, las participantes presentaban un elevado nivel de psicopatología.

Estos resultados podrían resultar de gran interés en el campo de las intervenciones psicológicas positivas, ya que se contribuirá a la mejora de las mismas.

Otro aspecto a considerar es la inclusión de una tecnología positiva, la cual ha sido valorada de forma muy satisfactoria. El uso de tecnología positiva puede resultar beneficioso como un modo de estandarizar el procedimiento de uso, así como de personalizarlo al usuario con el fin de que el ejercicio resulte más atractivo para éste.

En conclusión, a lo largo de este trabajo se ha presentado y descrito un protocolo de intervención grupal para la realización del ejercicio «Mi mejor yo» en población clínica que ha demostrado tener una buena aceptación por parte de los participantes. En un futuro son necesarios estudios que muestren la eficacia de este taller.

Referencias bibliográficas

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*, 119.
- Botella, C., Riva, G., Gaggioli, A., Wiederhold, B. K., Alcaniz, M., y Baños, R. M. (2012). The present and future of positive technologies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *15*, 78-84.
- Hone, L. C., Jarden, A., y Schofield, G. M. (2014). An evaluation of positive psychology intervention effectiveness trials using the re-aim framework: A practice-friendly review. *The Journal of Positive Psychology* (ahead-of-print), 1-20.
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*, 798-807.
- Lyubomirsky, S., y Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, *22*, 57-62.
- Meevissen, Y. M., Peters, M. L., y Alberts, H. J. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: Effects of a two week intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*, 371-378.

- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K., y Linton, S. J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies? *The Journal of Positive Psychology*, 5, 204-211.
- Peters, M. L., Meevissen, Y. M., y Hanssen, M. M. (2013). Specificity of the Best Possible Self intervention for increasing optimism: Comparison with a gratitude intervention. *Terapia Psicológica*, 31, 93-100.
- Seligman, M. E., y Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55, No. 1, p. 5). American Psychological Association.
- Sheldon, K. M., y Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 73-82.
- Sin, N. L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Snyder, C. R. (ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic Press.
- Weis, R. y Speredakos, E. C. (2011). A Meta-Analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings. *Psychology of Well-Being*, 1, 1-16.

Envejecer es crecer. Reaprendiendo día a día

CLAUDIA ESTEBAN FULLEDA
al262942@uji.es

AIDA MARTÍNEZ PÉREZ
al262759@uji.es

MARÍA PILAR MOLÉS JULIO
mjulio@uji.es

Resumen

Introducción: Las patologías de Parkinson y la demencia son de gran importancia en las personas de edad avanzada, de ahí nuestro interés en ellas. Este estudio trata de un varón de 80 años que padece ambas patologías. Nuestro objetivo es crear un plan de cuidados enfermeros para aumentar su independencia, además de su calidad de vida.

Método: El plan de cuidados se basó principalmente en ejercicios de rehabilitación, prevención del riesgo de caídas, estimulación multisensorial y en talleres de aprendizaje.

Resultados: Los resultados han sido satisfactorios para los objetivos establecidos, ya que observamos un aumento de la independencia del paciente y una mejora en su calidad de vida. **Conclusiones:** Se puede concluir que si se individualizan los cuidados se obtiene una mejora en la calidad de vida y un aumento de su autonomía.

Palabras clave: demencia, Parkinson, cuidados de enfermería, dependencia.

Abstract

Introduction: The pathology of Parkinson and dementia are of great importance in the elderly, hence our interest in them. This study is about a man of 80 who suffers from both diseases. Our goal is to create a plan of nursing care to prevent the progression of the disease and increase their independence, in addition to his quality life. **Method:** The care plan was based mainly on rehabilitation exercises, preventing the risk of falls, multisensory stimulation and learning workshops. **Results:** The results have been satisfactory according to the objectives set, as we observed an increased patient independence and improved quality of life. **Conclusions:** We may conclude that if cares are individualized, an improvement in the quality of life and a higher autonomy can be obtained.

Keywords: dementia, Parkinson, nursing, care.

Introducción

La enfermedad de Parkinson pertenece a un grupo de enfermedades llamadas *trastornos del movimiento*. Los cuatro síntomas principales de esta enfermedad son: temblores (en manos, brazos, piernas, mandíbula y cabeza), rigidez o agarrotamiento de las extremidades y el tronco, bradicinesia (lentitud en los movimientos) e inestabilidad postural. Por lo general, estos síntomas se manifiestan gradualmente y se agravan con el paso del tiempo. A medida que se vuelven más pronunciados, los pacientes pueden tener dificultad para caminar, hablar o completar otras tareas sencillas (De la Casa Fages, 2014).

Por su parte, la demencia es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, es decir, la capacidad para procesar el pensamiento más allá de lo considerado envejecimiento normal. Sus signos y síntomas asociados no son bien conocidos, lo que dificulta una detección y un diagnóstico precoz, complicando así los cuidados y tratamientos aplicados a dichos pacientes (Anderson, González-Cosío, y Resnikoff, 2014).

La demencia afecta sobre todo a las personas de edad avanzada. El 20 % de todas las personas con más de 80 años padece demencia. Debido al envejecimiento creciente de la población, la demencia se está convirtiendo en un problema de gran magnitud (OMS, 2015).

Según el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares el Parkinson afecta alrededor del 50 % más de hombres que mujeres. Un factor de riesgo para la enfermedad es la edad. La edad promedio es de 60 años. Sin embargo, entre el 5 % y el 10 % de las personas con enfermedad de Parkinson tienen una enfermedad de «inicio temprano» que comienza antes de los 50 años de edad. Las personas con uno o más familiares con la enfermedad tienen un aumento de riesgo de contraer ellos mismos la enfermedad, el riesgo es de 2 % a 5 %. En casos muy raros, los síntomas parkinsonianos pueden aparecer en las personas antes de los 20 años (parkinsonismo juvenil), a menudo es hereditario. Y la incidencia global mundial de la demencia se estima alrededor de 7,5/1000 personas-año. La aparición de nuevos casos se mantiene más o menos estable hasta los 65-70 años. La incidencia anual de demencia en España es de 10-15 casos por 1000 personas-año en la población mayor de 65 años (De la Casa Fages, 2014).

La enfermedad de Parkinson y la demencia afectan tanto al individuo como al grupo familiar. Implican trastornos físicos, psicológicos, emocionales, económicos y sociales que deben ser asumidos por el usuario y su familia. Requieren la constante adaptación familiar y conllevan mayor riesgo de aislamiento social, maltrato y desvinculación. Estas enfermedades comprometen todas las áreas del funcionamiento y requieren una evaluación multidimensional. El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas y mantener la mejor funcionalidad posible y conservar la calidad de vida de pacientes y sus cuidadores (Janssen, sf; Romero y cols., 2014). La utilidad de terapia ocupacional y educación a cuidadores para mejorar la calidad de vida de los pacientes ha sido previamente aplicada y evaluada de forma multidimensional (Rosson y cols., 2013).

Objetivos

Objetivo general

Analizar la evolución de las patologías en base al plan de cuidados enfermero que le proporcionamos.

Objetivo secundario

Proporcionar una mejoría de su independencia.

Método

La elección del caso queda justificada por la prevalencia de demencia y Parkinson en nuestra sociedad, ya que afecta a un número elevado de personas de avanzada edad.

El estudio se centra en un varón institucionalizado en la residencia de la tercera edad de Borriana en situación de dependencia, que padece varias patologías, entre las cuales se identifican la demencia y la enfermedad de Parkinson, además padece hipotensión arterial e insomnio nocturno. Nuestro paciente es un varón (E. M. S.) de 80 años de edad, con un peso de 92 kg y una talla de 187 cm, alérgico a la penicilina, con reacciones adversas a neurolépticos y diazepam en tomas continuas. El paciente ingresa el 18 de octubre de 2014 a petición de la familia, ya que en los últimos 2 meses ha sufrido un deterioro físico y mental muy acelerado.

Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo y prospectivo con medidas repetidas, de un mes de duración. Para realizar este estudio hemos utilizado diversas escalas validadas incluidas en la valoración geriátrica integral, como el test de Pfeiffer para la valoración del deterioro cognitivo, la escala Morse para la evaluación del riesgo de caídas, test de Barthel, que evalúa el grado de dependencia, la escala EVA para la valoración subjetiva del dolor, la escala de Norton, que evalúa el riesgo de UPP, y el test de Hermes, para evaluar la adherencia al tratamiento; así como entrevistas con el paciente y sus familiares, a fin de establecer un plan de cuidados enfermeros adaptados a la situación actual del paciente.

El plan de cuidados desarrollado y que fue proporcionado al paciente consiste en:

1. Ejercicios de rehabilitación para una mejora de la marcha y el equilibrio (ejercicios de Frenkel y talón-planta-punta).
2. Ejercicios para la mejora de la motricidad fina y motricidad gruesa (encajar piezas de puzles, encestar la pelota en un aro, etc.).
3. Prevención del riesgo de caídas buscando el correcto centro de gravedad.
4. Estimulación del paciente en la sala multisensorial con actividades para la mejora de la utilización de objetos cotidianos (abrir y cerrar pomos y grifos, marcar números de teléfono, etc.).
5. Animar a la participación en talleres, como el de francés, que mejoró la relación del paciente con otros usuarios.
6. Controles periódicos de la tensión arterial debido a su hipotensión, durante las dos primeras semanas de manera diaria, y cuando se estabilizaron las cifras, controles semanales.
7. Curas por herpes Zóster en cuero cabelludo con suero fisiológico y povidona yodada cada dos días durante dos semanas.
8. Administración de medicación para el dolor.

Resultados

Tras la aplicación del plan de cuidados se evidencia una mejora del estado cognitivo, ya que se consigue tener una conversación coherente con el paciente; con respecto al Parkinson, mejoró la marcha, la motricidad fina y la motricidad gruesa, el equilibrio y la coordinación, ya

que en el momento del ingreso no conseguía andar más de 3 m de forma continua y sin las paralelas y al alta andaba unos 10 m con ayuda de andador. Observamos una mejoría en su hipotensión arterial, consiguiendo espaciar los controles de tensión arterial. Por otro lado, disminuyó el insomnio provocado por un herpes Zóster en el cuero cabelludo, gracias a las curas periódicas y la administración de medicación calmante cuando precisaba.

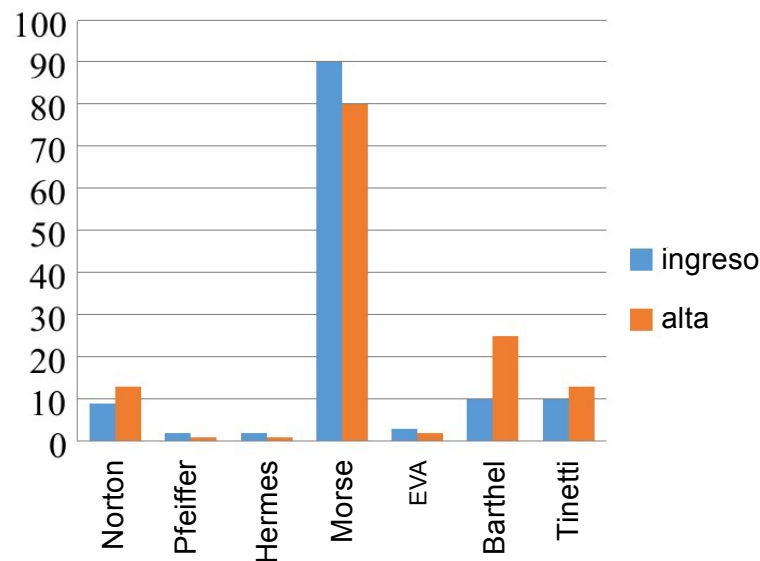


Figura 1. Resultados obtenidos en las escalas incluidas en la valoración geriátrica integral al ingreso y al alta

Como podemos observar (figura 1), se obtuvo una mejora en los resultados al alta con respecto al ingreso, ya que en la escala Norton (1987) se obtuvo un incremento al alta de un 25 % respecto al ingreso gracias a la mejora de la actividad del paciente. En la escala Pfeiffer (1975), se observó una mejora al haber un 25 % menos de errores a las preguntas expuestas, viendo que su adaptación a la residencia era buena. En cuanto a la escala Hermes, mejoró un 33,3 % al alta, debido a que se toma la medicación bajo la supervisión de enfermería. La puntuación de la escala Morse (Morse, Morse, y Tylko, 1989) es un 10 % decreciente, aunque aún hay riesgo de caídas, es menor que a su ingreso, al igual que la escala Tinetti (1986), que muestra una mejora en el equilibrio y la marcha debido a sus ejercicios fisioterapéuticos. La escala EVA (Scott y Huskisson, 1979) muestra una disminución del dolor debido al tratamiento para la cura del herpes zóster del cuero cabelludo. Y por último, en la escala Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) vemos que ha aumentado un 15 % su puntuación, lo que indica que tiene menor dependencia que a su ingreso, aunque cabe destacar que sigue siendo dependiente total.

Discusión

Según el estudio de Salgado y Espinosa (2012) el tratamiento de referencia para la enfermedad del Parkinson debería implicar un equipo multidisciplinar con atención adaptada a sus necesidades específicas y a las de su familia y cuidadores.

El estudio de Rosson y cols. (2013) recomienda actividades promocionales, preventivas, educativas y la colaboración de un terapeuta ocupacional, Atención Primaria de Salud (APS) puede aportar en mejorar la vitalidad, disminuir la sobrecarga y ayudar a mejorar la calidad de vida en el componente de salud mental del cuidador de pacientes con demencia o Parkinson. Esto impacta en la vida familiar y en la demanda sobre el sistema de salud. Estas intervenciones son de bajo costo y pueden ser llevadas a cabo por cualquier equipo de APS.

Comparando los estudios de Salgado y Espinosa (2012) y Rosson y cols. (2013) con los resultados obtenidos en nuestro plan de cuidados, coincidimos en realizar un abordaje desde el punto de vista de rehabilitación mediante reeducación de la marcha, ejercicio físico, trabajo con texturas, ejercicios aeróbicos, ejercicios de alternancia y coordinación, fortalecimiento muscular y movilizaciones. Además de aplicar cuidados enfermeros específicos como adaptación de la nutrición, medidas preventivas de desarrollo de úlceras por presión, animar al familiar a dar paseos con el paciente, y utilización de escalas de valoración enfermera para ver sus progresos.

El estado cognitivo mejoró de manera positiva, ya que se identificaron y abordaron aspectos relacionados en la calidad de vida del paciente. Basándonos en el estudio de Carmona y Murgui (2015), las personas mayores pueden alcanzar una edad muy avanzada sin presentar alteración cognitiva alguna, manteniendo una actividad mental significativa y de calidad. Sin embargo, algunas personas mayores muestran manifestaciones aisladas, como amnesia y desorientación, entre otras, síntomas que se asocian a lo que se ha denominado *deterioro cognitivo leve* y que presenta, al menos, dos lecturas.

Algunos especialistas, en el estudio de Carmona y Murgui (2015) opinan que el deterioro cognitivo leve forma parte de manifestaciones pre-Alzheimer, frente a otros que consideran esas manifestaciones como un deterioro mental asociado al envejecimiento.

Conclusión

Atendiendo a los resultados obtenidos en el estudio actual, se considera que el plan de cuidados desarrollado en un paciente con diagnósticos de demencia y enfermedad de Parkinson resulta adecuado, ya que comprobamos una mejora de su independencia.

El abordaje del paciente con pluripatología requiere una intervención de enfermería centrada en la implantación de planes de cuidados individualizados que permitan potenciar la autonomía del paciente, lo cual influirá en una mejora de la calidad de vida unida a una mejor percepción de su estado de salud, y con resultados favorables en su salud general.

Referencias bibliográficas

Anderson, R., González-Cosío, M. y Resnikoff, D. (sf). *Manual para el cuidador de pacientes con demencia. Recomendaciones para un cuidado de calidad*. Recuperado el 18 de noviembre de 2014, de <http://www.copib.es/pdf/Vocalies/envelliment/manual%20cuidadores.pdf>.

- Carmona, José V. y Murgui, S. (2015). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad de Alzheimer: XII Curso de Atención Farmacéutica: Deterioro cognitivo y demencias. Módulo 3, tema 15. *El farmacéutico: profesión y cultura*, 515, 46-50.
- De la Casa Fages, B. (sf). *Guía Informativa de la Enfermedad de Parkinson*. Federación Española de Parkinson (FEP). Recuperado el 20 de noviembre de 2014, de http://www.fedesparkinson.org/upload/aaff_guia_parkinson.pdf.
- Janssen (sf). *Demencia*. Recuperado el 6 de mayo de 2015, de <http://www.janssen.es/salud/neurociencia/demencia>.
- Mahoney, Fl. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland Medical Journal*, 14, 61-65.
- Morse, J. M., Morse, R. M. y Tylko, S. J. (1989). Development of a scale to identify the fallprone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8, 366-377.
- Norton, D. (1987). Norton revised risk scores. *Nursing Times*, 83, 6.
- OMS (2015) *Demencia*. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*, 23, 433-441.
- Romero, L., Esquivel, A., Mesa, M., Mohedas, A., y Recarte, M. (2014). Fisioterapia en las enfermedades neurológicas en el anciano. *Reduca*, 6, 195-201.
- Rosson, S., Fuentealba, C., Hormazábal, C., Villena, C. y Briebe, F. (2013). Enfermedad de Parkinson y demencia, calidad de vida y sobrecarga del cuidador. Intervención multidisciplinaria en Atención Primaria. *Revista Chilena Salud Pública*, 17, 48-53.
- Salgado, M. y Espinosa, G. (2012). Proceso de atención de enfermería a un paciente con Parkinson más psicosis basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. *Enfermería Neurológica*, 11, 81-86.
- Scott, J. y Huskisson, E. C. (1979). Vertical or horizontal visual analogue scales. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 38, 560.
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*, 34, 119-126.

El papel de los padres y los amigos en el consumo temprano de alcohol

SÍGRID GALLEGO MOYA
moyam@uji.es

MANUEL IGNACIO IBÁÑEZ RIBES
iribes@uji.es

Resumen

Introducción: El consumo de alcohol en la adolescencia es atribuible a la influencia de variables de tipo social, sobre todo del grupo de iguales y del ámbito familiar. Específicamente, el consumo de los amigos resulta ser la variable más importante en las primeras etapas del consumo de alcohol. No obstante, el uso que hacen los padres de esta sustancia y el empleo de estilos permisivos e inconsistentes en la educación de sus hijos, parecen favorecer también el inicio temprano al consumo de alcohol. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es estudiar la influencia de los estilos educativos y el consumo de alcohol paterno, así como del consumo de los amigos, en las primeras etapas del uso de alcohol durante la adolescencia. **Método:** 330 adolescentes jóvenes ($M = 13,05$; 57,27 % chicas) completaron diferentes cuestionarios que evaluaban los estilos educativos parentales percibidos (EMBU y APQ), así como su consumo de alcohol, el de sus amigos y el de sus padres (AIS-UJI). **Resultados:** El modelo de ecuación estructural propuesto mostró como el consumo de los iguales se asociaba directamente y de forma muy importante al consumo de alcohol de los jóvenes. Además, existía una relación indirecta entre consumo de los padres y de los amigos, que vendría mediada por los estilos educativos permisivos. **Conclusiones:** El presente estudio revela que los padres más consumidores tienden a mostrar estilos educativos más permisivos e inconsistentes, lo que favorecería la afiliación con amigos más bebedores y un consumo de alcohol más temprano. Estos resultados resultan de especial importancia para el desarrollo de estrategias de prevención más personalizadas y eficaces en el consumo de sustancias de jóvenes adolescentes.

Palabras clave: alcohol, estilos educativos, padres, adolescentes, iguales.

Abstract

Introduction: Alcohol consumption in adolescence is influenced by social variables, such as peer group and family. Thus, friends' alcohol use is the most important factor in the early stages of alcohol consumption. Moreover, parents' drinking behaviour and permissive and inconsistent rearing style also seem to encourage the early onset of alcohol consumption. The aim of this research work was to study the influence of parenting style, and parents' and friends' alcohol use, on adolescent drinking behaviour, that is to say in the early stages of alcohol use. **Method:** 330 young adolescents

(Mage = 13.05 years; 57.27 % females) completed two perceived parenting style questionnaires (EMBU and APQ), and a scale assessing own, friends' and parents' alcohol use (AIS-UJI). **Results:** The proposed structural equation model showed that peers' consumption was associated directly and very significantly with adolescents' alcohol use. In addition, there was an indirect relationship between parents' and friends' consumption, which was mediated by permissive parenting style. **Conclusions:** The present study reveals that those parents that consume more alcohol tend to use permissive and inconsistent parenting style, favouring their offspring's affiliation with drinking friends and an early onset of alcohol use. These results are particularly important for developing more personalised and successful prevention programmes for alcohol misuse in young adolescents.

Keywords: alcohol, educational styles, parents, adolescence, peers.

Introducción

El alcohol es la sustancia más consumida en nuestro país durante la adolescencia. Las encuestas nacionales muestran que la edad con la que los jóvenes se inician al consumo de alcohol es más temprana que para el resto de sustancias psicoactivas, 13,9 años aprox., y que a los 15 años de edad ya mantienen un patrón de consumo semanal (Plan Nacional sobre Drogas, 2012).

Este inicio temprano y el mantenimiento de su uso en jóvenes no solo tienen importantes repercusiones en el momento de su uso, sino que constituye un factor de riesgo para futuros problemas (p.e. el consumo de sustancias ilícitas y/o comportamientos peligrosos para la salud). Por ello, y con el fin de prevenir este tipo de problemática futura, resulta de suma importancia identificar las variables que intervienen en este tipo de comportamientos.

Los estudios de genética cuantitativa permiten cuantificar, aproximadamente, el grado de influencia que los factores genéticos y ambientales tienen en los diferentes patrones de consumo alcohólico desde una perspectiva de diferencias individuales. Así, este tipo de estudios indicaría que los factores más relevantes al inicio del consumo de alcohol durante edades tempranas, serían aquellos de carácter más psicológico y social, mientras que a edades más adultas o en patrones de consumo de alcohol ya establecidos, los factores genéticos cobrarían mayor relevancia; mientras que los factores ambientales, aun siendo importantes, tendrían un menor peso que en etapas anteriores (Kendler, Schmitt, Aggen, y Prescott, 2008).

Como vemos en la figura 1, los factores más relevantes en el inicio temprano del consumo de alcohol, a los 14-15 años, los factores que mayor porcentaje de varianza explicarían de estas conductas serían los aspectos sociales o ambientales. Mientras que a edades más adultas o con patrones de consumo ya establecidos, serían los factores genéticos aquellos que cobrarían mayor relevancia y, en cambio, el ambiente, aun siendo importante, tendría un peso menor que a edades tempranas. En definitiva, el inicio al consumo de alcohol a edades tempranas estaría influido por factores ambientales, tanto familiar como extra-familiar. No obstante, cuando los jóvenes transitan del uso experimental y esporádico del alcohol a un consumo mucho más estable, la influencia genética de estas conductas se incrementa y la influencia del ambiente familiar comienza a decrecer, siendo el ambiente no compartido el que toma una mayor relevancia (Kendler y cols., 2008; Rose y Dick, 2004).

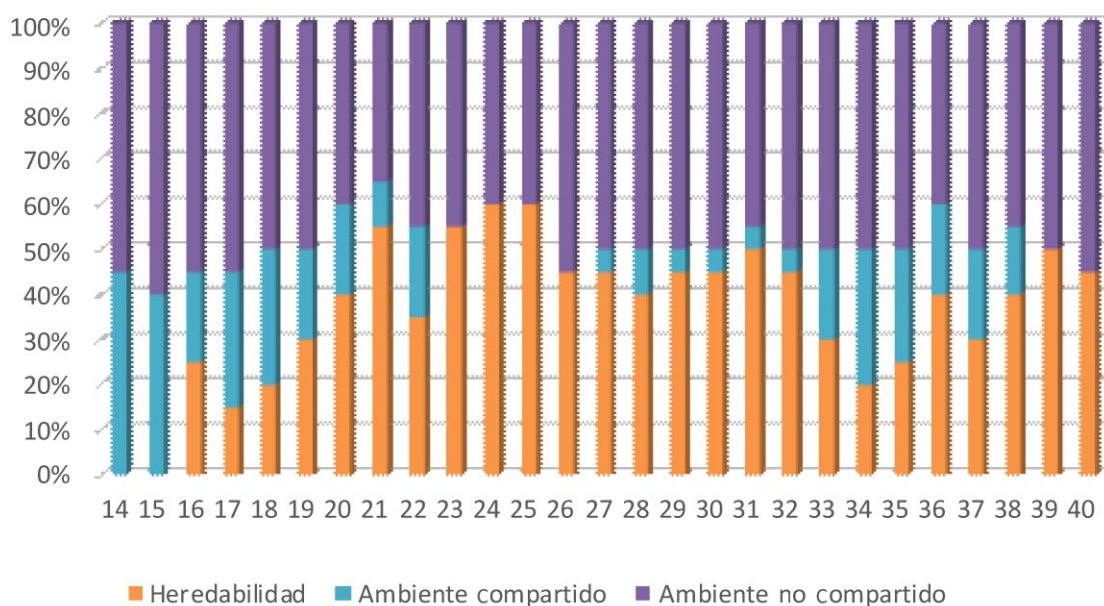


Figura 1. Porcentaje de varianza del consumo de alcohol en diferentes grupos de edad que se explica por factores genéticos y ambientales. Adaptada de Kendler y cols. (2008)

De entre diferentes variables de carácter social, encontramos el consumo de alcohol paterno. Como ejemplo, en un estudio sobre la relación entre el consumo de alcohol de padres e hijos, y con una muestra representativa de EEUU de más de 10.000 parejas, mostraron que los adolescentes que más alcohol consumieron eran hijos de padres que parecían mostrar sintomatología de dependencia alcohólica (National Survey on Drug Use and Health, 2013).

Otra variable familiar ampliamente estudiada son los estilos educativos paternos. Por ejemplo, un estudio con muestra española que relaciona distintos estilos de crianza con el consumo de alcohol indicaba que la baja monitorización o la permisividad hacia los hijos se relacionan de forma directa y significativa con el consumo de alcohol en jóvenes (Becoña y cols., 2013).

Por otra parte, y dentro del ambiente extra-familiar, el consumo de alcohol de los amigos es probablemente la variable más fuertemente asociada al consumo de los jóvenes, tanto al inicio como en el mantenimiento de esta conducta (Borsari y Carey, 2001). Estudios transversales indican que existe correlación en esta conducta desde la adolescencia hasta el inicio de la adultez, desde los 12 a 20 años aprox. (Ibáñez y cols., 2008), y distintos estudios longitudinales muestran cómo el consumo de los amigos influye en el consumo propio, y viceversa (Simons-Morton y Chen, 2006; Wills y Cleary, 1999).

Por tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la influencia de las variables del entorno familiar (consumo de alcohol de los padres y estilos de crianza) y del entorno social (consumo de alcohol de los amigos) en el consumo de alcohol de los jóvenes. Nuestra hipótesis fue que el consumo de los padres predeciría un estilo educativo más permisivo, lo que, a su vez, facilitaría que los hijos se afiliaran con amigos más bebedores. Esta sería la variable que, de forma más fuerte y directa, se asociaría con el consumo de alcohol propio.

Método

Muestra y procedimiento

La muestra estaba compuesta de 330 estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de centros de la Comunidad Valenciana (España), tanto de zonas urbanas como rurales. El 57,80 % eran chicas y la media de edad era 13,05 años (d. t. = 0,56). Los cuestionarios se administraron de forma colectiva, motivando a los participantes y asegurándoles la confidencialidad de los resultados.

Instrumentos

- El AIS-UJI (Ortet y cols., 2002) evalúa el consumo de alcohol de los padres, los iguales y los adolescentes con periodicidad semanal (entre semana y fin de semana). Las Unidades de Bebida Estándar (UBE; Rodríguez-Martos, Gual y Llopis, 1999) se calcularon a partir de una pregunta semiestructurada en la que los adolescentes informaban el número de vasos de vino, cervezas, combinados y licores sin combinar que tomaban durante el fin de semana. El vino y la cerveza se contabilizan como una UBE, mientras el combinado y los licores sin combinar ('chupitos') se contabilizaban como dos UBE (Rodríguez-Martos, Gual y Llopis, 1999). En España una UBE equivale a 10 gramos de alcohol (Llopis, Gual y Rodríguez-Martos, 2000).
- El EMBU-SF (Arrindell y cols., 1999) y APQ (Shelton, Frick y Whooton, 1996). El EMBU-SF evalúa tres estilos educativos diferentes: calidez emocional, sobreprotección y rechazo, tanto del padre como de la madre. Por su parte, el APQ evalúa el castigo, la inconsistencia disciplinaria, el estilo educativo positivo de ambos padres conjuntamente y la implicación de la madre y el padre de forma separado.

Análisis

En primer lugar, se realizó un análisis factorial exploratorio (EFA) en el que se incluyeron las doce escalas de estilos educativos evaluadas con ambos instrumentos. Se utilizó el método de extracción de ejes principales y rotación oblimin, y para la extracción del número de factores se realizó un análisis paralelo con el software Monte Carlo PCA for Parallel Analysis, versión 2.5.

A continuación, se calcularon los datos descriptivos y las correlaciones bivariadas de las variables de consumo de los padres, los amigos y los jóvenes, y los factores resultantes del EFA de estilos educativos parentales, con el paquete estadístico IBM SPSS statistics versión 21 (IBM, 2012).

Además, para analizar los efectos directos y la posible existencia de un efecto de moderación o interacción entre las variables, se hipotetizó un modelo de ecuaciones estructurales con el EQS 6.1 (EQS; Bentler y Wu, 2003). Debido a que los análisis exploratorio de los datos no indicaron normalidad en la distribución de los datos (coeficientes de Mardia > 40; Mardia, 1970), la estimación de las relaciones se llevó a cabo mediante los métodos robustos de Satorra-Bentler (Satorra y Bentler, 2001).

Todas las puntuaciones de las variables utilizadas para los análisis de este estudio fueron centradas por la media, se les restó el valor medio de la variable, de forma que las puntuaciones más altas equivalen a más del constructo medido (Cooper, 2000).

Resultados

Análisis factorial exploratorio (EFA)

Este análisis indica que la agrupación de las variables de los cuestionarios EMBU-SF y APQ está formada por 4 factores cuyos autovalores son mayores a la unidad y saturan por encima de 0,46. El conjunto explica el 76,62 % de la varianza total acumulada (factor1 = 33,07 %; factor2 = 22,40 %; factor3 = 6,42 %; factor4 = 5,26 %).

La significación del estadístico X^2 ($X^2 = 25424,60$; g.l.: 66; $p = 0,00$) y el índice KMO (0,68) indicaron que el método de extracción que utilizamos, oblimin directo, era adecuado. Esta estructura de 4 factores fue confirmada a través del gráfico de sedimentación un análisis paralelo.

En conclusión, el EFA mostró la adecuación de agrupar las escalas en cuatro factores de estilos educativos a los que se etiquetó como: «calidez» (implicación, calidez, estilo positivo), «sobrepotección», «permisividad» (escasa supervisión, inconsistencia disciplinaria) y «castigo» (rechazo, castigo).

Análisis descriptivos

La media de consumo de alcohol de los participantes en una semana fue de 1,83 UBE (unidades bebida estándar) (d. t. = 5,32) (Rodríguez-Martos y cols., 1999). Del total de la muestra, 257 estudiantes informaron que no bebían alcohol (77,88 %).

El 64,24 % de los jóvenes evaluados informaron que no tenían ningún amigo que consumiera alcohol y el 13,33 % indicaron que sus padres no consumían nada de alcohol semanalmente.

Tabla 1
Medias y desviaciones típicas de toda la muestra en cada variable, así como medias y desviaciones típicas por género, pruebas t y d de Cohen

	Toda la muestra (N = 330)	Chicos (N=141)	Chicas (N=189)	t	d
Consumo alcohol madre (CAM)	2,61 (2,26)	1,28 (1,61)	1,11 (1,51)	2,73**	0,11
Consumo alcohol padre (CAP)	1,18 (1,55)	3,00 (2,36)	2,33 (2,14)	0,96	0,30
Consumo alcohol amigos (CAA)	2,46 (4,73)	2,47 (4,48)	2,45 (4,93)	0,05	0,00
Consumo alcohol jóvenes (CAJ)	1,83 (5,32)	2,56 (6,93)	1,30 (3,63)	2,14*	0,23

Nota: * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$. Valores d de Cohen de ,20, ,50 y ,80, se corresponden con un tamaño del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente (Cohen, 1992).

Tabla2
Correlaciones bivariadas de Pearson

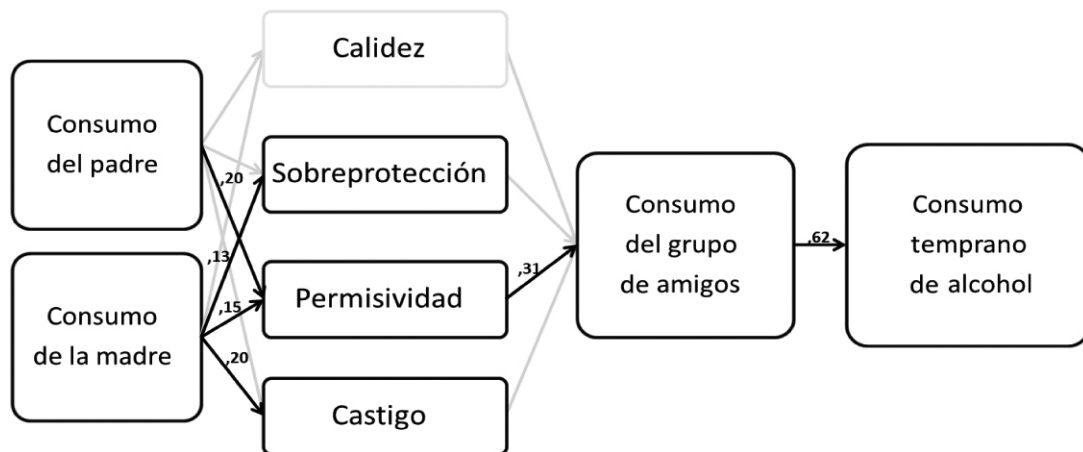
	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. CAP	0,526**	0,195**	0,174**	-0,075	-0,003	0,283**	0,115*
2. CAM	-	0,104	0,155**	-0,046	0,094	0,259**	0,206**
3. CAA		-	0,615**	-0,100	0,039	0,305**	0,112*
4. CAJ			-	-0,185**	0,103	0,328	0,145**
5. Calidez				-	-0,080	-0,304**	-0,312**
6. Sobreprotección					-	0,234**	0,483**
7. Permisividad						-	0,448**
8. Castigo							-

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Modelo de ecuaciones estructurales

El análisis de ecuaciones estructurales mostró que el modelo hipotetizado se ajustaba de forma adecuada a nuestros datos (ver figura 2). El consumo de la madre se relacionó de manera directa con la sobreprotección, el castigo y con la permisividad, en este último también se relacionó el consumo del padre. Por su parte, la permisividad se relacionó con el consumo del grupo de amigos, y el consumo de los amigos se relacionó con el consumo de los jóvenes.

El estudio de los efectos indirectos mostró que la permisividad se relacionaba de forma indirecta con el consumo de alcohol de los jóvenes a través de la afiliación con iguales consumidores ($\beta=0,19$; $p < 0,05$). No obstante, el consumo de alcohol del padre, se relacionó de forma indirecta y parcial con el consumo de alcohol a través de la permisividad ($\beta=0,05$; $p < 0,05$) y el consumo del grupo de amigos ($\beta=0,07$; $p < 0,05$).



X ²	gl	P	X ² /gl	CFI	IFI	NFI	RMSEA
10,29	8	0,25	1,73	0,99	0,99	0,96	0,03 (0,00 - 0,08)

Nota: sobre las líneas coeficientes β estandarizados a * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Las correlaciones no significativas no se incluyen en la figura para facilitar su interpretación.

Figura 2. Modelo de ecuaciones estructurales

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue estudiar que variables ambientales, tanto familiares como extrafamiliares, son relevantes en el consumo temprano de alcohol en jóvenes. En concreto, se investigó el papel del consumo del grupo de iguales, así como el consumo de los padres y los estilos educativos que empleaban para criar a sus hijos.

En primer lugar, encontramos que el consumo de alcohol de los amigos explicaba casi el 11,8 % de varianza del consumo propio, por lo que constituye la variable de riesgo más relevante en el consumo de alcohol temprano en jóvenes a través de una vía explicativa directa, de acuerdo con la literatura previa (Borsari y Carey, 2001).

Además, otras variables como el consumo de alcohol de los padres y los estilos educativos de carácter permisivo y de baja supervisión también mostraron ser relevantes, en línea con otros trabajos (Becoña y cols., 2013; National Survey on Drug Use and Health, 2013). No obstante, y algo que aporta el presente trabajo, es que esta influencia es de carácter indirecto, ya que estaría mediada por la afiliación con los iguales. Así, el consumo de los padres se asociaba con un estilo educativo más permisivo, el cual favorecía que los hijos se afiliaran con grupos de iguales que mostraban un mayor consumo de alcohol.

De forma más específica, encontramos que los padres que más bebían mostraban un estilo educativo más permisivo y de menos supervisión, al igual que la madre. Además, las madres más bebedoras también mostraban un estilo más castigador y más sobreprotector, aunque este tipo de crianza no influía, ni indirecta ni directamente, en el consumo de alcohol de los hijos. Dado que nuestro estudio es de tipo transversal, desconocemos si el hecho de consumir alcohol provocaría que los padres mostraran una mayor desinhibición conductual que se reflejaría en estilos más permisivos y castigadores, o que los padres muestran un mayor consumo y estilos educativos más negligentes debido a características de personalidad asociadas con ambos aspectos, como la baja amabilidad y baja responsabilidad (Huver, Otten, de Vries, y Engels, 2010; Malouff, Thorsteinsson, Schutte, Bhullar, y Rooke, 2010).

En definitiva, hemos encontrado un efecto directo y muy importante del grupo de amigos en el consumo temprano de alcohol en adolescentes. Además, los estilos educativos de carácter más permisivo mediarían en la relación entre el consumo de alcohol de los padres y la facilitación de la afiliación con otros jóvenes también consumidores de alcohol.

Estos resultados sugieren que en el diseño de estrategias de prevención e intervención eficaces deberían tener en cuenta no solo el consumo de padres y amigos, sino también los estilos educativos excesivamente permisivos, de baja monitorización y poca implicación y supervisión. Por ejemplo, estrategias que conjuntamente orienten su estrategia de prevención y tratamiento tanto a padres como a grupo de iguales serán más eficaces. Estas estrategias deberían contemplar aspectos de formación para los padres, no solo orientadas a una reducción del consumo en presencia de los hijos, sino en el entrenamiento de estrategias de crianza de mayor implicación emocional y control y supervisión, así como la inclusión de actividades de ocio alternativas al consumo de alcohol en el grupo de amigos.

Referencias bibliográficas

- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C.,... Van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.

- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Juan, M., Sumnall, H., ... Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, *25*, 292-298. doi:10.7334/psicothema2012.294.
- Bentler P. M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, Multivariate Software Inc.
- Bentler, P. M. y Wu, E. J. C. (2003). *EQS structural equations program version 6.1. [Computer software]*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Borsari, B., y Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of Substance Abuse*, *13*, 391-424.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B. y Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: the role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, *68*, 1059-1088.
- Huver, R. M. E., Otten, R., de Vries, H., y Engels, R. C. M. E. (2010). Personality and parenting style in parents of adolescents. *Journal of Adolescence*, *33*, 395-402. doi:10.1016/j.adolescence.2009.07.012.
- Ibáñez, M. I., Ruipérez, M. A., Villa, H., Moya, J. y Ortet, G. (2008). Personality and alcohol use. En G. J. Boyle, G. Matthews y D. H. Saklofske (eds.), *Handbook of Personality Theory and Testing*. Nueva York: Sage.
- IBM Corp. Released (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, version 21.0*. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- Kendler, K. S., Schmitt, E., Aggen, S. H., y Prescott, C. A. (2008). Genetic and Environmental Influences on Alcohol, Caffeine, Cannabis, and Nicotine Use from Early Adolescence to Middle Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *65*, 674-682. doi:10.1001/archpsyc.65.6.674. Genetic.
- Llopis Llàcer, J. J., Gual Solé, A. y Rodríguez-Martos Dauer, A. (2000). Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones*, *12*, 11-19.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Schutte, N. S., Bhullar, N., y Rooke, S. E. (2010). The Five-Factor Model of personality and relationship satisfaction of intimate partners: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, *44*, 124-127. doi:10.1016/j.jrp.2009.09.004.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2012). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 1994-2012)*.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Recuperado el 29 de julio de 2015, de <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresults-PDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>.
- 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.
- Rose, R. J., y Dick, D. M. (2004). Gene-environment interplay in adolescent drinking behavior. *Alcohol Research and Health*, *28*, 222-229.
- Satorra, A. y Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, *66*, 507-514.
- Shelton, K. K., Frick, P. J. y Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*, 317-329.
- Simons-Morton, B., y Chen, R. S. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, *31*, 1211-1223. doi:10.1016/j.addbeh.2005.09.006.

Wills, T. A., y Cleary, S. D. (1999). Peer and adolescent substance use among 6th-9th graders: latent growth analyses of influence versus selection mechanisms. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 18, 453-463. doi:10.1037/0278-6133.18.5.453.

Diferencia de tensión arterial en ambos brazos como medio para identificar pacientes con riesgo cardiovascular

PEDRO GARCÍA MARTÍNEZ
perich97@gmail.com

ESTHER FERNÁNDEZ ARROYO
estherferarroyo@hotmail.com

ELADIO JOAQUÍN COLLADO BOIRA
colladoe@uji.es

Resumen

Introducción: Una diferencia de tensión arterial sistólica entre ambos brazos de 10 mmHg o mayor se ha asociado a enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular y aumento de mortalidad. El artículo estudia la diferencia de tensión arterial en ambos brazos de usuarios de una consulta de atención primaria. Secundariamente, busca asociar variables de género, edad e hipertensión para identificar perfiles de riesgo y su inclusión en estudios posteriores. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal del total de pacientes atendidos en una consulta enfermera de atención primaria durante un mes. Se realiza toma de tensión arterial en ambos brazos, según protocolo. Se registran datos de género, edad, tensión arterial y diferencias interbraquiales de tensión arterial. Se realiza estudio estadístico descriptivo e inferencial mediante SPSS 20.0. **Resultados:** Población de 113 pacientes con cifras de tensión arterial sistólica media de 143,5 +/- 21,5 mmHg y diastólica media de 82,7 +/- 13,4 mmHg. Se observa diferencia superior a 10 mmHg en tensión arterial sistólica interbraquial en 15,93 % de la muestra. Se halla tendencia a la significación entre diferencia >10 mmHg de tensión con la edad, siendo significativa con diferencias >15 mmHg. El género e hipertensión no muestran diferencias significativas en relación con la diferencia de tensión arterial interbraquial. **Conclusiones:** Los datos obtenidos de pacientes con diferencias de tensión arterial interbraquial son similares a otros estudios. Solo se identifica como factor de riesgo de los estudiados la edad, por lo que sería susceptible de realizar esta valoración a toda la población. Se propone protocolo de actuación en caso de identificación de pacientes con diferencias de tensión arterial interbraquial mayor de 10 mmHg.

Palabras clave: enfermería, atención primaria, tensión arterial, riesgo cardiovascular.

Abstract

Introduction: A difference in systolic blood pressure in both arms of 10 mmHg or greater has been associated with peripheral vascular disease, cerebrovascular disease and increased mortality. The article studies the difference in blood pressure in both arms of users of a primary care office. Secondly, it looks for associated variables of gender, age and hypertension to identify risk profiles and their inclusion in future studies. **Methodology:** Descriptive transversal study of all the patients seen in a nurse-primary care office for a month. In both arms blood pressure is taken and performed according to protocol. It is registered data of gender, age, blood pressure and inter-arms blood pressure differences. The descriptive and inferential statistical study is done with SPSS 20.0. **Results:** Population of 113 patients with systolic blood pressure of 143.5 /-21.5 mmHg and diastolic of 82.7 /-13.4 mmHg. It is observed a difference of more than 10 mmHg in inter-arms systolic blood pressure at 15.93 % of the study group. There is trend to significant difference between pressure higher than 10 mmHg with age, being significant with differences higher than 15mmHg. Gender and hypertension do not show significant differences in relation to the difference in inter-arms blood pressure. **Conclusions:** The data obtained from patients with inter-arms differences blood pressure are similar to other studies. Only age, is identified as a risk factor for the studied so it would be susceptible to conduct this assessment to the entire population. It is proposed protocol for action in case of identification of patients with inter-arms blood pressure differences greater than 10 mmHg.

Keywords: Nursing, primary atencion, blood pressure, cardiovascular risk.

Introducción

Una diferencia de tensión arterial sistólica entre ambos brazos de 10 mmHg o mayor se ha asociado a enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular preexistente y un aumento de la mortalidad por distintas patologías (Clark, 2012). Así se podría indicar que una diferencia igual o superior a 10 mmHg ayudaría a identificar a pacientes que precisen una evaluación médica y una diferencia mayor de 15 mmHg podría ser indicador de enfermedad cardiovascular y aumento de mortalidad en los pacientes (Clark, 2012).

La guía europea de manejo de la tensión arterial del 2007 señala que se debe «...determinar la presión arterial en ambos brazos en la primera visita para detectar posibles diferencias debidas a una enfermedad vascular periférica. En ese caso, hay que tomar como referencia el valor mayor...» (Mancia, 2007). Pero, como indica el Dr. Armario de la Sociedad Española de Hipertensión, ésta es una recomendación que no se sigue habitualmente en la práctica clínica (Armario, 2012).

Ya que es el equipo de enfermería uno de los encargados de la toma de tensión arterial en el centro de salud, incluida como actividad de diversos programas de salud dirigidos al paciente adulto y anciano, este artículo se propone estudiar las diferencias existentes en las cifras de tensión arterial tomadas en ambos brazos de los usuarios de la consulta de enfermería. De modo secundario, este estudio buscará los factores de riesgo asociados a diferencias de tensión arterial entre las variables de género, edad e hipertensión para poder encontrar criterios de inclusión para la realización de estudios posteriores.

Método

Estudio descriptivo transversal de un cupo de pacientes del Departamento Diez de la Comunidad Valenciana, adscritos al centro de salud de Fuente de San Luis en el área urbana de la ciudad de Valencia, y cuya asistencia de salud corresponde a una sola enfermera. El total de la población del cupo es de 1363 pacientes y según los estudios publicados, se espera una población con diferencias de tensión arterial superiores a 15 mmHg de un 7 %, por lo que el tamaño de muestra requerido para un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 % será de 94 usuarios. Para alcanzar esta población se decide incluir en el estudio a todos los pacientes que acuden a la consulta enfermera durante dos meses (junio y julio), ya sea a través de citas programadas, a demanda o de urgencia.

El protocolo para la toma de tensión se realiza en el interior de la consulta, con el paciente en sedestación y tras comprobar que haya pasado un mínimo de diez minutos de espera antes de entrar a la consulta y dos minutos desde la entrada del paciente. Para las características del manguito, aparato, control del mismo y metodología en la toma tensión arterial se siguen las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión (Mancia, 2007). Son motivos de exclusión del estudio un tiempo de espera inferior a diez minutos, causas que provoquen agitación del paciente, los errores del tensiómetro que supongan la necesidad de repetir la toma en alguno de los dos brazos, la negativa del paciente a participar en el estudio o la derivación médica del paciente por estado grave del mismo.

El tensiómetro automático utilizado en todas las mediciones es del modelo OMRON M6 Comfort, y ha sido controlado el estado de calibración del mismo tres semanas antes de comenzar con el estudio. La técnica es realizada por la enfermera y el residente de enfermería familiar y comunitaria que han sido adiestrados en el protocolo de toma de tensión.

Las variables a estudio serán la edad, el género y la medida de tensión arterial sistólica y diastólica. Obtenidos estos datos se derivarán de ellas el estudio de las medias de tensión arterial sistólica y diastólica, y la diferencia en mmHg de las medidas en ambos brazos como variables cuantitativas. Por otro lado, se considerarán «cifras de hipertensión arterial sistólica» aquellas que superen 140 mmHg; y «de hipertensión arterial diastólica», las que sean superior a 90 mmHg (Mancia, 2007). Por último, se realizará una separación entre los pacientes que tengan diferencias de tensión arterial sistólica entre ambos brazos mayor o igual a 10 mmHg y aquellos que no presenten estas cifras; así como la separación con cifras iguales o superiores a 15 mmHg.

El estudio estadístico de las variables anteriores se realizará mediante el paquete informático SPSS 20.0. En el estudio estadístico descriptivo, las variables cualitativas se presentarán mediante el número absoluto y porcentaje, y las variables cuantitativas se presentarán mediante la media y desviación estándar de las mismas. Para el análisis inferencial de los datos se realizará mediante test ANOVA para el cruce de variables cuantitativas y cualitativas, y en las variables cualitativas mediante el test de chi cuadrado. Se considerará significativos los estudios que presenten un nivel de significación inferior a 0,05.

Resultados

De los 138 usuarios potenciales que acuden a consulta de enfermería durante el periodo de estudio, 25 (18,1 %) de ellos son excluidos: 17 usuarios por no haber permanecido el tiempo mínimo de 10 minutos en espera antes de entrar a la consulta, 1 usuario se excluyó por presentar una lesión en un brazo que impedía la toma de tensión arterial, 5 por fallos en

el tensiómetro y 2 por interrupciones de carácter urgente durante la visita. Con un total de 113 usuarios se supera ampliamente los 94 pacientes requeridos para la muestra.

De los 113 usuarios que participaron definitivamente en el estudio fueron 41 (36,3 %) hombres y 72 (63,7 %) mujeres con una edad media global de 72,8 +/- 11,4 años. Las cifras de tensión arterial sistólica de la población fueron de 143,5 +/- 21,5 mmHg en el brazo izquierdo y 141,7 +/- 21,4 mmHg en el derecho. Las cifras de tensión arterial diastólica fue de 82,7 +/- 13,4 y 82,3 +/- 13,9 mmHg en los brazos izquierdo y derecho, respectivamente. Las diferencias halladas entre ambos brazos fueron de 1,83 +/- 10,2 mmHg en la tensión sistólica y 0,36 +/- 8,2 mmHg en la diastólica, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1
Variables cuantitativas en las que se muestran media, desviación estándar, la cifra mínima y máxima

	Media	d. t.	Mínimo	Máximo
Edad	72,82	11,43	39	92
TAS izq.	143,53	21,56	105	215
TAD izq.	82,71	13,46	55	130
TAS der.	141,70	21,38	101	206
TAD der.	82,34	13,95	49	150
TAS media	142,61	20,85	106	210
TAD media	82,53	13,07	52	140
Dif. TAS	1,83	10,25	-26	44
Dif. TAD	0,36	8,25	-20	34

Nota. TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica; izq.: izquierda; der.: derecha. Media: media aritmética de la tensión calculada en ambos brazos. Dif.: diferencia entre las cifras de ambos brazos.

El porcentaje de hipertensión sistólica es de 52,2 % en brazo izquierdo y de 46,9 % en el derecho; en la diastólica se encuentra un 24,8 % y 19,5 % de hipertensos en los brazos izquierdo y derecho respectivamente. La diferencia de tensión arterial entre ambos brazos superior a 10 mmHg aparece en un 15,9 % (n = 18) en la tensión sistólica y en un 7,1 % (n = 8) en diastólica. Asimismo, encontramos diferencias superiores a 15 mmHg en sistólica en un 7,1 % (n = 8) y en diastólica a un 4,4 % (n = 5), como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2
Variables cualitativas en las que se muestran N: número absoluto de hombres en género y los pacientes que cumplen los requisitos de hipertensión o de diferencias de tensión arterial iguales o superiores a la cifra indicada

	N	%
Género (hombre)	41	36,28
HTAS izq.	59	52,21
HTAD izq.	28	24,78

	N	%
HTAS der.	53	46,90
HTAD der.	22	19,47
HTAS media	58	51,33
HTAD media	27	23,89
Dif. TAS >10 mmHg	18	15,93
Dif. TAD >10 mmHg	8	7,08
Dif. TAS >15 mmHg	8	7,08
Dif. TAD >15 mmHg	5	4,42

Nota. HTAS: hipertensión arterial sistólica superior a 140 mmHg; HTAD: hipertensión arterial diastólica superior a 90 mmHg; izq.: izquierda; der.: derecha. Dif.: diferencia entre las cifras de ambos brazos.

La tabla 3 muestra el estudio comparativo mediante *ji cuadrado* del género con las distintas variables y solo muestra tendencia a la significación en el caso de diferencias de tensión arterial superior a 15 mmHg: siendo mayor la presencia de esta característica en hombres que en mujeres.

Tabla 3
Estudio descriptivo analítico mediante la prueba de *ji cuadrado*

	Hombres		Mujeres		<i>p</i>
	N	%	N	%	
HTAS izq.	21	51,22	38	52,78	0,873
HTAD izq.	8	19,50	20	27,80	0,328
HTAS der.	21	51,22	32	44,40	0,488
HTAD der.	7	17,02	15	20,80	0,627
HTAS media	21	51,22	37	51,39	0,986
HTAD media	7	17,02	20	27,80	0,199
Dif. TAS >10 mmHg	5	12,20	13	18,06	0,413
Dif. TAD >10 mmHg	4	9,76	4	5,56	0,458
Dif. TAS >15 mmHg	2	4,88	6	8,33	0,709
Dif. TAD >15 mmHg	4	9,76	1	1,39	0,057

Nota. Se considera significativo cuando el nivel de significación es inferior a 0,05 y tendente a la significación con cifras inferiores a 0,1. N: número absoluto de hombres en género y los pacientes que cumplen los requisitos de hipertensión o de diferencias de tensión arterial iguales o superiores a la cifra indicada. P: nivel de significación. HTAS: hipertensión arterial sistólica superior a 140 mmHg; HTAD: hipertensión arterial diastólica superior a 90 mmHg; izq: izquierda; der: derecha. Dif: diferencia entre las cifras de ambos brazos.

Las tablas 4 y 5 muestran el estudio de los pacientes que cumplen el criterio de diferencias de tensión arterial sistólica superior a 10 y 15 mmHg, respectivamente, entre ambos brazos comparado con pacientes con hipertensión arterial sistólica en ambos brazos y con los que presentan diferencias de tensión superiores a 15 o 10 mmHg.

Tabla 4
Estudio descriptivo analítico mediante la prueba de ji cuadrado

	Dif. TAS >10 mmHg		Dif. TAS <10 mmHg		p
	N	%	N	%	
HTAS izq.	12	66,7	47	49,5	0,207
HTAS der.	8	44,4	45	47,4	1,000
Dif. TAS >15 mmHg	8	44,4	0	0,00	>0,001

Nota. Se considera significativo cuando el nivel de significación es inferior a 0,05 y tendente a la significación con cifras inferiores a 0,1. N: número absoluto de pacientes que cumplen los criterios de cada fila. P: nivel de significación. HTAS: hipertensión arterial sistólica superior a 140 mmHg; izq.: izquierda; der.: derecha. Dif.: diferencia entre las cifras de ambos brazos.

Tabla 5
Estudio descriptivo analítico mediante la prueba de ji cuadrado

	Dif. TAS >15 mmHg		Dif. TAS <15 mmHg		p
	N	%	N	%	
HTAS izq.	7	87,5	52	49,5	0,063
HTAS der.	4	50,0	49	46,7	1,000
Dif. TAS >10 mmHg	8	100,0	10	9,5	>0,001

Nota. Se considera significativo cuando el nivel de significación es inferior a 0,05 y tendente a la significación con cifras inferiores a 0,1. N: número absoluto de pacientes que cumplen los criterios de cada fila. P: nivel de significación. HTAS: hipertensión arterial sistólica superior a 140 mmHg; izq.: izquierda; der.: derecha. Dif.: diferencia entre las cifras de ambos brazos.

Por otro lado, la relación de la tensión arterial con la edad muestra ser significativo en las cifras de hipertensión arterial sistólica en brazo izquierdo (75,6+/-9,9 años en los hipertensos por un 69,8+/-12,1 años en los no hipertensos) y en brazo derecho (75,1+/-10,2 años versus 70,8+/-12,1 años). Asimismo, la diferencia mayor de 15 mmHg en la tensión arterial sistólica en ambos brazos también es significativa siendo la edad media de los que presentan esta diferencia de 81,2+/-4,9 años por 72,2+/-11,5 los que no presentan diferencias tan importantes (tabla 6).

Tabla 6
Estudio descriptivo analítico mediante la prueba ANOVA de un factor para la variable edad

	No		Sí		p
	Media	d. t.	Media	d. t.	
HTAS izq.	69,78	12,19	75,61	9,99	0,006
HTAD izq.	73,40	11,87	71,07	9,97	0,352
HTAS der.	70,80	12,14	75,11	10,20	0,045
HTAD der.	73,75	11,75	69,00	9,25	0,080
Dif. TAS >10 mmHg	72,13	11,34	76,50	11,53	0,137
Dif. TAD >10 mmHg	72,49	11,64	77,25	7,25	0,258
Dif. TAS >15 mmHg	72,18	11,54	81,25	4,95	0,030
Dif. TAD >15 mmHg	72,57	11,50	78,20	9,09	0,284

Nota. Se considera significativo cuando el nivel de significación es inferior a 0,05 y tendente a la significación con cifras inferiores a 0,1. Media: edad media de los que cumplen el criterio. HTAS: hipertensión arterial sistólica superior a 140 mmHg; HTAD: hipertensión arterial diastólica superior a 90 mmHg; izq.: izquierda; der.: derecha. Dif.: diferencia entre las cifras de ambos brazos.

Discusión y conclusiones

Si tomamos las directrices de la *Guía Europea de Hipertensión* (Mancia, 2007) y consideramos como pacientes hipertensos aquellos que presentan cifras superiores a 140 mmHg de tensión arterial sistólica y 90 mmHg de tensión arterial diastólica tomadas en el brazo de cifras más elevadas, encontramos que nuestra población presenta cifras de hipertensión sistólica de un 52,21 % en el brazo izquierdo y de hipertensión diastólica en un 24,78 % en el mismo brazo. Estas cifras serían superiores a las demostradas en el estudio ENRICA del año 2010, que muestra una prevalencia de hipertensión del 33 % en la población general; pero al encontrar una edad media superior a 70 años en nuestra muestra, estas cifras estarían por debajo de lo esperado en mayores de 60 años, con prevalencia de más del 60 % de hipertensos (Kearney, 2005; Banegas, 2002).

En las diferencias de tensión arterial sistólica, objetivo de este estudio, observamos que el 15,9 % de pacientes presentan cifras superiores a 10 mmHg de diferencia entre ambos brazos, lo que supone un porcentaje de población superior al compararlo con el 14 % mostrado por el metanálisis de Verbek (2011), lo que podría suponer un aumento de riesgo de mortalidad del 24 % o mayor, según estudios internacionales (Agarwal, 2008). Pero si atendemos a las diferencias superiores a 15 mmHg, la población estudiada presenta cifras similares a las mostradas por otros estudios (Clark, 2012) con cifras del 7 % de población afecta por esta diferencia de tensión interbraquial.

Si bien la sensibilidad de asociación entre diferencias superiores a 15 mmHg entre los brazos y la patología vascular periférica no es muy alta (15 %), su especificidad sí que lo es (96 %) (Clark, 2012). Así que aunque no sea una buena prueba para el despistaje de la patología vascular periférica, sí que sería un buen indicador para la realización de interconsulta con el médico de familia y realizar la medición del índice tobillo brazo, más sensible para dicho despistaje (Mancia, 2007).

No se han encontrado relaciones importantes entre las diferencias de tensión arterial sistólica entre los brazos y las variables de hipertensión sistólica, diastólica o media, por lo que

no se podría excluir a ningún paciente de dicha valoración. En cuanto al género se ha mostrado una tendencia a la significación en el caso de los hombres, pero debido a las limitaciones de la muestra sería aconsejable aumentar el tamaño de la población a estudio para comprobar esta relación. Por otro lado, sí que se observa relación con la edad, ya que es más habitual encontrar diferencias altas de tensión arterial sistólica en los pacientes de mayor edad. Esta situación es esperable al ser la edad un importante factor de riesgo en la patología cardiovascular como presenta la escala SCORE (De Backer, 2003).

En conclusión, podríamos decir que el estudio de la tensión arterial en ambos brazos aporta importante información sobre los riesgos cardiovasculares del paciente y, aunque no pueda usarse como *screening* de patología cardiovascular, puede ser un factor que inste a enfermería a realizar una valoración del índice tobillo brazo y derivación al médico de familia.

Con nuestros datos no se podría excluir a nadie del estudio de la tensión en ambos brazos, ya que no existen factores de riesgo claros relacionados con una toma aislada de tensión arterial, y todos los usuarios podrían beneficiarse de esta técnica. Una limitación de este estudio es no haber incluido las patologías y tratamientos farmacológicos de los pacientes que podrían ser factor de riesgo para la diferencia de tensión arterial interbraquial, pero el objetivo inicial era el estudio de la población basados en la toma de constantes por parte de enfermería.

Por último, destacar que este estudio presenta las limitaciones propias de una población pequeña y limitada a un cupo exclusivo, por lo que sería difícil la extrapolación de los datos a otras poblaciones y, por este motivo, sería interesante continuar esta valoración con poblaciones más amplias. Con estudios más amplios se podría intentar recuperar la toma de tensión en ambos brazos e iniciar un protocolo para la derivación al médico de familia y el estudio del índice tobillo brazo en aquellos pacientes que presenten diferencias superiores a 10 mmHg, independientemente de sus patologías crónicas diagnosticadas, ya que esta actuación es incruenta, barata y no requiere especial formación para el equipo de enfermería.

Referencias bibliográficas

- Agarwal, R., Bunaye, Z., y Bekele, D. M. (2008). Hypertension detection and control. Prognostic significance of between-arm blood pressure differences. *Hypertension*, 51, 657-662.
- Armario, P. (2012). Asociación de la diferencia de presión arterial sistólica entre ambos brazos con la enfermedad vascular y la mortalidad. Recuperado de <http://www.seh-lilha.org/articulosr.aspx> el 16 de julio de 2012.
- Banegas, J. R., Rodríguez Artalejo, F. (2002). El problema de la hipertensión arterial en España. *Revista Clínica Española*, 202, 12-15.
- Banegas, J. R. y Artalejo, R. (2011). Estudio ENRICA. Presentado en el XVI Congreso Nacional de la SEH, Barcelona.
- Clark, C. E., Taylor, R. S., Shore, A. C., Ukoummunne, O. C., Campbell, J. L. (2012). Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379, 905-914.
- Conroy, R. M., Pyörälä, K., Fitzgerald, A. P., Sans, S., Menotti, A., De Backer, G., ... y SCORE project group. (2003). Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal*, 24, 987-1003.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., y He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365, 217-23.
- Mancia, G., de Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., ... Williams, B. (2007). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for

the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 25, 1105-87.

Verberk, W. J., Kessels, A. G., y Thien, T. (2011). Blood pressure measurement method and inter-arm differences: a meta-analysis. *American Journal of Hypertension*, 24, 1201-1208.

Papel del prelímbico en la adquisición de la memoria de preferencia hacia estímulos asociados a la cocaína

ISIS GIL MIRAVET
al080291@uji.es

ZAIRA TORRES GARRIDO
al226805@uji.es

FERNANDO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
al228888@uji.es

ARACELI PALMA GÓMEZ
al296129@uji.es

MARTA MIQUEL SALGADO-ARAUJO
miquel@uji.es

Resumen

Introducción: Hallazgos previos sugieren que el desarrollo de la adicción a las drogas puede ser entendido en términos de interacción entre los mecanismos cerebrales de memoria pavloviana e instrumental que subyacen a la búsqueda e ingesta de drogas. Se argumenta que el consumo de drogas es un comportamiento inicialmente dirigido a un objeto, pero después de la experiencia repetida puede convertirse en un hábito desencadenado automáticamente por los estímulos asociados al consumo. En este caso, uno de los procesos que subyace a este cambio de comportamiento es la adquisición de la memoria de preferencia hacia las señales ambientales asociadas a la droga. La evidencia apoya que la red prefronto-estriado-límbica sustenta el almacenamiento de estas memorias inducidas por drogas. **Objetivo y métodos:** El presente estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de la inactivación de la corteza prefrontal medial (prelímbica-infralímbica) (CPFM) en la adquisición de la preferencia hacia una señal de olor emparejada con la cocaína (CS+). La inactivación del CPFM se llevó a cabo mediante la infusión de lidocaína en dicha región diez minutos antes del entrenamiento. **Resultados:** Los resultados indicaron que la inactivación de la CPFM aumentó hasta el 100 % el porcentaje de animales que adquieren preferencia condicionada por la cocaína. **Conclusiones:** Nuestros resultados demuestran que el desarrollo de la preferencia condicionada inducida por la cocaína se promueve cuando la actividad del CPFM disminuye. Por lo tanto, estos resultados sugieren que la corteza prefrontal medial trabaja en la adquisición de la inhibición de memorias emocionales relacionadas con las drogas.

Palabras clave: cerebro, cocaína, neuroplasticidad.

Abstract

Introduction: Previous findings suggest that the development of drug addiction can be understood in terms of interactions between Pavlovian and instrumental memory mechanisms in the brain that underlie drug seeking and taking. It is argued that drug use is a behavior initially goal-directed, but after repeated experience it can become a habit automatically triggered by drug-associated stimuli. In this case, one of the processes underlying this behavioral shift is the acquisition of preference memories towards drug-related environmental cues. Evidence supports that prefronto-striatal-limbic networks underpin storage of these drug-induced memories. **Aim and methods:** The present study aimed at evaluating the effects of medial prefrontal cortex (mPFC) deactivations on the acquisition of preference towards an odour cue paired to cocaine (CS+). Medial PFC deactivation was accomplished by infusing lidocaine into the region ten minutes before training. **Results:** The results indicated that deactivation of mPFC increased up to 100 % the percentage of animals acquiring conditioned preference for cocaine. **Conclusions:** Our findings demonstrated that the development of cocaine-induced conditioned preference is promoted when mPFC activity decreases. Therefore, these results suggest that the medial prefrontal cortex works on inhibiting acquisition of drug-related emotional memories.

Keywords: brain, cocaine, neuroplasticity.

Introducción

La adicción a los estimulantes psicomotores es un trastorno crónico recurrente, y la prevención de las recaídas es uno de los principales objetivos para su tratamiento (Mendelson y Mello, 1996). El éxito del tratamiento es difícil por la hipersensibilidad a las propiedades motivacionales de incentivo de los estímulos asociados al consumo de la droga (Robinson y Berridge, 1993). Uno de los procesos clave que va aparejado a la búsqueda de droga y a su consumo es el almacenamiento a largo plazo de los recuerdos relacionados con la droga, que contribuyen a orientar la respuesta a estímulos relacionados con ésta (Everitt y Robbins, 2005; Kalivas y Volkow, 2005; Hyman, Malenka y Nestler, 2006; Robinson y Berridge, 2008). Algunos estudios han sugerido que estas memorias asociadas a las señales relacionadas con la droga se almacenan y reactivan por las interacciones de dopamina y glutamato en el circuito prefronto-estriatal (Belin y Everitt, 2008; Volkow y Wang, Tomasi y Baler, 2013).

La corteza prefrontal de los mamíferos está implicada en una amplia gama de funciones cognitivas que reflejan su importancia en la optimización y asignación de los recursos para satisfacer de forma flexible las cambiantes demandas de tareas y reglas (Euston, Gruber, y McNaughton, 2012). Su patrón de conectividad, de vías aferentes y eferentes, indica que la corteza prefrontal es esencial para integrar la información de los sistemas sensoriales, límbicos y vegetativos, para ejercer el control ejecutivo sobre funciones motoras, cognitivas y autonómicas a través de conexiones topográficas con el cuerpo estriado (Alexander y Crutcher, 1990; Groenewegen y Uylings, 2000; Chudasama y Robbins, 2006; Hoover y Vertes, 2007). Las regiones prelímbica (PL) e infralímbica (IL) de la corteza prefrontal medial (CPFm) de la rata son componentes del bucle «afectivo» cortico-estriatal, que reciben entradas excitadoras del hipocampo y de la amígdala basolateral (Ishikawa y Nakamura, 2003). En diversos estudios se

ha observado que el córtex prefrontal medial está implicado en el control contextual sobre la conducta motivada, siendo esta inducida por el restablecimiento del contexto de búsqueda de drogas (Peters, Kalivas, y Quirk, 2009; Bossert y cols., 2011).

La creciente evidencia pone de relieve la importancia de considerar las subregiones de la CPFm que parecen ser funcionalmente distintas, distinguiéndose entre la zona dorsal (cingulado anterior + PL) y la zona ventral (IL) (Ashwell y Ito, 2014). En concreto, el córtex prefrontal medial dorsal se ha relacionado con la inhibición del restablecimiento de la búsqueda de cocaína inducida por contexto, mientras que el aspecto ventral se ha asociado con la conducta dirigida de búsqueda de cocaína (Peters, LaLumiere, y Kalivas, 2008), aunque no todos los datos son consistentes con esta dicotomía propuesta (Bossert y cols., 2011). En conjunto, podría sugerirse que el PL-IL suministra un interruptor de encendido y apagado para la expresión de la conducta condicionada de búsqueda de drogas, sobre todo después de la extinción (Peters y cols., 2009).

En esta investigación, nos centramos en la corteza prefrontal medial, una región que parece ser punto clave dentro del circuito motivacional por el que una gran variedad de estímulos convergen para producir una respuesta de búsqueda de la droga. Principalmente, nos centraremos en las subregiones PL e IL, ya que ambas han sido abordadas anteriormente, tanto en los estudios de búsqueda de drogas mediante autoadministración (Shalev, Grimm y Shaham, 2002), como en estudios de restablecimiento de la respuesta de búsqueda de droga (McLaughlin y Ver, 2003; Rocha y Kalivas, 2010; Rogers, Ghee y See, 2008). En este modelo de condicionamiento pavloviano, en el que las unidades de motivación serán estímulos olfativos asociados a la cocaína, esperamos que estos estímulos ambientales fomenten la probabilidad de activar la respuesta de búsqueda de droga (Carbo-Gas y cols., 2014), viéndose esta aumentada al inactivar de manera temporal la CPFm.

Método

Animales

Se obtuvieron 16 ratas Sprague-Dawley macho con un peso de 200-250 gr (Janvier; St Berthevin Cedex, Francia). Las ratas fueron alojadas individualmente en jaulas con comida y agua *ad libitum*. La sala de estabulación se mantuvo a 22 ± 2 °C con las luces encendidas de 8h a 20h. Cuando las ratas tuvieron un peso de 270-300gr se les realizó una cirugía estereotáxica, y tras una semana de recuperación, comenzó el procedimiento experimental. El protocolo experimental se aplicó en las primeras 5h del ciclo de luz. Todos los procedimientos con animales se realizaron de conformidad con la directiva del Consejo de la Comunidad Europea (86/609/CCE), Real Decreto BOE 34/11370/2013 y la directiva local de DOGV 26/2010.

Fármacos

La cocaína se administró por vía intraperitoneal (IP) y la lidocaína intracerebral. El clorhidrato de cocaína fue proporcionado por Alcaliber SA (Madrid, España) y el clorhidrato de lidocaína se adquirió en Sigma-Aldrich (Madrid, España). Todos los fármacos se disolvieron en solución salina al 0,9 %. La lidocaína al 6 % se infundió 10 minutos antes de cada ensayo experimental. La cocaína (15 mg/kg/ml) se inyectó inmediatamente antes de cada ensayo. La solución salina al 0,9 % se utilizó como el vehículo control.

Cirurgía

A las 16 ratas se les practicó una cirugía estereotáxica. Los animales fueron anestesiados con clorhidrato de ketamina (100 mg/kg; IP) y clorhidrato de xilazina (10 mg/kg; IP). Las ratas fueron fijadas en un aparato estereotáxico, y se les implantó una cánula guía (calibre 22) justo en el CPFm (coordenadas: AP: 3,2, ML: \pm 0,6, y DV $-3,5$ relativa al bregma, línea media, y la superficie del cráneo, respectivamente). A la mitad de las ratas se le implantó en el lado izquierdo y a la otra mitad en el derecho. Se fijo la cánula al cráneo mediante tres tornillos de acero inoxidable y cemento dental. Se insertó un estilete en cada cánula guía para evitar el bloqueo. Se dejó a las ratas una recuperación postquirúrgica de una semana para su completa recuperación.

Microinyecciones

Antes de cada ensayo, se retiraron los estiletos y se insertaron unos inyectores que mediante un tubo de polietileno estaban conectados a una bomba de infusión. Los inyectores eran 1 mm más largos que las cánulas, con la idea de que la infusión se realizara justo entre prelímbico e infralímbico, afectando a la zona del córtex prefrontal medial (CPFm) que nos interesaba. Se infundió un 1 microl en un periodo de 2 min, dejando el inyector en el interior por un tiempo de minuto y medio para una correcta difusión. Tras este periodo, se les retiraba el inyector y se les insertaba de nuevo el estilete. Las infusiones se realizaron 10 min antes de comenzar cada ensayo. A la mitad de los animales se les infundió lidocaína al 6 % y a la otra mitad salina al 0,9 %.

Procedimiento comportamental y diseño experimental

El procedimiento experimental se realizó en un corredor de metacrilato oscuro (90 x 20 x 40) con dos departamentos en sus extremos donde se confinaba a los animales durante 15min al día.

Inicialmente se realizaron una pruebas de preferencia para comprobar que dos olores fueran igualmente preferidos (lavanda y rosas). Tras dicha comprobación, se utilizaron estos olores como estímulos para el estudio. Se depositaron tres gotas de lavanda o rosas en unos trozos de papel, que se presentaron dentro de unas bolas de acero con agujeros, que sobresalían en una de las paredes del brazo del corredor. Uno de los olores actuó como CS+ y se asoció a la cocaína (15 mg/kg, IP). En días alternos, las ratas fueron expuestas a la otra fragancia (CS-) junto a inyecciones de solución salina. Se llevaron a cabo un total de 8 sesiones de emparejamiento con cocaína utilizando un diseño ABAB. Los olores utilizados como CS+ y CS- se contrabalancearon entre los animales, al igual que los lados del corredor.

La preferencia se evaluó 48h después de la última administración de cocaína en un test de 30 minutos sin droga, en el que los animales se colocaban en el centro del corredor y se les presentaban simultáneamente en brazos opuestos el CS+ y el CS-. Las sesiones fueron grabadas en vídeo y se registró el tiempo (TS) que pasaban en cada extremo del corredor durante los últimos 20 minutos por un observador ciego. La preferencia se calculó como $[\text{TS en CS+} / (\text{TS en CS+} + \text{TS en CS-})] \times 100$.

Resultados

Mediante un ANOVA de un factor se comparó la preferencia por el CS+, entre el grupo control y el grupo con inactivación, observándose un efecto significativo para el grupo experimental ($F_{1,14} = 9,212, p < 0,01$) sobre el grupo Sham (figura 1).

Sin embargo, como se puede observar en el diagrama de dispersión (figura 2), no todos los sujetos del grupo Sham que recibieron inyecciones de cocaína emparejadas con el CS+ mostraron una puntuación de preferencia más alta que el punto de indiferencia (50 %). Por esta razón se utilizó una puntuación de preferencia de corte arbitrario del 60 % para poder distinguir entre animales «condicionados» ($n = 4$) y «no condicionado» ($n = 4$). Posteriormente se realizaron comparaciones entre el grupo lidocaína, el grupo condicionado y el grupo no condicionado mediante un ANOVA de un factor. Se observó un efecto significativo del grupo experimental ($F_{2,13} = 9,831, p < 0,01$). Pruebas *post-hoc* revelaron que el grupo lidocaína mostró una mayor preferencia por el lado que contiene el CS+ que el grupo condicionado y el no condicionado ($p < 0,01$ en ambos casos) (figura 3).

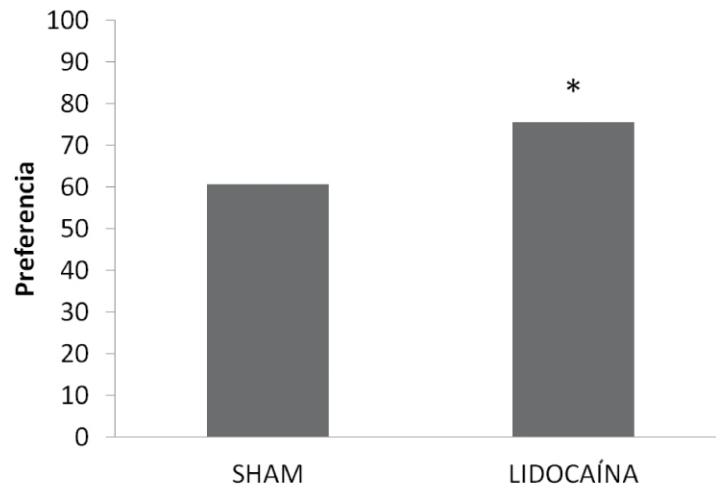


Figura 1. Comparación de la media del porcentaje del día del test entre el grupo Sham y el grupo lidocaína

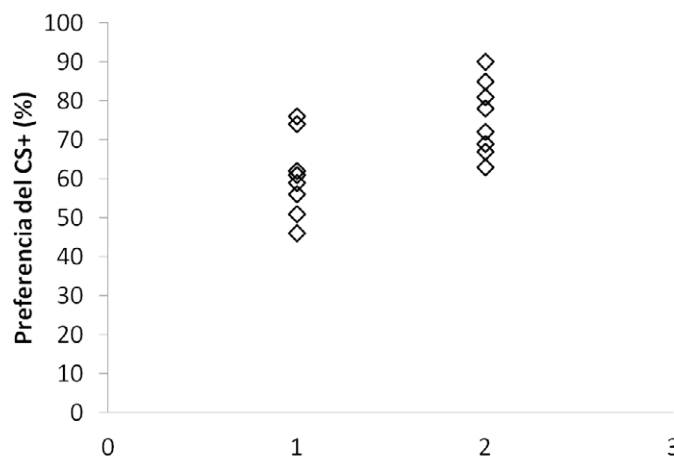


Figura 2. Diagrama de dispersión de la preferencia inducida por un olor asociado a la cocaína en el grupo Sham y el grupo lidocaína

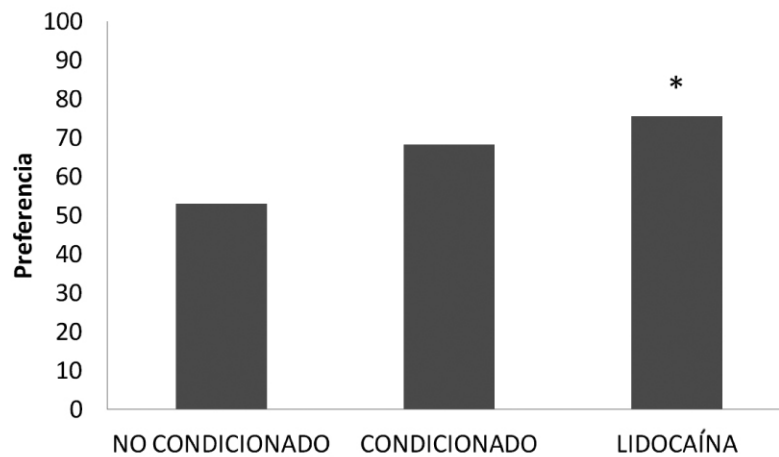


Figura 3. Preferencia del día del test inducida por un olor asociado a la cocaína dividiendo el grupo Sham en no condicionado y condicionado

Discusión y conclusiones

Tras el experimento los resultados obtenidos concuerdan con los ya adquiridos en experimentos anteriores en ratones (Carbo-Gas y cols., 2014), con porcentajes de preferencia por el estímulo que predice la disponibilidad de la cocaína similares en ambas especies. También, como decíamos en la introducción, se observa que la inactivación del CPFm produce una facilitación de la adquisición del condicionamiento inducido por cocaína que llega hasta el 100 % de la muestra. Por tanto, la inactivación aumenta la probabilidad de adquirir la memoria inducida por la droga. Pero, además, la magnitud del condicionamiento parece incrementarse también, dado que el porcentaje de preferencia por el CS+ es superior en el grupo de inactivación que en el grupo Sham condicionado.

Estos resultados, junto a la literatura ya existente, podrían sugerir que el infralímbico toma el control en el bloqueo de las conductas dirigidas a la búsqueda de la droga, y que, por tanto, al bloquear ambas zonas (PL e IL), ésta se ve facilitada. De ser ciertas estas conclusiones, deben ser otras zonas del circuito prefronto-estriatal, probablemente más dorsales, las que actúen como facilitadoras de la conducta condicionada.

En cuanto a las limitaciones que hemos hallado, la no diferenciación de PL e IL a la hora de inactivar el CPFm podría ser un punto clave en la explicación de la preferencia. En diversos artículos se ha observado que el infralímbico es una pieza fundamental en el restablecimiento de la conducta motivada, el hecho de realizar el test 48h después de la última presentación del CS+ emparejado a la cocaína, podríamos estar produciendo una extinción de respuesta de búsqueda de droga.

En posteriores investigaciones deberíamos centrarnos en desactivar ambas zonas por separado (PL e IL) y hacer tanto hincapié en la adquisición de la conducta motivada, como en la extinción de la misma, observando las diferencias de ambas zonas y su influencia en cada uno de los ensayos.

Referencias bibliográficas

- Alexander, G. E., y Crutcher, M. D. (1990). Functional architecture of basal ganglia circuits: neural substrates of parallel processing. *Trends in Neurosciences*, 13, 266-71.
- Ashwell, R., y Ito, R. (2014). Excitotoxic lesions of the infralimbic, but not prelimbic cortex facilitate reversal of appetitive discriminative context conditioning: the role of the infralimbic cortex in context generalization. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 63.
- Ball, K. T., y Slane, M. (2012). Differential involvement of prelimbic and infralimbic medial prefrontal cortex in discrete cue-induced reinstatement of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; ecstasy) seeking in rats. *Psychopharmacology*, 224, 377-85.
- Belin, D., y Everitt, B. J. (2008). Cocaine seeking habits depend upon dopamine-dependent serial connectivity linking the ventral with the dorsal striatum. *Neuron*, 57, 432-41.
- Bossert, J. M., Stern, A. L., Theberge, F. R. M., Cifani, C., Koya, E., Hope, B. T., y Shaham, Y. (2011). Ventral medial prefrontal cortex neuronal ensembles mediate context-induced relapse to heroin. *Nature Neuroscience*, 14, 420-2.
- Carbo-Gas, M., Vázquez-Sanroman, D., Gil-Miravet, I., De las Heras-Chanes, J., Coria-Ávila, G. A., Manzo, J., Miquel, M. (2014). Cerebellar hallmarks of conditioned preference for cocaine. *Physiology and Behavior*, 132, 24-35.
- Chudasama, Y. y Robbins, T. W. (2006). Functions of frontostriatal systems in cognition: comparative neuropsychopharmacological studies in rats, monkeys and humans. *Biological Psychology*, 73, 19-38.
- Euston, D. R., Gruber, A. J., y McNaughton, B. L. (2012). The role of medial prefrontal cortex in memory and decision making. *Neuron*, 76, 1057-70.
- Everitt, B. J., y Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8, 1481-9.
- Groenewegen, H. J., y Uylings, H. B. (2000). The prefrontal cortex and the integration of sensory, limbic and autonomic information. *Progress in Brain Research*, 126, 3-28.
- Hoover, W. B., y Vertes, R. P. (2007). Anatomical analysis of afferent projections to the medial prefrontal cortex in the rat. *Brain Structure and Function*, 212, 149-79.
- Hyman, S. E., Malenka, R. C., y Nestler, E. J. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annual Review of Neuroscience*, 29, 565-98.
- Ishikawa, A., y Nakamura, S. (2003). Convergence and Interaction of Hippocampal and Amygdalar Projections within the Prefrontal Cortex in the Rat. *The Journal of Neuroscience*, 23, 9987-9995.
- Kalivas, P. W., y Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1403-13.
- Mendelson, J. H., y Mello, N. K. (1996). Management of cocaine abuse and dependence. *The New England Journal of Medicine*, 334, 965-72.
- Peters, J., Kalivas, P. W., y Quirk, G. J. (2009). Extinction circuits for fear and addiction overlap in prefrontal cortex. *Learning & Memory*, 16, 279-88.
- Peters, J., LaLumiere, R. T., y Kalivas, P. W. (2008). Infralimbic prefrontal cortex is responsible for inhibiting cocaine seeking in extinguished rats. *The Journal of Neuroscience*, 28, 6046-53.
- Robinson, T. E., y Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research. Brain Research Reviews*, 18, 247-91.
- 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, 3137-46.

- Rocha, A., y Kalivas, P. W. (2010). Role of the prefrontal cortex and nucleus accumbens in reinstating methamphetamine seeking. *The European Journal of Neuroscience*, *31*, 903-9.
- Rogers, J. L., Ghee, S., y See, R. E. (2008). The neural circuitry underlying reinstatement of heroin-seeking behavior in an animal model of relapse. *Neuroscience*, *151*, 579-88.
- Shalev, U., Grimm, J. W., y Shaham, Y. (2002). Neurobiology of relapse to heroin and cocaine seeking: a review. *Pharmacological Reviews*, *54*(1), 1-42.
- Volkow, N. D., Wang, G.-J., Tomasi, D., y Baler, R. D. (2013). Unbalanced neuronal circuits in addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, *23*, 639-48.

La aceptabilidad de un protocolo de tratamiento transdiagnóstico autoaplicado a través de Internet: datos preliminares

ALBERTO GONZÁLEZ ROBLES
vrobles@uji.es

AMANDA DÍAZ GARCÍA
adiazgs8@gmail.com

MARÍA SOL FITTIPALDI MÁRQUEZ
al283815@uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA
botella@uji.es

Resumen

Introducción: En los últimos años ha habido un interés creciente en abordar el tratamiento de los trastornos emocionales (TE) desde una perspectiva transdiagnóstica. Los protocolos transdiagnósticos enfatizan los procesos esenciales subyacentes a los distintos TE, son adecuados para el tratamiento de distintos trastornos psicológicos y permiten un abordaje más adecuado de la comorbilidad entre este tipo de trastornos. Por otra parte, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) puede ayudar a que los tratamientos psicológicos lleguen a un mayor número de personas, contribuyendo de esta manera a mejorar su eficiencia. La mayoría de trabajos sobre protocolos de tratamiento online se centran en el estudio de su eficacia, sin embargo es importante también estudiar la aceptabilidad de este tipo de intervenciones. Nuestro grupo de investigación ha desarrollado un protocolo de tratamiento transdiagnóstico para los TE, y lo ha adaptado para que pueda ser aplicado a través de Internet. En este trabajo se describe este protocolo y se presentan datos preliminares sobre su aceptabilidad. **Metodología:** 12 participantes (edad media = 28,58, d. t. = 5,35) de una muestra clínica con un diagnóstico de TE que recibieron un protocolo de tratamiento transdiagnóstico combinado (terapia presencial + protocolo de tratamiento online). Se obtuvieron datos acerca de las expectativas y opinión de los participantes evaluadas con la escala de expectativas sobre el tratamiento y la escala de opinión sobre el tratamiento. **Resultados:** Las puntuaciones obtenidas fueron elevadas en ambas variables relacionadas con la aceptación (expectativas y opinión). **Discusión:** El estudio de la aceptabilidad por parte de los pacientes hacia estos programas es importante, ya que puede influir en la decisión acerca de iniciar y/o seguir este tipo de tratamientos. Contar con esta información puede ayudarnos

en el desarrollo y mejora de los tratamientos psicológicos autoaplicados a través de Internet.

Palabras clave: trastornos emocionales, transdiagnóstico, tecnologías de la información y la comunicación, Internet, aceptabilidad.

Abstract

Introduction: In recent years there has been great interest in addressing the treatment of ED from a transdiagnostic perspective. Transdiagnostic treatment protocols emphasize the essential underlying processes that are common to ED and are conceived of for the treatment of several mental disorders. Also, comorbidity among these disorders can be more adequately addressed from this perspective. In addition, Information and Communication Technologies (ICTs) can facilitate access by people for whom traditional therapy is not available thereby contributing to an improvement in its cost-effectiveness. Most of the articles about online treatment protocols are efficacy studies, nevertheless it is also important to analyze the acceptability of these types of interventions. Our research group has developed a transdiagnostic treatment protocol for the treatment of ED that has been adapted to be applied online over the Internet. The aim of this article is to describe the treatment protocol and to present data about its acceptability. **Methodology:** 12 participants (mean age = 28.58, d. t. = 5.35) from a clinical sample with a diagnosis of ED which received a blended transdiagnostic protocol treatment (face-to-face therapy plus online treatment protocol). Scores of expectancies and opinion of treatment were assessed with the Expectancies Treatment Scale and the Opinion Treatment Scale. **Results:** High scores in both variables related to acceptability (expectations and opinion of treatment) were obtained. **Discussion:** The study of the acceptability towards this kind of programs is important, since it may influence the participant's decision to initiate and/or follow this kind of treatments. Counting on this information can help us in the development and improvement of Internet-based treatment protocols.

Keywords: emotional disorders, transdiagnostic, information and communication technologies, Internet, acceptance.

Introducción

Los TE se encuentran entre los trastornos mentales más frecuentes, con una prevalencia vital del 29 % y tasas de comorbilidad de entre el 40 y el 80 % (Kessler y cols., 2005; Wittchen y cols., 2011). Estos datos apuntan claramente a la necesidad de disponer de tratamientos eficaces y eficientes que permitan hacer frente a este importante problema de salud.

En los últimos 20 años, se han desarrollado y validado un importante número de tratamientos cognitivo-conductuales basados en la evidencia (Hollon, y Ponniah, 2010; Nathan, y Gorman, 2007; Norton, y Price, 2007; Olatunji, Cisler, y Deacon, 2010). Sin embargo, se trata de protocolos de tratamiento específicos, cada uno de ellos orientado al tratamiento de un determinado trastorno psicológico.

Recientemente, se observa un interés creciente en abordar el tratamiento de los TE desde una perspectiva transdiagnóstica. Esta perspectiva enfatiza los procesos esenciales subyacentes a los distintos TE. Barlow, Allen, y Choate (2004) propusieron el *Modelo de la triple vulnerabilidad* para explicar la existencia de una vulnerabilidad biológica y psicológica, que es común a los distintos TE, y que ayudaría a explicar la comorbilidad entre este tipo de trastornos mentales. Además, este modelo teórico ha servido de base a este mismo grupo para desarrollar el Protocolo Unificado (PU) (Barlow y cols., 2004), un protocolo de tratamiento transdiagnóstico que enfatiza el papel de la regulación emocional en la comprensión y el tratamiento de los TE. Este protocolo, a diferencia de los protocolos específicos, más centrados en abordar los síntomas particulares de cada trastorno mental, permite abordar el tratamiento de los TE poniendo el énfasis en las vulnerabilidades compartidas por estos trastornos. Existen resultados que han mostrado la eficacia de este protocolo en formato de terapia cara a cara (Bullis, Fortune, Farchione, y Barlow, 2014; Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, y Barlow, 2010; Farchione y cols., 2012). Además, estudios de metaanálisis muestran que los protocolos de tratamiento transdiagnósticos producen resultados similares a los protocolos de tratamiento específicos basados en la evidencia (McEvoy, Nathan, y Norton, 2009).

Las TIC, en concreto Internet, han demostrado ser una herramienta prometedora en el tratamiento de distintos problemas mentales y en la diseminación de los tratamientos basados en la evidencia (Andersson, y Cuijpers, 2009; Clark y cols., 2009). Además, distintos metaanálisis han mostrado una mayor eficacia de este tipo de intervenciones frente a distintos grupos control (Andersson, y Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, y Titov, 2010) y también que son, al menos, tan eficaces como los tratamientos tradicionales cara a cara (Cuijpers, van Straten, y Andersson, 2008; Richards, y Richardson, 2012). Ahora bien, la mayoría de los estudios sobre protocolos de tratamientos computerizados (p. ej., tratamientos auto-aplicados a través de Internet) se centran en el estudio de su eficacia y existen pocos estudios centrados en variables relacionadas con la aceptabilidad (p. ej., expectativas y opinión) de este tipo de intervenciones. Sin embargo, el estudio de estas variables es importante, ya que están relacionadas con los resultados terapéuticos (Kaltenthaler y cols., 2008), y su estudio puede ayudar a mejorar la efectividad de estos programas (De Graaf, Huibers, Riper, Gerhards, y Arntz, 2009) y a predecir la respuesta a este tipo de intervenciones (Osgood-Hynes y cols., 1998).

Nuestro grupo de investigación ha desarrollado un protocolo de tratamiento transdiagnóstico basado en el PU de D. H. Barlow (Barlow y cols., 2004), y que incluye componentes de regulación emocional de la terapia dialéctico-comportamental de Marsha Linehan (Linehan, 2003), y lo ha adaptado para que pueda ser administrado a través de Internet. Los objetivos de este trabajo son: 1) describir el protocolo de tratamiento transdiagnóstico online; y 2) presentar datos preliminares sobre la aceptabilidad de este protocolo de tratamiento. En concreto, se presentan datos sobre expectativas y opinión como indicadores de la aceptabilidad.

Método

Intervención

La intervención consiste en un protocolo de tratamiento transdiagnóstico autoaplicado a través de Internet. El protocolo incluye los siguientes componentes terapéuticos (ver tabla 1): aumentar la conciencia emocional centrada en el momento presente y la aceptación de las emociones, facilitar y potenciar la flexibilidad cognitiva, identificar y modificar los patrones desadaptativos de evitación emocional y comportamental, y promover la exposición a las experiencias emocionales (incluyendo exposición interoceptiva y situacional).

El protocolo permite abordar los siguientes TE: trastorno depresivo mayor (TDM), distimia (D), trastorno de pánico (TP), agorafobia (A), trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de ansiedad no especificado (TANE) y trastorno del estado de ánimo no especificado (TEANE).

Cada módulo incluye distintos ejercicios y tareas con el objetivo de aprender y practicar estrategias de regulación emocional adaptativas, todo ello desde una perspectiva transdiagnóstica.

El protocolo incluye, además de los 12 módulos de tratamiento, un módulo inicial de bienvenida que proporciona al usuario información general sobre el protocolo y sus objetivos, así como recomendaciones para obtener el máximo beneficio del programa.

El programa también tiene las siguientes características: a) cada módulo incluye una serie de preguntas de opción múltiple que permite a los participantes evaluar su comprensión del módulo y les ayuda a decidir si necesitan revisar los contenidos; b) el programa permite a los participantes revisar los módulos tantas veces como necesiten; y c) la plataforma ofrece la posibilidad al usuario de monitorizar sus progresos mediante distintas gráficas (p. ej., niveles de ansiedad y depresión antes y después de recibir la intervención, y tras cada módulo de tratamiento).

Tabla 1
Módulos del protocolo de tratamiento

1. Los trastornos emocionales y la regulación emocional	Informar acerca de la importancia de la regulación emocional en los trastornos emocionales.
2. Motivación para el cambio	Analizar las ventajas y desventajas del cambio, enfatizar la importancia de estar motivado y subrayar la importancia de establecer objetivos de vida significativos.
3. Comprendiendo el papel de las emociones	Informar acerca de la naturaleza y función de las emociones. Se explica el modelo de los tres componentes de la emoción.
4. Aceptando las experiencias emocionales	Enseñar al paciente la aceptación de las experiencias emocionales y su importancia en el tratamiento.
5. Practicando la aceptación	Continuar aprendiendo la aceptación de las experiencias emocionales e incrementar la capacidad para darse cuenta de sus sensaciones, pensamientos y emociones.
6. Aprendiendo a flexibilizar	Se centra en las trampas de pensamiento y la flexibilidad cognitiva, su importancia y la forma de potenciarla.
7. Practicando la flexibilidad cognitiva	Enseña a identificar y modificar patrones de pensamiento desadaptativos para incrementar la flexibilidad cognitiva.
8. Evitación de las emociones	Se centra en cómo las estrategias de evitación emocional contribuyen al mantenimiento de los trastornos emocionales.
9. Conductas impulsadas/dirigidas por emociones	Familiarizarse con el concepto <i>conductas impulsadas/dirigidas por emociones</i> (CIDE), aprender a reconocerlas y reemplazarlas por la conducta opuesta a la emoción.

10. Aceptando y afrontando las sensaciones físicas	Aprender a identificar las sensaciones físicas desencadenantes del malestar y a aumentar la tolerancia hacia ellas. Exposición interoceptiva.
11. Atreviéndonos: afrontando las emociones	Aprender a construir jerarquías de exposición para aumentar la tolerancia a las emociones y reducir las conductas de evitación.
12. Prevención de recaídas	Revisar las estrategias aprendidas a lo largo del programa, y enseñar al paciente a identificar y hacer frente a futuras situaciones de riesgo.

Participantes

Los participantes fueron 12 pacientes pertenecientes a una muestra comunitaria de entre 21 y 61 años (edad media = 28,58; d. t. = 5,35) (71,43 % mujeres). El diagnóstico principal de cada participante se obtuvo con la entrevista internacional neuropsiquiátrica MINI (Sheehan y cols., 1998). Dichos diagnósticos se distribuyeron de la siguiente manera: 5 participantes con TAG, 3 participantes con TDM, 1 participante con TAS, 1 participante con TP, 1 participante con A, y 1 participante con D. Los participantes forman parte de un estudio controlado aleatorizado en el que se está estudiando la eficacia de un protocolo de tratamiento transdiagnóstico *blended* (terapia presencial más terapia online) y autoaplicado a través de Internet.

Medidas

Escala de expectativas sobre el tratamiento (EET) y Escala de opinión sobre el tratamiento (EOT) (Borkovec, y Nau, 1972). Son dos escalas de 5 ítems que proporcionan una medida subjetiva de las expectativas/opinión del paciente hacia el tratamiento que va a recibir. El contenido de estos 5 ítems, valorados en una escala de 0 a 10 y con una puntuación máxima de 50, evalúa los siguientes aspectos: lo lógico que les parece el tratamiento, en qué medida satisface al paciente, en qué medida recomendarían el tratamiento a una persona con el mismo problema, en qué medida creen que se podría utilizar para tratar otros problemas psicológicos, y su utilidad para el problema específico del paciente. La EET se aplica antes de comenzar el tratamiento, una vez se ha explicado al paciente en qué va a consistir el mismo (después del módulo de bienvenida y antes de iniciar el tratamiento). Su objetivo es medir la expectativa subjetiva del paciente acerca del tratamiento. La EOT se administra cuando el paciente ha completado el tratamiento y su objetivo es evaluar la satisfacción con el mismo.

Resultados

Los resultados sobre expectativas y opinión del tratamiento se muestran en la tabla 2 y la tabla 3, respectivamente.

Tabla 2
Media y desviación típica para los ítems de la Escala de expectativas sobre el tratamiento

Ítem	Media (d. t.)
1. ¿En qué medida te parece lógico este tratamiento?	8,29 (1,40)
2. ¿En qué medida te satisface el tratamiento que vas a recibir?	8,50 (1,40)
3. ¿En qué medida le recomendarías este tratamiento a un amigo que tuviera tu mismo problema?	8,79 (1,25)
4. ¿En qué medida crees que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?	7,93 (1,14)
5. ¿En qué medida crees que este tratamiento va a resultar útil en tu caso?	8,07 (1,64)

Tabla 3
Media y desviación típica para los ítems de la Escala de opinión sobre el tratamiento

Ítem	Media (d. t.)
1. ¿En qué medida te ha parecido lógico este tratamiento?	8,77 (1,09)
2. ¿En qué medida estás satisfecho con el tratamiento recibido?	8,70 (1,11)
3. ¿En qué medida le recomendarías este tratamiento a un amigo que tuviera tu mismo problema?	9,31 (0,09)
4. ¿En qué medida crees que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?	8,46 (1,61)
5. ¿En qué medida crees que este tratamiento ha resultado útil en tu caso?	8,85 (1,07)

Discusión y conclusiones

Como puede observarse en los resultados, los participantes presentan puntuaciones elevadas en todos los ítems relacionados con expectativas sobre el tratamiento (puntuaciones entre 7,93 y 8,79 sobre 10): lógica del tratamiento, satisfacción con el tratamiento, recomendación del tratamiento a otras personas con problemas similares, utilidad del tratamiento para otros problemas psicológicos y utilidad del tratamiento para su problema específico.

Tras recibir el tratamiento, la satisfacción del programa no es solo elevada, sino que mejora respecto a las expectativas en todos los ítems (puntuaciones entre 8,46 y 9,31 sobre 10). Las puntuaciones obtenidas en cuanto a expectativas y opinión del protocolo de tratamiento sugieren que es bien aceptado por los pacientes y están en línea con las revisiones sistemáticas que indican que los tratamientos cognitivo-comportamentales computerizados cuentan con altos niveles de aceptabilidad, expectativas positivas y alta satisfacción con el tratamiento (Andrews y cols., 2010; Kaltenthaler y cols., 2008).

Las principales limitaciones de este trabajo son el reducido tamaño muestral empleado (de solo 12 participantes) y que se trata de un estudio piloto inicial con ausencia de grupo control. Por lo tanto, antes de sacar conclusiones más concluyentes y poder generalizar estos resultados a la población es necesario estudiar la aceptabilidad con muestras mayores que la utilizada en este estudio.

Aunque los datos preliminares mostrados en este trabajo indican que el programa de tratamiento cuenta con buena aceptación por parte de los participantes, es necesario estudiar las variables relacionadas con la aceptabilidad en estudios controlados aleatorizados. Este programa de tratamiento se está estudiando en este momento mediante un ensayo controlado aleatorizado en nuestro grupo de investigación, por lo que en el futuro dispondremos de datos que nos permitan sacar conclusiones más sólidas acerca de su aceptabilidad.

Por otro lado, aunque las revisiones sistemáticas muestran que los tratamientos cognitivo-conductuales computerizados son bien aceptados en general (p. ej. Andersson y cols., 2010), la terapia computerizada (y en especial los tratamientos autoaplicados a través de Internet) supone un campo de estudio bastante nuevo, por lo que es importante continuar investigando las variables relacionadas con la aceptabilidad, ya que esta información puede ser de gran ayuda en el desarrollo y mejora de este tipo de programas de tratamiento. Por ejemplo, dado que las intervenciones online se realizan mediante TIC, puede ser importante diseñar estrategias de evaluación para estudiar variables que puedan incidir o perturbar la terapia, como la usabilidad del programa de tratamiento, el perfil de los usuarios en función de su experiencia previa con las TIC, o la aceptabilidad del propio sistema.

Por último, la realización de estudios con tratamientos *blended* puede proporcionar información muy valiosa acerca de la aceptabilidad de los protocolos de tratamiento auto-aplicados a través de Internet. Los tratamientos *blended* (combinados) implican la combinación de terapia presencial y terapia online (p. ej., Kooistra y cols., 2014). Recibir ambos formatos de terapia al mismo tiempo proporciona al investigador la oportunidad de evaluar distintos aspectos relacionados con la aceptabilidad que serían más difíciles de estudiar cuando se aplica únicamente uno de estos dos formatos de terapia (p. ej. en qué medida cree el paciente que los contenidos abordados en la terapia presencial quedan adecuadamente reflejados en los módulos del protocolo online o en qué medida cree el paciente que únicamente la utilización del protocolo online podría ayudarle a resolver sus problemas prescindiendo de las sesiones presenciales con el terapeuta).

En conclusión, aunque la importancia del estudio de la eficacia de las intervenciones online está fuera de toda duda, resulta igualmente importante estudiar su aceptabilidad. La terapia online supone una aproximación nueva, con cambios considerables respecto a la terapia tradicional (la ausencia de un terapeuta o la propia autoaplicabilidad de la terapia son ejemplos de ello). Todo ello puede tener una importante repercusión en la forma en que es aceptada este tipo de terapia. Por todo ello, consideramos que la investigación en este sentido debe centrarse en responder preguntas como las siguientes ¿Cómo podemos mejorar los tratamientos psicológicos autoaplicados a través de Internet para aumentar su aceptabilidad entre la población? ¿Qué características (p. ej., de contenido y de usabilidad) debe reunir un protocolo de tratamiento online para resultar exitoso entre los pacientes que lo utilizan? ¿Es la presencia de un terapeuta un requisito fundamental para que una terapia psicológica pueda funcionar? ¿Qué actitudes y creencias tiene la población hacia esta forma de intervenciones online?

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. rev.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Andersson, G., y Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205.

- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., y Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS One*, 5, e13196.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Borkovec, T. D., y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.
- Bullis, J., Fortune, M., Farchione, T., y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1920-1927.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., y Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behavior Research and Therapy*, 47, 910-920.
- Cuijpers, P., van Straten, A., y Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 169-177.
- De Graaf, L. E., Huibers, M. J. H., Riper, H., Gerhards, S. A. H., y Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. *Journal of Affective Disorders*, 116, 227-231.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., y cols. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.
- Hollon, S. D., y Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27, 891-932.
- Kaltenthaler, E., Sutcliffe, P., Parry, G., Beverley, C., Rees, A., y Ferriter, M. (2008) The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 1521-1530.
- 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. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., an Oppen, P., Smit, F.; Lokkerbol, J.; y cols. (2014). Blended vs. face-to-face cognitive behavioural treatment for major depression in specialized mental health care: Study protocol of a randomized controlled cost-effectiveness trial. *BMC Psychiatry*, 14, 290.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., y Norton, J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: a review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 27-40.
- Nathan, P. E., y Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work. 3rd edition*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norton, P. J., Price, E. P. (2007). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.

- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., y Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 557-577.
- Osgood-Hynes, D. J., Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Heneman, S. W., Wenzel, K. y cols. (1998). Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets: an open US-UK study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 358-365.
- Richards, D., y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329-342.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., y cols. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 34-57.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., y cols. (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.

Análisis de la asociación entre sexo y diferencias en pigmentación humana según el genotipo del gen MC1R

BÁRBARA HERNANDO
hf_barbara@hotmail.com

MAIDER IBARROLA-VILLAVA
maideribarrola@gmail.com

MARTA LLORCA-CARDEÑOSA
martallorca2@gmail.com

GLORIA RIBAS
gribasdespuig@gmail.com

CONRADO MARTÍNEZ-CADENAS
ccadenas@uji.es

Resumen

Introducción: La pigmentación cutánea basal y la respuesta al sol por bronceamiento son rasgos hereditarios influidos por varios genes, entre los que el gen *MC1R* es uno de los más importantes. Mutaciones en este gen afectan a los niveles y tipos de melanina dando lugar a patrones alterados de pigmentación. Recientemente, se ha identificado una asociación entre el genotipo del gen *OCA2*, el color de ojos y el sexo, sugiriendo que existe un factor relacionado con el sexo que contribuye a las variaciones en la pigmentación del iris humano. El actual estudio consistió en analizar una posible asociación entre el sexo y diferentes características fenotípicas de pigmentación, teniendo en cuenta el genotipo del gen *MC1R*. **Metodología:** Se recogieron datos fenotípicos de 446 individuos sanos (212 hombres y 234 mujeres) y 706 individuos con melanoma (325 hombres y 379 mujeres). Se secuenció el gen *MC1R* en todas las muestras, clasificando las muestras en *wtMC1R* (*wild-type*) o *mutMC1R* (mutante). Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS v20. **Resultados:** Las mujeres presentan una mayor asociación a fototipos I y II, tanto al analizar el total de individuos como en individuos sanos y con melanoma por separado ($p = 0,008$, $0,014$ y $0,024$, respectivamente). Esta asociación se mantiene en muestras *mutMC1R* ($p = 0,037$), pero no en muestras *wtMC1R* ($p = 0,061$). Las mujeres también presentan menor número de nevos ($p = 0,001$), aunque esta asociación desaparece en individuos control y con genotipo *mutMC1R*. **Conclusión:** Los resultados muestran una asociación entre el sexo y variaciones en la pigmentación, especialmente en lo que se refiere a la respuesta y sensibilidad al sol. Además, esta asociación no parece ser independiente del genotipo de *MC1R*.

Palabras clave: pigmentación, sexo, genética, *MC1R*.

Abstract

Introduction: Basal skin pigmentation and sun-tanning capacity are hereditary traits influenced by several genes, including the *MC1R* gene. Mutations in this gene affect the levels and types of melanin produced, resulting in altered pigmentation patterns. Recently, we have identified an association between *OCA2* genotype, eye color and sex, suggesting that there is a sex-related factor contributing to changes in iris pigmentation. In this study, we analyzed a possible association between sex and different phenotypic pigmentation characteristics, taking into account the *MC1R* genotype. **Methodology:** Phenotypic data of 446 healthy individuals (212 men and 234 women) and 706 patients with melanoma (325 men and 379 women) were collected. The *MC1R* gene was sequenced in all samples, sorting the samples in *wtMC1R* (wild-type) or *mutMC1R* (mutant). For statistical analysis SPSS v20 software was used. **Results:** Women have a greater association with skin phototypes I and II, both when analyzing the total sample set as well as healthy and melanoma individuals separately ($p = 0,008$, $0,014$ and $0,024$, respectively). That association is observed in *mutMC1R* samples ($p = 0,037$) but not in *wtMC1R* samples ($p = 0,061$). Women also present fewer nevi ($p = 0,001$), although this association disappears in controls and in *mutMC1R* samples. **Conclusion:** The results show an association between sex and pigmentation variations, particularly with respect to the response and sensitivity to the sun. Moreover, this association does not appear to be independent of the *MC1R* genotype.

Keywords: pigmentation, sex, genetics, MC1R.

Introducción

Los rasgos de pigmentación humana, incluyendo el color de ojos, piel y pelo, son los rasgos físicos más visibles y diferenciables entre individuos. La variación natural de la coloración de la piel depende de la ubicación geográfica con respecto a la latitud y del origen étnico, sugiriendo que la adaptación genética a la intensidad y duración de la radiación solar juega un papel importante en la evolución histórica de la variación en la pigmentación cutánea (Jablonski y Chaplin, 2000). La radiación solar es más intensa en latitudes próximas al Ecuador, donde se observa una coloración de piel oscura. La pigmentación oscura protege mejor de los efectos dañinos de la radiación ultravioleta (UVR) que la piel clara (Rijken, Bruijnzeel, van Weelden, y Kiekens, 2004). Así pues, la pigmentación cutánea basal y la respuesta al sol por bronceamiento son rasgos hereditarios que responden a una selección natural vía adaptación genética a la radiación solar. Cabe indicar que no se conoce un papel fisiológico para la pigmentación de cabello y color de ojos.

La variación en la pigmentación entre individuos y la sensibilidad a la luz solar son atribuibles a diferencias que afectan al número, tamaño y distribución de los melanosomas producidos, y al tipo de melanina sintetizada, ya que el número de melanocitos normalmente no varía (Liu, Wen, y Kayser, 2013). En piel clara poco pigmentada, los melanosomas tienden a agruparse alrededor del núcleo de los queratinocitos, mientras que en la piel oscura altamente pigmentada los melanosomas se distribuyen uniformemente dentro de las células. La pigmentación humana está principalmente determinada por la cantidad y el tipo de melanina en la epidermis, iris y pelo. Las dos formas más comunes de melanina son la eumelanina, un

polímero insoluble negro-marrón, y la feomelanina, polímero rojo-pardo compuesto de unidades de benzotiazina que en gran medida es responsable del pelo rojo y las pecas (Scherer y Kumar, 2010).

La síntesis del tipo de melanina está influenciada por la exposición al sol, es decir, por la radiación UV; y controlada genéticamente (Barsh, 2003; Simon, Peles, Wakamatsu, y Ito, 2009). Los genes implicados en el control de las cascadas de señalización codifican ligandos, receptores, factores de transcripción, transportadores y muchas otras moléculas (Han y cols., 2008; Sulem y cols., 2007). Variaciones genéticas en los genes implicados en la vía de pigmentación han sido asociadas a características fenotípicas en el color de piel, color de pelo, color de ojos, pecas y sensibilidad a la radiación solar (Sturm, 2009), pero también con el riesgo de diversos tipos de cáncer de piel (Sturm, Teasdale y Box, 2001). Mutaciones en un gen clave de la pigmentación, el receptor de melanocortina 1 (*MC1R*), afectan al riesgo de cáncer de piel vía alteraciones en la pigmentación y también por su influencia en otros procesos (Robinson y cols., 2010). Análisis funcionales muestran que variaciones en *MC1R* limitan la estimulación de la vía de pigmentación debido a una incompleta unión entre el receptor y su ligando (α -MSH), resultando en un descenso de la actividad de la enzima tirosinasa (TYR) y en la síntesis de feomelanina, la cual es responsable del fenotipo de piel clara y pelo rojo (Beaumont y cols., 2005, 2007). *MC1R* también está implicado en la regulación de citoquinas y sus receptores involucrados en la respuesta inmune e inflamatoria a través de la modulación de NK-kB (Eves y cols., 2003).

Recientemente, se ha identificado una asociación entre el genotipo de rs12913832 (en la región *HERC2/OCA2*), el color de ojos y el sexo, sugiriendo que existe un factor relacionado con el sexo que contribuye a las variaciones en la pigmentación (Martinez-Cadenas, Peña-Chilet, Ibarrola-Villava, y Ribas, 2013). En este estudio se observa que dado un particular genotipo *HERC2/OCA2*, los hombres tienden a tener los ojos más claros que el color predicho por su genotipo, mientras que las mujeres tienden a tener los ojos más oscuros que el predicho. Estas observaciones podrían explicar el hecho de que parece haber mayor frecuencia de hombres con ojos azules que mujeres con ojos azules en poblaciones de origen europeo (Sulem y cols., 2007). En concordancia con estos resultados, un estudio de GWAS pone de manifiesto que los hombres tienen la piel no expuesta al sol más clara que las mujeres (Candille y cols., 2012).

Nuestro estudio consistió en analizar una posible asociación entre el sexo y diferentes características fenotípicas de pigmentación (fototipo, lentigos solares, número de nevus, color de piel, ojos y pelo), teniendo en cuenta el genotipo del gen *MC1R* en individuos de una población mediterránea.

Método

Sujetos

Se incluyeron un total de 1152 individuos en el estudio, de los cuales 446 eran individuos sanos (212 hombres y 234 mujeres) y 706 eran individuos con melanoma (325 hombres y 379 mujeres). Todos los participantes en el estudio eran de origen español. Las muestras recogidas fueron utilizadas en un estudio previo, el cual fue aprobado por el Comité Ético del Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA de Valencia. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Recogida de datos fenotípicos

Para recoger la información de los individuos se utilizó un cuestionario estandarizado, en el cual se preguntaba por la edad, el sexo y diferentes características pigmentarias o de respuesta al Sol. Cada característica fenotípica fue agrupada en dos categorías, de la siguiente forma: fototipo I-II o fototipo III-IV, presencia o ausencia de lentigos solares, número de nevus menor o mayor de 25, color de piel no fotoexpuesta clara o marrón/oscura, color de ojos verde/azul/gris o marrón/negro, y color de pelo rojo/rubio o castaño/negro.

Determinación del genotipo

Los ensayos genotípicos consistieron en la secuenciación completa de la región codificante del gen *MC1R*. Para los ensayos genotípicos se utilizó ADN genómico procedente de linfocitos de sangre periférica.

La región codificante del gen *MC1R* fue amplificada por PCR utilizando dos pares de primers superpuestos, tal y como se describió anteriormente (Ibarrola-Villava y cols., 2010). Los productos de la PCR fueron purificados utilizando exonucleasa I y fosfatasa alcalina (Roche Molecular Bioquímicos AQ2, Mannheim, Alemania), antes de llevar a cabo el análisis de secuenciación en un3100 ABI PrismSystem (AppliedBiosystems, Foster City, CA, EEUU). Una vez secuenciadas las muestras, los individuos fueron clasificados en dos grupos: *mutMC1R*, muestras que presentan variantes no-sinónimas; y *wtMC1R*, muestras *wild-type* que no presentan variantes no-sinónimas.

Análisis estadístico

Para determinar la asociación entre las características fenotípicas y el sexo, se llevó a cabo una regresión logística multivariante, con la que se calculó el valor *p* (*p-value*), el *odds ratio* (OR) y el correspondiente intervalo de confianza (IC) de cada característica fenotípica.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de las características fenotípicas asociadas a sexo obtenidas en el análisis anterior, mediante tablas de contingencia 2 por 2 y calculando el X^2 y el *p-value* bilateral. En el análisis se tuvo en cuenta el genotipo de cada individuo para cada uno de los genes incluidos en el estudio. El análisis se realizó tanto con el total de las muestras, como separando por individuos sanos y pacientes de melanoma.

Todos los análisis de asociación se realizaron con el total de los individuos así como separando los participantes en individuos sanos e individuos con melanoma. Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa estadístico informático SPSS v20.

Resultados

Inicialmente, se analizó si varias características fenotípicas estaban asociadas a sexo. La figura 1 recoge los resultados del análisis de asociación entre el sexo y cada una de las características de pigmentación estudiadas (fototipo, lentigos solares, número de nevus, color de piel, ojos y pelo). Los resultados obtenidos del análisis multivariante muestran que existe una asociación del fototipo (OR = [0,468, 0,922], *p* = 0,015) y del número de nevus (OR = [1,104, 2,15], *p* = 0,011) a sexo. El resto de características fenotípicas no presentan una asociación significativa (*p* > 0,05) y fueron descartadas en análisis posteriores.

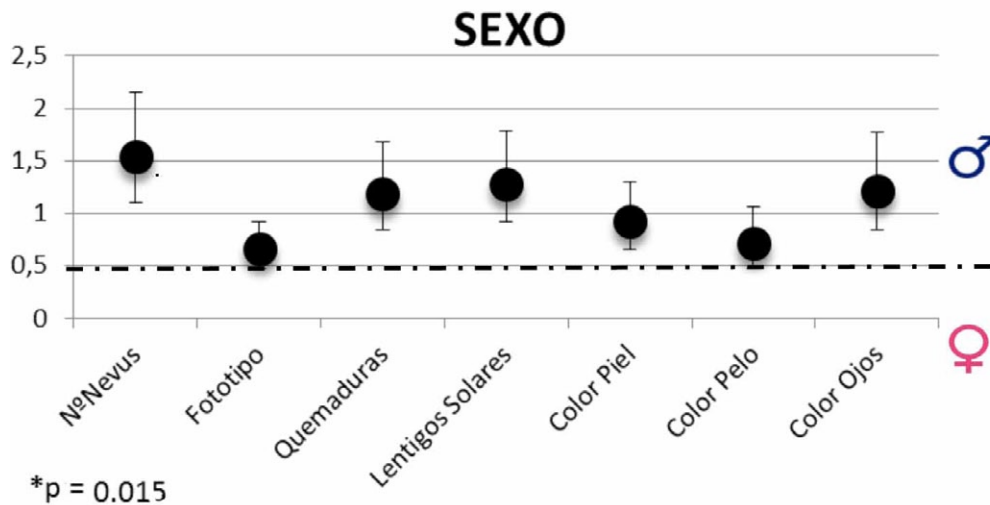


Figura 1. Análisis de asociación entre sexo y características de pigmentación en una población española. Los círculos representan el *odd ratio* (OR) y las barras de error representan el 95 % del intervalo de confianza. Los valores de p representados son aquellos estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Resultados de $OR > 1$ relacionado con sexo masculino

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo únicamente con las características pigmentarias que resultaron significativas en el análisis multivariante (fototipo y número de nevus). Al agrupar las muestras según el sexo, se observa que las mujeres presentan una mayor asociación a fototipos I-II tanto en el total de individuos como en individuos sanos y con melanoma por separado ($p = 0,008$, $0,014$ y $0,024$, respectivamente) (figura 2A, 2B y 2C). Además, las mujeres también presentan menor número de nevus al analizar el total de individuos y con melanoma ($p = 0,001$ y $0,002$, respectivamente), aunque esta asociación desaparece en individuos control ($p = 0,176$) (figura 2D, 2E y 2F).

Finalmente, llevamos a cabo un análisis para determinar si mutaciones en el gen *MC1R* afectaban de la misma forma a los dos sexos y, por lo tanto, las variaciones en pigmentación entre sexos eran independientes al genotipo *MC1R*. La tabla 1 resume el resultado del análisis de asociación entre el sexo y el fototipo, y número de nevus por separado según genotipo *MC1R*. Los resultados parecen indicar que la asociación entre sexo y las diferencias en fototipo y número de nevus no son independientes al genotipo *MC1R*. Las mujeres con genotipo *mut-MC1R* presentan una mayor asociación a fototipos I-II ($p = 0,037$), pero esta asociación no se observa en muestras *wtMC1R* ($p = 0,061$). Cuando el análisis se realizó en individuos controles (sanos) por separado, los resultados también muestran que existe un mayor número de mujeres *mutMC1R* que presentan fototipo I-II ($p = 0,006$), pero no en mujeres *wtMC1R* ($p = 0,688$). En cambio, al analizar las muestras de individuos con melanoma no se observa asociación en ninguno de los casos.

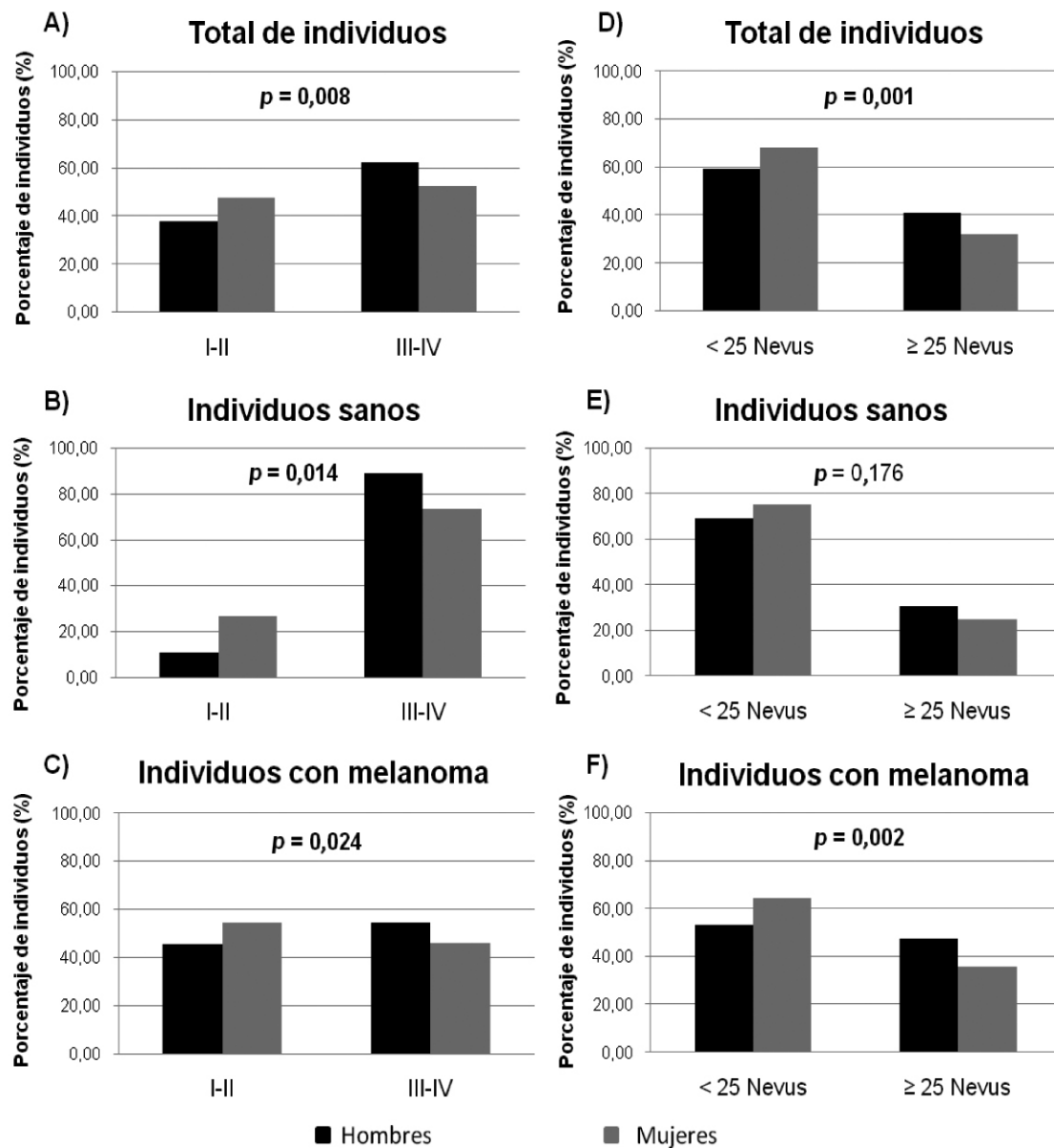


Figura 2. Distribución de características fenotípicas tanto en el total de individuos de la población española como en individuos sanos y con melanoma por separado según el sexo. Los porcentajes fueron calculados teniendo en cuenta el total de individuos de cada sexo. Las barras representan el porcentaje de cada fenotipo (fototipo I-II o III-IV y número de nevus <25 o ≥25) de cada grupo según la leyenda. Se representan en negrita los valores de p estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabla 1
Distribución de características fenotípicas tanto en el total de individuos de la población española como en individuos sanos y con melanoma por separado, y separando por sexo según el genotipo *MC1R*

Muestras	Genotipo	Sexo	Fototipo			Número nevus		
			III-IV	I-II	<i>p</i>	< 25	≥ 25	<i>p</i>
Todos	<i>wtMC1R</i>	Hombre	69,04	30,96	0,061	60,09	39,91	0,000
		Mujer	63,43	36,57		71,96	28,04	
	<i>mutMC1R</i>	Hombre	57,76	42,24	0,037	58,46	41,54	0,723
		Mujer	45,92	54,08		65,64	34,36	
Sanos (CT)	<i>wtMC1R</i>	Hombre	90,00	10,00	0,688	68,96	31,04	0,190
		Mujer	86,84	13,16		77,19	22,81	
	<i>mutMC1R</i>	Hombre	88,37	11,63	0,006	69,52	30,48	0,559
		Mujer	63,26	36,74		73,14	26,86	
Enfermos (MEL)	<i>wtMC1R</i>	Hombre	62,50	37,50	0,242	53,44	46,56	0,029
		Mujer	54,16	45,84		67,20	32,80	
	<i>mutMC1R</i>	Hombre	49,69	50,31	0,117	52,88	47,12	0,040
		Mujer	41,30	58,70		62,40	37,60	

Por otro lado, la asociación entre el sexo femenino y tener menos de 25 nevus es altamente significativa en individuos con genotipo *wtMC1R* ($p = 0,000$), aunque desaparece en individuos con genotipo *mutMC1R* ($p = 0,723$). En muestras con melanoma se observa que las mujeres tienden a tener menos número de nevus que los hombres, independientemente del genotipo *MC1R*. En individuos sanos se confirma la ausencia de asociación entre sexo y número de nevus observada anteriormente sin tener en cuenta el genotipo.

Discusión y conclusiones

El este estudio, hemos recogido información de varias características de pigmentación (fototipo, lentigos solares, número de nevus, color de piel, ojos y pelo, quemaduras) y determinado el genotipo del gen *MC1R* de 1152 individuos de origen español con el objetivo de analizar si existen diferencias en cuanto a la pigmentación y la respuesta al Sol entre sexos, y si estas diferencias son dependientes del genotipo *MC1R*.

Nuestro análisis de asociación entre sexo y variaciones en el fototipo demuestra que existe una diferencia consistente en la capacidad de la piel para asimilar la radiación solar entre los dos sexos en una población española. Según nuestros resultados, los hombres parecen tener rasgos de pigmentación más oscura y mayor capacidad de broncearse (fototipo III-IV) que las mujeres. Estos resultados contradicen otros estudios realizados en cuatro países

Europeos (Candille y cols., 2012) y en una muestra de americanos con origen europeo (Shriver y cols., 2003). Sin embargo, estudios realizados con poblaciones de caribeños y americanos con origen africano han mostrado que en esas poblaciones los hombres tienen la pigmentación de la piel más oscura que las mujeres (Bonilla y cols., 2005; Shriver y cols., 2003). Además, nuestros resultados son consistentes con estudios antropológicos anteriores que indican que las mujeres están más ligeramente pigmentadas que los hombres en la mayoría de las poblaciones (Jablonski y Chaplin, 2000). Las diferencias en las características de pigmentación y respuesta al Sol parecen ser consecuencia de razones socio-culturales, como por ejemplo, que históricamente los hombres han pasado más tiempo al aire libre; razones fisiológicas, como que los hombres tienen la piel más gruesa y mayor número de vasos sanguíneos; y factores hormonales, ya que los estrógenos estimulan la pigmentación (incrementan los niveles en el embarazo provocando hiperpigmentación), mientras que los andrógenos tienen un efecto inhibitorio en los melanocitos (Paes, Teepen, Koop, y Kon, 2009; Sandby-Møller, Poulsen, y Wulf, 2003; Yamaguchi y Hearing, 2009). Hasta el momento no se ha determinado una causa genética que explique estas divergencias en cuanto al color de piel entre sexos. Sin embargo, parece interesante observar que las mutaciones en el gen *MC1R* afectan a un sexo más que al otro siguiendo el mismo sentido, es decir, estas mutaciones resultan en unos rasgos de pigmentación más claros en mujeres que en hombres (tabla 1). *MC1R* es el receptor de α -MSH, hormona producida en la glándula pituitaria que depende del nivel de estrógenos.

Un nevus es una proliferación de células pigmentarias que está asociado al riesgo de melanoma, ya que parece ser que algunos melanomas surgen en nevus preexistentes. Un alto número de nevus está asociado con altos niveles de exposición al Sol, aunque no se sabe si la influencia de este efecto ambiental solo afecta a individuos genéticamente susceptibles (Bataille, Snieder, MacGregor, Sasieni, y Spector, 2000). Nuestros resultados muestran que las mujeres tienden a tener menos nevus que los hombres. Estos resultados no son congruentes con los obtenidos al analizar el fototipo, ya que en este caso las mujeres presentan mayor asociación con la característica de menor riesgo (pocos nevus). Esto puede ser consecuencia de que la recogida de muestras se realizó vía cuestionario preguntándole a cada persona la categoría de cada característica que pensaba que tenía y, por lo tanto, soportando un error debido a diferencias en las percepciones individuales. Resaltar el hecho de que las diferencias en cuanto al número de nevus entre sexos no se observen en el grupo control es consistente con la relación entre esta característica fenotípica y la susceptibilidad a melanoma. No se conoce una asociación directa entre el número de nevus y mutaciones en el gen *MC1R*, pero sí entre ambas y el riesgo de melanoma por separado (Chang y cols., 2009).

En conclusión, nuestros resultados muestran que existe una asociación entre el sexo y rasgos de pigmentación, especialmente en características de respuesta y sensibilidad al Sol como son el fototipo y el número de nevus. Además, esta asociación no parece ser independiente del genotipo del gen *MC1R*, indicando que las diferencias entre sexos en cuanto a pigmentación parece que dependen de la variabilidad en los genes de pigmentación.

Referencias bibliográficas

- Barsh, G. S. (2003). What Controls Variation in Human Skin Color? *PLoS Biol*, 1, e27. <http://doi.org/10.1371/journal.pbio.0000027>.
- Bataille, V., Snieder, H., MacGregor, A. J., Sasieni, P., y Spector, T. D. (2000). Genetics of risk factors for melanoma: an adult twin study of nevi and freckles. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 457-463. <http://doi.org/10.1093/jnci/92.6.457>.

- Beaumont, K. A., Newton, R. A., Smit, D. J., Leonard, J. H., Stow, J. L., y Sturm, R. A. (2005). Altered cell surface expression of human MC1R variant receptor alleles associated with red hair and skin cancer risk. *Human Molecular Genetics*, *14*, 2145-2154. <http://doi.org/10.1093/hmg/ddi219>.
- Beaumont, K. A., Shekar, S. N., Shekar, S. L., Newton, R. A., James, M. R., Stow, J. L., ... Sturm, R. A. (2007). Receptor function, dominant negative activity and phenotype correlations for MC1R variant alleles. *Human Molecular Genetics*, *16*, 2249-2260. <http://doi.org/10.1093/hmg/ddm177>.
- Bonilla, C., Boxill, L.-A., Donald, S. A. M., Williams, T., Sylvester, N., Parra, E. J., ... Kittles, R. A. (2005). The 8818G allele of the agouti signaling protein (ASIP) gene is ancestral and is associated with darker skin color in African Americans. *Human Genetics*, *116*, 402-406. <http://doi.org/10.1007/s00439-004-1251-2>.
- Candille, S. I., Absher, D. M., Beleza, S., Bauchet, M., McEvoy, B., Garrison, N. A., ... Shriver, M. D. (2012). Genome-wide association studies of quantitatively measured skin, hair, and eye pigmentation in four European populations. *PLoS One*, *7*, e48294. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0048294>.
- Chang, Y., Newton-Bishop, J. A., Bishop, D. T., Armstrong, B. K., Bataille, V., Bergman, W., ... Barrett, J. H. (2009). A pooled analysis of melanocytic naevus phenotype and the risk of cutaneous melanoma at different latitudes. *International Journal of Cancer. Journal International Du Cancer*, *124*, 420-428. <http://doi.org/10.1002/ijc.23869>.
- Eves, P., Haycock, J., Layton, C., Wagner, M., Kemp, H., Szabo, M., ... Mac Neil, S. (2003). Anti-inflammatory and anti-invasive effects of α -melanocyte-stimulating hormone in human melanoma cells. *British Journal of Cancer*, *89*, 2004-2015. <http://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601349>.
- Han, J., Kraft, P., Nan, H., Guo, Q., Chen, C., Qureshi, A., ... Hunter, D. J. (2008). A genome-wide association study identifies novel alleles associated with hair color and skin pigmentation. *PLoS Genetics*, *4*, e1000074. <http://doi.org/10.1371/journal.pgen.1000074>.
- Ibarrola-Villava, M., Fernández, L. P., Pita, G., Bravo, J., Floristan, U., Sendagorta, E., ... Ribas, G. (2010). Genetic analysis of three important genes in pigmentation and melanoma susceptibility: CDKN2A, MC1R and HERC2/OCA2. *Experimental Dermatology*, *19*, 836-844. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2010.01115.x>.
- Jablonski, N. G., y Chaplin, G. (2000). The evolution of human skin coloration. *Journal of Human Evolution*, *39*(1), 57-106. <http://doi.org/10.1006/jhev.2000.0403>.
- Liu, F., Wen, B., y Kayser, M. (2013). Colorful DNA polymorphisms in humans. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, *24*, 562-575. <http://doi.org/10.1016/j.semcd.2013.03.013>.
- Martínez-Cadenas, C., Peña-Chilet, M., Ibarrola-Villava, M., y Ribas, G. (2013). Gender is a major factor explaining discrepancies in eye colour prediction based on HERC2/OCA2 genotype and the IrisPlex model. *Forensic Science International. Genetics*, *7*, 453-460. <http://doi.org/10.1016/j.fsigen.2013.03.007>.
- Paes, E. C., Teepen, H. J. L. J. M., Koop, W. A., y Kon, M. (2009). Perioral wrinkles: Histologic differences between men and women. *Aesthetic Surgery Journal*, *29*, 467-472. <http://doi.org/10.1016/j.asj.2009.08.018>.
- Rijken, F., Bruijnzeel, P. L. B., van Weelden, H., y Kiekens, R. C. M. (2004). Responses of black and white skin to solar-simulating radiation: differences in DNA photodamage, infiltrating neutrophils, proteolytic enzymes induced, keratinocyte activation, and IL-10 expression. *The Journal of Investigative Dermatology*, *122*, 1448-1455. <http://doi.org/10.1111/j.0022-202X.2004.22609.x>.
- Robinson, S., Dixon, S., August, S., Diffey, B., Wakamatsu, K., Ito, S., ... Healy, E. (2010). Protection against UVR involves MC1R-mediated non-pigmentary and pigmentary mecha-

- nisms in vivo. *The Journal of Investigative Dermatology*, 130, 1904-1913. <http://doi.org/10.1038/jid.2010.48>.
- Sandby-Møller, J., Poulsen, T., y Wulf, H. C. (2003). Epidermal thickness at different body sites: relationship to age, gender, pigmentation, blood content, skin type and smoking habits. *Acta Dermato-Venereologica*, 83, 410-413. <http://doi.org/10.1080/00015550310015419>.
- Scherer, D., y Kumar, R. (2010). Genetics of pigmentation in skin cancer--a review. *Mutation Research*, 705, 141-153. <http://doi.org/10.1016/j.mrrev.2010.06.002>.
- Shriver, M. D., Parra, E. J., Dios, S., Bonilla, C., Norton, H., Jovel, C., ... Kittles, R. A. (2003). Skin pigmentation, biogeographical ancestry and admixture mapping. *Human Genetics*, 112, 387-399. <http://doi.org/10.1007/s00439-002-0896-y>.
- Simon, J. D., Peles, D., Wakamatsu, K., y Ito, S. (2009). Current challenges in understanding melanogenesis: bridging chemistry, biological control, morphology, and function. *Pigment Cell and Melanoma Research*, 22, 563-579. <http://doi.org/10.1111/j.1755-148X.2009.00610.x>.
- Sturm, R. A. (2009). Molecular genetics of human pigmentation diversity. *Human Molecular Genetics*, 18(R1), R9-R17. <http://doi.org/10.1093/hmg/ddp003>.
- Sturm, R. A., Teasdale, R. D., y Box, N. F. (2001). Human pigmentation genes: identification, structure and consequences of polymorphic variation. *Gene*, 277, 49-62.
- Sulem, P., Gudbjartsson, D. F., Stacey, S. N., Helgason, A., Rafnar, T., Magnusson, K. P., ... Stefansson, K. (2007). Genetic determinants of hair, eye and skin pigmentation in Europeans. *Nature Genetics*, 39, 1443-1452. <http://doi.org/10.1038/ng.2007.13>.
- Yamaguchi, Y., y Hearing, V. J. (2009). Physiological factors that regulate skin pigmentation. *BioFactors (Oxford, England)*, 35, 193-199. <http://doi.org/10.1002/biof.29>.

Emoción expresada y carga del cuidador en los trastornos de personalidad del grupo B

IRENE JAÉN PARRILLA
al119335@uji.es

AUSIÀS CEBOLLA MARTÍ
acebolla@uji.es

Resumen

Introducción: La familia en los trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales graves ha sido ampliamente estudiada en la literatura científica. De acuerdo con el modelo biosocial de Linehan, el ambiente invalidante y la expresión emocional en la familia son factores clave en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la personalidad. Además, la carga a la que se someten los familiares de estos pacientes puede llevar a generar este ambiente invalidante. **Objetivo:** El presente estudio pretende describir el ambiente familiar mediante la emoción expresada y carga familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad del grupo B. **Método:** Se utilizó una muestra compuesta por 27 cuidadores de pacientes diagnosticados de un trastorno de personalidad del grupo B y 19 pacientes. Los cuidadores completaron el Cuestionario de repercusión familiar y la escala de emociones expresadas y los pacientes completaron la Escala de emociones expresadas – versión paciente. **Resultados:** Los resultados mostraron niveles altos en los factores «actitud hacia la enfermedad» y «tolerancia o afrontamiento de la enfermedad» tanto en cuidadores como en pacientes. Los pacientes también mostraron niveles altos de Emoción Expresada en el factor Intrusismo. Se encontraron también relaciones y diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y cuidadores en relación al nivel de emoción expresada percibido. Además, los cuidadores se mostraban más tolerantes o afrontaban mejor la enfermedad cuando los pacientes tenían mayor edad. En relación a la carga del cuidador, se observó que estaba relacionada con los factores «hostilidad» e «intrusismo». **Conclusiones:** Estos resultados sugieren que tanto cuidadores como pacientes perciben niveles altos en ciertos estilos de emoción expresada y que este hecho puede estar influyendo en la carga del cuidador y en la evolución del trastorno de los pacientes.

Palabras clave: emoción expresada, carga del cuidador, trastornos de personalidad, invalidación emocional.

Abstract

Background: The families of patients with personality disorders and other severe mental disorders have been extensively studied in the scientific literature. According to Linehan's biosocial model, environmental invalidation and emotional expression in families are key factors in the development and maintenance of personality disorders. Moreover, burden commonly reported in family caregivers of these patients may lead to the environmental invalidation. **Aim:** The present study aims to describe the family environment of a group of patients with personality disorders of cluster B through self-reported measures of expressed emotion and family burden. **Method:** The sample was composed of 27 caregivers of patients with personality disorder of cluster B and 19 patients. The caregivers completed the Involvement Evaluation Questionnaire and the Level of Expressed Emotion Scale for Relatives, and the patients completed the Level of Expressed Emotion Scale for patients. **Results:** Results showed high levels of Attitude toward illness and tolerance or coping with illness factors in both caregivers and patients. Patients reported high levels in Intrusiveness factor too. It found statistically significant correlations and differences in patients and caregivers regarding the perceived level of expressed emotion. In addition, caregivers were more tolerant and faced better the disease when the patients were older. Lastly, caregiver burden was related to Hostility and Intrusiveness factors. **Conclusions:** These results suggest that both caregivers and patients perceive high levels in certain styles of expressed emotion, which may be influencing the caregiver burden and the disease course of the patients.

Keywords: expressed emotion, family burden, personality disorders, emotional invalidation.

Introducción

Los trastornos de personalidad se caracterizan por ser patrones de funcionamiento desadaptativos que persisten a lo largo del tiempo y que se dan en todas las áreas de la vida del individuo. Tienen su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta y conllevan malestar para la persona que lo sufre. Dentro de los trastornos de personalidad podemos diferenciar tres grupos dependiendo de sus características centrales. Los sujetos con trastornos pertenecientes al grupo A suelen parecer raros o excéntricos. Los trastornos del grupo B se caracterizan por ser dramáticos, emocionales e inestables. Por último, las personas con un trastorno de personalidad del grupo C se caracterizan por ser ansiosos o temerosos. Centrándonos en el grupo B, este incluye cuatro trastornos: narcisista, histriónico, antisocial y límite. El más estudiado ha sido el trastorno límite de la personalidad, al que el APA (2013) describe como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

De acuerdo con la teoría biosocial de Linehan (1993), este trastorno se debe fundamentalmente a la desregulación de las emociones y al uso de estrategias poco adaptativas para regularlas. La desregulación emocional tiene su origen en dos aspectos: por un lado, en la vulnerabilidad emocional debida a una predisposición genética de la persona a la inestabilidad afectiva; y, por otro lado, en el ambiente invalidante al que la persona ha sido sometida en la infancia. El

ambiente invalidante se refiere a una atmósfera de invalidación emocional nociva para el niño en la que se tiende a responder de una forma exagerada, se invalida la experiencia privada del niño y se promueve el control de la expresividad emocional.

Linehan (1993) refiere que el ambiente invalidante es un concepto muy similar al de emoción expresada. La emoción expresada es un constructo que se desarrolló para describir aspectos de la relación interpersonal entre pacientes con problemas psiquiátricos y su entorno familiar. Evaluar el nivel de emoción expresada aporta información sobre los diferentes estilos de comunicación y relación entre el paciente y el cuidador. Estos estilos pueden estar caracterizados por el criticismo, la hostilidad, la sobreimplicación emocional y la calidez, aunque este último no se utiliza para medir el nivel de emoción expresada. Aunque este concepto surgió tras las investigaciones sobre recaídas en pacientes con esquizofrenia, se ha estudiado también ampliamente en pacientes con otros diagnósticos, como los trastornos de la conducta alimentaria o el trastorno límite de la personalidad (e.g., Butzlaff y Hooley, 1998; Hooley y Hoffman, 1999).

Hooley y Hoffman (1999) mostraron en un estudio con pacientes diagnosticados de Trastorno límite de personalidad que el criticismo y hostilidad no estaban relacionados con sufrir recaídas como se encuentra en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, encontraron que los pacientes que percibían un clima familiar de sobreimplicación emocional sufrían menos recaídas. Estos resultados sugieren que la sobreimplicación emocional puede actuar como una experiencia validante. Es decir, puesto que el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por tener sentimientos de abandono, para los pacientes que las familias se impliquen de forma excesiva mostrando más atención e interés a sus necesidades y su sufrimiento puede que sea algo positivo y no lo consideren un comportamiento intrusivo (Hooley y Gotlib, 2000).

Además de ver cómo afecta la emoción expresada en los pacientes, se han llevado a cabo investigaciones con el fin de explorar cómo afecta la emoción expresada en el ambiente familiar. Concretamente, cómo afecta al bienestar psicológico y a la carga psicosocial de los cuidadores. Un estudio reciente ha obtenido resultados reveladores respecto a la emoción expresada y la carga del cuidador. En primer lugar, se mostró que los cuidadores de pacientes con trastorno límite de la personalidad mostraban más carga familiar que los cuidadores de pacientes con otro trastorno mental. En segundo lugar, los resultados de este estudio mostraron alto criticismo y sobreimplicación emocional en el ambiente familiar, obteniéndose mayores puntuaciones en los casos en los que los pacientes eran más jóvenes. En tercer lugar, los niveles altos de criticismo estaban relacionados con cuidadores más jóvenes y con los que más tiempo llevaban a cargo del paciente. Y, por último, estos autores mostraron que los cuidadores con niveles mayores de sobreimplicación emocional y criticismo se asociaban con mayor carga y menor salud mental (Bailey, Brin, y Grenyer, 2014).

Un estudio realizado con cuidadores de pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria mostró que un alto nivel de emoción expresada estaba relacionado con mayor malestar psicológico en los cuidadores (Sepúlveda, Anastasiadou, Del Río y Graell, 2012). En la misma línea, otro estudio más reciente realizado por Brígida Pérez-Pareja y cols. (2014) encontró que el malestar psicológico de los cuidadores correlacionaba positivamente con las puntuaciones obtenidas en los factores «hostilidad» y «tolerancia de la escala del nivel de emociones expresadas» (LEE-S). Además, estos autores mostraron que el grado de ansiedad que manifestaban correlacionaba positivamente con sus niveles de tolerancia o afrontamiento de la enfermedad.

A raíz los estudios que demuestran los altos porcentajes de recaídas en pacientes cuyas familias poseen altos niveles de emoción expresada y la relación de esta variable con el malestar psicológico y la carga que sienten los cuidadores, nace un especial interés en las intervenciones psicoeducativas en familiares de pacientes con trastornos mentales. Algunos

autores sostienen que la intervención psicoeducativa favorece el pronóstico de la enfermedad (Gunderson, 2002). Sin embargo, Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti y Bruce (2003) encontraron que los familiares que tenían más conocimiento acerca del trastorno límite de personalidad tendían a ser más depresivos, mostraban más estrés psicológico, sentían más carga y expresan actitudes más hostiles hacia el paciente. La explicación que estos autores le dieron a los resultados obtenidos fue que podía deberse a la calidad de la información y a la manera en la que esta se ofrecía.

La importancia de las intervenciones psicoeducativas en las familias o cuidadores de pacientes con trastornos mentales y la influencia la emoción expresada y la carga del cuidador en las recaídas, hacen necesarios estudios que nos permitan conocer mejor todas estas variables. Es por este motivo por el que vemos la necesidad de realizar un estudio descriptivo sobre la emoción expresada y la carga del cuidador en pacientes con trastorno de personalidad de grupo B, que nos permita también observar las relaciones entre estas variables, así como las relaciones y las diferencias entre la percepción de invalidación emocional en cuidadores y pacientes.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 46 participantes, 27 de ellos cuidadores de pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad del grupo B y 19 pacientes. Los cuidadores eran 18 mujeres y 9 hombres, y los pacientes eran 17 mujeres y 2 hombres. La edad de los cuidadores estaba comprendida entre 34 y 70 años ($x = 52,69$; $SD = 9,46$) y la de los pacientes entre 14 y 38 años ($x = 24,33$; $SD = 7,20$). En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de los cuidadores y pacientes que formaron parte del estudio.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los pacientes y cuidadores

	Variables	N	%	
Género	Pacientes	Hombres	2	10,53
		Mujeres	17	89,47
	Cuidadores	Hombres	9	33,33
		Mujeres	18	66,66
Tipo de relación	Madre	16	59,26	
	Padre	8	29,63	
	Hermano/a	1	3,70	
	Pareja	1	3,70	
	Hijo/a	1	3,70	
¿Convives con el paciente?	Sí	24	92,31	
	No	2	7,69	

Procedimiento

Los participantes eran cuidadores que participaron en sesiones de psicoeducación en una unidad de tratamiento de los trastornos de la personalidad (Previ). Los cuestionarios se administraron antes del inicio del curso de psicoeducación. También se evaluó a los pacientes a su cargo que estaban recibiendo tratamiento en la unidad. Todos los participantes fueron informados de la investigación y consintieron el uso de los datos.

Instrumentos

La *escala del nivel de emoción expresada* (LEE-S; *Level of Expressed Emotion Scale*; Sepúlveda y cols., 2012; Cole y Kazarian, 1988). Se trata de un autoinforme de 60 ítems dicotómicos para los que se debe contestar «verdadero» o «falso». Se utiliza para evaluar el clima emocional negativo en el hogar a través de cuatro tipos de percepciones de los cuidadores: actitud hacia la enfermedad (14 ítems), intrusismo (8 ítems), hostilidad (14 ítems) y tolerancia o afrontamiento de la enfermedad (9 ítems). Los familiares que obtengan puntuaciones por encima de la mediana presentan niveles altos de emoción expresada. La validación española realizada por Sepúlveda con pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria demostró que la escala tiene buenas propiedades psicométricas cuando se administra a los parientes, obteniéndose un α de Cronbach de 0,86.

La *escala del nivel de emoción expresada* – versión paciente (LEE-S-versión paciente). Se realizó una adaptación de la escala para familiares para administrarla a los pacientes y conocer también la percepción de estos en cuanto al nivel de emoción expresada en sus hogares.

El *Cuestionario de evaluación de la repercusión familiar* (IEQ; González y cols., 2012; Schene y Wijngaarden, 1992). Este cuestionario auto-administrado evalúa la carga psicosocial del cuidador. Contiene 27 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos. De esta medida se han podido extraer cuatro factores: tensión en la relación entre paciente y cuidador (9 ítems), supervisión al paciente (6 ítems), preocupación sobre la seguridad del paciente (6 ítems) y estimulación al paciente para que realice actividades (8 ítems). Puntuaciones altas en este cuestionario indican niveles altos de carga psicosocial. Aunque surgió para evaluar esta carga psicosocial en familiares de pacientes con trastornos psicóticos como la esquizofrenia se ha validado también en trastornos afectivos y trastornos de la conducta alimentaria. En la validación española realizada por Nerea González y cols. realizada con cuidadores de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, se obtuvo un α de Cronbach de 0,7.

Análisis estadístico de los datos

Para realizar un estudio descriptivo de los datos y observar las relaciones existentes entre emoción expresada y carga del cuidador se realizaron análisis estadísticos pertinentes mediante el programa SPSS (V.19.0.).

Primero, se realizó un análisis de los valores perdidos para resolver el problema de los ítems no contestados y favorecer así la precisión en los resultados que se obtuvieran en este estudio. Seguidamente, se realizó un análisis descriptivo de las variables pertenecientes a las escalas utilizadas en el estudio.

Se aplicó la correlación de Pearson para observar tres tipos de relaciones. La primera, para comprobar si existían relaciones entre las puntuaciones obtenidas en la LEE-S y las dis-

tintas variables sociodemográficas obtenidas. La segunda, para observar las posibles relaciones entre las puntuaciones obtenidas en la LEE-S y en la LEE-S versión paciente. Por último, también se utilizó para conocer las relaciones entre las puntuaciones obtenidas en la LEE-S y en el IEQ.

Además, con el fin de hallar las diferencias entre las escalas de nivel de emociones expresadas (versión paciente y versión cuidador) se realizó una ANOVA de medidas repetidas.

Resultados

Se calcularon los estadísticos descriptivos para las dos escalas LEE-S (versión cuidador y versión paciente) y para el IEQ. En la LEE-S obtener puntuaciones altas significa mayor nivel de emoción expresada, considerándose un nivel de emoción expresada alto puntuaciones por encima de la mediana. En el IEQ puntuaciones altas también indican mayor carga del cuidador. Como se puede observar en la tabla 2, las puntuaciones totales en LEE fueron bajas tanto en la escala administrada a cuidadores como en la administrada a los pacientes. Sin embargo, en el análisis realizado para los diferentes factores se encontraron valores altos. Concretamente, los familiares puntuaron alto en los factores «actitud hacia la enfermedad» y «tolerancia o afrontamiento de la enfermedad» y los pacientes en «actitud hacia la enfermedad», «intrusismo» y «tolerancia o afrontamiento de la enfermedad».

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el IEQ, se encontraron puntuaciones altas en los factores «preocupación» y «estimulación», con resultados por encima de la mediana.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la Escala del nivel de emociones expresadas (LEE-S), la Escala del nivel de emociones expresadas-versión paciente (LEE-S-versión paciente) y el Cuestionario de evaluación de la repercusión familiar (IEQ)

Medida	N	Media	d. t.	Mínimo	Máximo
Puntuaciones obtenidas en la LEE-S					
LEE-S actitud hacia la enfermedad	27	9,88	1,47	5,45	12
LEE-S intrusismo	27	3,12	1,45	0,00	6
LEE-S hostilidad	27	2,83	3,88	-0,90	12
LEE-S tolerancia/afrontamiento	27	5,36	1,95	1	8,14
LEE-S Total	27	21,20	4,64	8,55	31
Puntuaciones obtenidas en la LEE-S-VP ¹					
LEE-S-VP actitud hacia la enfermedad	17	7,41	2,68	2	11
LEE-S-VP intrusismo	17	4,47	1,32	2	6
LEE-S-VP hostilidad					
LEE-S-VP tolerancia/afrontamiento	15	6,10	4,65	0	14
LEE-S-VP total	17	3,95	1,92	1,16	7
	15	21,74	3,43	17	28,43

Medida	N	Media	d. t.	Mínimo	Máximo
Puntuaciones obtenidas en el IEQ					
IEQ tensión	27	15,88	3,91	11	25
IEQ supervisión	26	10,57	5,08	6	21
IEQ preocupación	27	17,59	6,45	8	30
IEQ estimulación	27	16,77	7,45	9	38
IEQ total	26	60,03	20,05	38	108

¹LEE-S-VP: Escala del nivel de emoción expresada-versión paciente

En cuanto a la relación entre emoción expresada y los factores sociodemográficos, no se observaron correlaciones significativas entre emoción expresada y la convivencia en los últimos tres meses. Sin embargo, se encontraron relaciones positivas significativas entre las horas compartidas con el paciente, en un día laboral, y los factores «hostilidad percibida por el cuidador» ($r = 0,47$; $p < 0,05$) e «intrusismo percibido por el paciente» ($r = 0,49$; $p < 0,05$). Además, esta variable también correlacionaba significativamente con la puntuación total del LEE-S-versión paciente ($r = 0,63$; $p < 0,01$). También se encontraron correlaciones significativas negativas entre la edad del paciente y el factor «tolerancia hacia la enfermedad» tanto en la escala administrada a cuidadores ($r = -0,47$; $p < 0,05$) como en la administrada a pacientes ($r = -0,48$; $p < 0,05$).

Con la finalidad de observar si existen relaciones entre la emoción expresada que perciben los pacientes y la emoción expresada que perciben los cuidadores se llevó a cabo un análisis correlacional bivariado de Pearson (véase tabla 3). Se encontró una correlación positiva significativa ($r = 0,52$; $p < 0,01$) entre la percepción de los pacientes sobre la actitud hacia la enfermedad y la percepción de los cuidadores. Por otro lado, se encontró una correlación negativa significativa entre la puntuación obtenida por los pacientes en el factor «actitud hacia la enfermedad» y «tolerancia o afrontamiento de la enfermedad» ($r = -0,45$; $p < 0,05$) que perciben los padres. También se encontró que las puntuaciones en el factor «hostilidad» correlacionaban significativamente de forma positiva ($r = 0,55$; $p < 0,01$). En cuanto a la puntuación total de la LEE-S, los resultados obtenidos mostraron una correlación positiva significativa entre las puntuaciones de los pacientes en el factor «hostilidad» y la puntuación total en cuidadores ($r = 0,50$; $p < 0,05$). También se encontró una correlación positiva significativa entre las puntuaciones totales en las dos escalas ($r = 0,60$; $p < 0,01$).

Tabla 3
Correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en las escalas del nivel de emociones expresadas (versión cuidador y versión paciente)

	1	2	3	4	5
Actitud hacia la enfermedad ^a	0,52**	0,09	-0,33	0,10	0,04
Intrusismo ^a	-0,07	0,25	0,29	-0,14	0,33
Hostilidad ^a	-0,30	0,37	0,55**	-0,17	0,50*
Tolerancia/afrontamiento ^a	-0,45*	-0,36	-0,37	0,27	-0,12
Total ^a	-0,03	0,33	0,40	-0,08	0,60**

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; Nota: 1: Actitud hacia la enfermedad en la LEE-S-versión paciente; 2: Intrusismo en la LEE-S-versión paciente; 3: Hostilidad en la LEE-S-versión paciente; 4: Tolerancia o afrontamiento de la enfermedad en la LEE-S-versión paciente; 5: Puntuación total en la LEE-S-versión paciente; ^a Versión cuidador.

Puesto que también se pretendía estudiar las diferencias entre la emoción expresada percibida por cuidadores y de pacientes, se realizó una ANOVA de medidas repetidas. Los resultados obtenidos indicaron que no existían diferencias significativas entre pacientes y cuidadores en cuanto a la puntuación total en la escala de LEE-S. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en pacientes y cuidadores en los factores «actitud hacia la enfermedad» ($F(1,23)=38,56$; $\mu^2=,62$; $p<0,01$), «Intrusismo» ($F(1,23)=13,29$; $\mu^2=,36$; $p<0,01$), «hostilidad» ($F(1,23)=13,29$; $\mu^2=,36$; $p<0,01$) y «tolerancia o afrontamiento de la enfermedad» ($F(1,23)=14,59$; $\mu^2=0,38$; $p=0,01$).

En cuanto a la relación entre carga del cuidador y el nivel de emoción expresada, se realizó un análisis correlacional bivariado de Pearson en el que se encontró que los factores «intrusismo» y «hostilidad» correlacionan significativamente con la carga del cuidador. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas respecto al factor «actitud hacia la enfermedad» o «tolerancia o afrontamiento de la enfermedad» (ver tabla 4). En cuanto al intrusismo, se observó que existe una correlación positiva significativa entre esta variable y la variable «estimulación» ($r=,42$; $p<0,05$). Asimismo, también se encontró que correlaciona positivamente con la puntuación total del IEQ ($r=,40$; $p<0,05$). Respecto al factor «hostilidad», se encontraron correlaciones significativamente positivas entre este factor y los factores «tensión» ($r=,54$; $p<0,1$), «preocupación» ($r=,42$; $p<0,05$) y «estimulación» ($r=,57$; $p<0,01$). Al igual que el factor «intrusismo», la «hostilidad» también correlaciona positivamente con la puntuación total obtenida en el IEQ ($r=,49$, $p<,05$).

Tabla 4
Correlaciones entre los factores de la Escala del nivel de emociones expresadas (LEE-S) y del Cuestionario de evaluación de la repercusión familiar (IEQ)

	Tensión	Supervisión	Preocupación	Estimulación	Total
Actitud hacia la enfermedad	-0,14	0,03	0,10	0,01	0,01
Intrusismo	0,24	0,20	0,32	0,42*	0,40*
Hostilidad	0,54**	0,25	0,42*	0,57**	0,49*
Tolerancia/afrontamiento	-0,35	-0,15	-0,26	-0,20	-0,22
Total	0,33	0,22	0,38	0,53**	0,43*

** $p<0,01$, * $p<0,05$.

Discusión y conclusiones

Aunque la emoción expresada y la carga familiar han sido ampliamente estudiadas en la literatura científica sobre los trastornos mentales graves, pocos estudios han investigado la relación entre estas variables. Por esta razón nuestro objetivo fue describir una muestra de pacientes y cuidadores en cuanto a su nivel de emoción expresada y la carga del cuidador, considerando también las correlaciones y diferencias que pudiera haber entre éstas.

Respecto a la emoción expresada, los resultados obtenidos muestran que ni los cuidadores ni los pacientes mostraban niveles altos en la puntuación total de la LEE-S. En cambio, sí lo hacían en algunos factores específicos. Tanto los pacientes como los cuidadores percibían actitudes negativas hacia la enfermedad de los pacientes y percibían poca tolerancia y

estrategias para afrontar la situación. Además, los pacientes percibían que sus cuidadores tenían comportamientos intrusivos hacia ellos.

Además, este estudio revela que pacientes y cuidadoras perciben de la misma forma la actitud y la hostilidad con la que el cuidador se dirige hacia el paciente. En cuanto a las diferencias, se encontraron diferencias entre la percepción de la emoción expresada de cuidadores y pacientes en todos los factores evaluados por la LEE-S.

En relación a la emoción expresada y las variables sociodemográficas de cuidadores y pacientes, se encontró que la edad del paciente estaba relacionada con la tolerancia y afrontamiento de la enfermedad, siendo más tolerantes hacia los pacientes de mayor edad. Esto podría deberse a que cuando los pacientes son de mayor edad la responsabilidad que siente el cuidador respecto a la salud psicológica del paciente y la evolución de su trastorno puede ser menor.

Los resultados obtenidos en relación a la emoción expresada y la carga del cuidador están en la línea de otros estudios previos (Bailey y Grenyer, 2014), ya que los ambientes con una mayor emoción expresada muestran más carga psicosocial. Concretamente, los resultados obtenidos en este estudio sugieren que la hostilidad tiene un gran peso en el cuidado y el manejo del paciente, ya que los cuidadores más hostiles son los que muestran mayor tensión, se preocupan más por el paciente y animan a los pacientes para que se ocupen de su propio autocuidado, de su alimentación y realicen ciertas actividades.

Estos resultados nos permiten ver el importante papel de los programas psicoeducativos en las familias, ya que intervenir sobre ciertos aspectos como el estilo de comunicación podría aliviar la carga de los cuidadores y mejorar el ambiente emocional en los hogares. Esta mejora en el clima familiar ayudaría a prevenir las recaídas de los pacientes. Algunos estudios previos en esta línea sugieren que enseñar estrategias de resolución de problemas (Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki y Someya, 2001) o habilidades de comunicación (Sepúlveda, López, Todd, Whitaker y Treasure, 2008) contribuye a la reducción de la carga del cuidador y a la reducción en el nivel de emoción expresada.

Entre las principales limitaciones de este trabajo queremos señalar el pequeño tamaño de la muestra. Los datos obtenidos en este estudio pueden ser poco generalizables debido a esta limitación. Una muestra más grande, además de ser más representativa, nos hubiera permitido analizar relaciones y diferencias entre emoción expresada y carga del cuidador según los distintos trastornos incluidos en el grupo B.

Consideramos la necesidad de realizar estudios futuros sobre emoción expresada y carga del cuidador con muestras más amplias y que se extienda el estudio de estas variables a otros trastornos. Consideramos necesario también que en la evaluación del nivel de emoción expresada se utilicen escalas tipo Likert de 4 o 6 puntos para evitar que las respuestas dicotómicas, y así se ajusten más a la percepción real de la muestra.

Además, creemos que es importante el desarrollo de instrumentos cuantitativos que nos permitan el estudio de los estilos positivos incluidos en el constructo «emoción expresada», como la calidez, puesto que podría ser una parte fundamental en las intervenciones psicoeducativas con familiares.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bailey, R. C., y Grenyer, B. F. (2014). The relationship between expressed emotion and well-being for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder. *Personality and Mental Health*, 9, 21-32.

- Butzlaff, R. L. y Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Gunderson, J. G. (2002). *Trastorno Límite de la Personalidad. Guía clínica (Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide)*. Barcelona: Ars XXI de Comunicación.
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzeto, A. E., y Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42, 469-478.
- Hooley, J. M., y Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 135-151.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- González, N., Bilbao, A., Padierna, A., Martín, J., Orive, M., y Quintana, J. M. (2012). Validity and reliability of the Spanish version of the Involvement Evaluation Questionnaire among caregivers of patients with eating disorders. *Psychiatry research*, 200, 896-903.
- Pérez-Pareja, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat, L., y Quiles, M. J. (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de psicología*, 30, 37-45.
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., del Río, A. M., y Graell, M. (2012). The Spanish validation of level of expressed emotion scale for relatives of people with eating disorder. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 825-839.
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W., y Treasure, J. (2008). An examination of the impact of «the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops» on the well being of carers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 584-591.
- Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S. I., y Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 132-138.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., Koeter, M., Vázquez-Barquero, J. L., Knudsen, H. C., Lasalvia, A., y McCrone, P. (2000). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European Version EPSILON Study 4. *The British Journal of Psychiatry*, 177, s21-s27.

Infidelidad y personalidad. El papel diferencial del género en su relación

CRISTINA JUÁREZ-TAMARGO
c.juarez.tamargo@gmail.com

JESÚS CASTRO-CALVO
castroj@uji.es

ROBERTA CECCATO
roberta.ceccato@uv.es

BEATRIZ GIL-JULIÀ
bgil@uji.es

RAFAEL BALLESTER-ARNAL
rballest@psb.uji.es

Resumen

Introducción: La investigación ha relacionado ampliamente la infidelidad con ciertos perfiles de personalidad. Pese a ello, son insuficientes los estudios que abordan el papel que juega el género dentro de esa relación. **Método:** En el presente estudio se administró la Encuesta sobre el Sida (Ballester, Gil y Giménez, 2007) y el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) a 100 estudiantes universitarios (50 % mujeres) con el objetivo de analizar la existencia de diferencias de personalidad entre las personas que han cometido una infidelidad con respecto a las que no, desde una perspectiva de género. **Resultados:** Los resultados indican que si bien existen diferencias de personalidad entre los que sí afirmaron haber cometido una infidelidad y los que no, aparecen perfiles diferenciales en función del género. Por una parte, los hombres infieles alcanzan puntuaciones estadísticamente significativamente mayores en la dimensión de extraversión y más concretamente en la faceta de cordialidad relacionándolo con una mayor tendencia a establecer vínculos íntimos. Por otra parte, en el caso de las mujeres infieles son las bajas puntuaciones en responsabilidad, específicamente en la faceta de competencia las que logran la significación relacionándolo con una peor percepción de las propias capacidades. **Discusión:** Con todo ello, el género aparece como un factor importante implicado en las diferencias de personalidad existentes entre personas que han cometido infidelidades y las que no, debido a la existencia de un doble estándar consecuencia del proceso de sociabilización diferencial que se da entre hombres y mujeres.

Palabras clave: infidelidad, personalidad, género, jóvenes, NEO-PI-R.

Abstract

Introduction: Even though past research has studied the link between infidelity and personality, there are few studies about how gender differences may play a role in this relationship. **Method:** The study aimed to assess, from a gender view, the personality differences between people who have taken part in an infidelity and those who have never been involved in an infidelity. A total of 100 university students (50 % women) completed the AIDS Questionnaire (Ballester, Gil & Giménez, 2007) and the NEO-PI-R Inventory (Costa & McCrae, 1992). **Results:** Results indicated that there are personality differences between participants who reported an infidelity and people who did not have a history of infidelity and, moreover, gender has an influence in these differences. On the one hand, unfaithful or cheating men achieved greatest statistically significant scores at extraversion, specifically on warmth, so they tend to create affective bonds easily. On the other hand, unfaithful women achieved lowest scores at conscientiousness, in particular at competence; therefore they maintain a worse assessment of their own abilities. **Discussion:** These findings suggest that gender is an influential factor involved in personality differences between faithful people and unfaithful people owing to the existence of a gender double-standard as a result of the differential socialization process given to women and men.

Keywords: infidelity, personality, gender, young, NEO-PI-R.

Introducción

La infidelidad entendida como la implicación en una relación sexual con otra persona diferente a la pareja actual cuando se mantiene una relación monógama (Lieberman, 1988); supone una ruptura del compromiso explícito o implícito que establecen los miembros en una relación diádica (Blow y Harnett, 2005). Partiendo de la idea de que la monogamia es el estándar que comparten la mayoría de culturas en lo referente a la estructura normativa de las relaciones íntimas (ONU, 2000), la infidelidad supone una transgresión social muy criticada y perseguida; en la mayoría de países remarcan la exclusividad monógama dentro de los matrimonios en su sistema judicial (Sharpe, Walters y Goren, 2013) llegando a alcanzar la consideración de delito en algunos países la falta de fidelidad (Mackay, 2001).

Algunos estudios que han examinado las consecuencias psicológicas derivadas de haber vivenciado una infidelidad encuentran cómo, a nivel psicológico, se produce: una reducción del bienestar y la autoestima, y un aumento de los niveles de depresión y ansiedad (Cano y O'Leary, 2000), así como una tendencia a experimentar emociones intensas de rabia, celos, asco y dolor (Becker, Sagarin, Guadagno, Millevoi y Nicastle, 2004). Complementariamente, a nivel interpersonal la infidelidad afecta al mantenimiento de la pareja primaria (DeMaris 2009), hecho que puede conllevar la ruptura de la misma (Hall y Fincham, 2006). Todo ello, unido a la desaprobación social del entorno suscitada por el comportamiento de la persona que ha cometido la infidelidad (Allen y Baucom, 2006).

Sin embargo, pese a dichas consecuencias, no por ello la infidelidad es menos frecuente y una proporción significativa de personas reconoce haber sido infiel a lo largo de su vida (Hall y Fincham 2009). Considerando cifras, los estudios muestran como el 23 % de los estudiantes universitarios reconocen haber sido, en alguna ocasión, infieles a la personas con la que mantenían una relación estable (Giménez y cols., 2010).

Diversos estudios previos resaltan la relevancia de los rasgos de personalidad en la predicción de la conducta sexual. Partiendo de las dimensiones de personalidad que defiende el Modelo de Personalidad de los Cinco Grande (Costa y McCrae, 1987) y centrándonos en la tendencia a cometer infidelidades, investigaciones previas encuentran cómo distintas dimensiones de personalidad se relacionan con un aumento de la probabilidad de cometer una infidelidad; por ejemplo: una alta extraversión (Lalasz y Weigel, 2011), un alto neuroticismo (Whisman y cols., 2007), una baja amabilidad (Barta y Kiene, 2005; Shackelford, Besser y Goetz, 2008) y/o baja responsabilidad (McAnulty y Brineman, 2007).

Del mismo modo que las diferencias en personalidad juegan un papel importante cuando se habla de infidelidad, otro factor a considerar son las diferencias de género. Si bien es cierto que existen un amplio número de estudios centrados en las diferencias de género que existen en las actitudes suscitadas por infidelidad emocional en contraposición a la sexual (Harris 2005), son insuficientes los que analizan el papel que juega el género en las diferencias de personalidad existentes entre las personas que han sido infieles y las que no (Turchik, Garske, Probst e Irvin, 2010).

En esta dirección resulta interesante abordar si existen diferencias de género que medien en los niveles de prevalencia de la infidelidad entre los jóvenes, así como los distintos perfiles de personalidad que mantienen las personas que han informado haber sido infieles en contraposición con las que no. Por ello, el objetivo que se pretende alcanzar con la presente investigación es analizar el papel diferencial del género en relación con las dimensiones de personalidad y el constructo infidelidad.

Método

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son, por un lado, analizar la prevalencia de la infidelidad entre los jóvenes y si existen diferencias de género en la misma y; por otro lado, analizar el papel de las dimensiones de personalidad en la infidelidad y ver si se encuentran diferencias en función del género.

Participantes

Se utilizó una muestra 100 estudiantes pertenecientes a las distintas facultades de la Universitat Jaume I de Castellón. Del total de la muestra empleada un 50 % eran mujeres ($n = 50$). El rango de edades de la misma oscilaba de los 17 a los 33 años ($M = 21,5$; $d. t. = 3,02$). Con respecto a su orientación sexual, un 80 % de los participantes afirmaba ser heterosexual, un 5 % bisexual y un 15 % homosexual. Por su parte, en el momento de la evaluación un 58 % de los evaluados estaba manteniendo una relación de pareja estable ($X^2 = 0,164$, $p = 0,685$).

Instrumentos

Para realizar la evaluación de los participantes se utilizaron dos instrumentos: la Encuesta sobre el Sida (ENSI) de Ballester, Gil y Giménez (2007) y el NEO-PI-R de Costa y McCrae (1992).

La Encuesta sobre el Sida (ENSI) es un instrumento compuesto por 25 ítems que explora distintos aspectos de la conducta sexual entre ellos: la frecuencia de relaciones, el tipo de prácticas realizadas, el uso del preservativo, el consumo de alcohol y drogas durante la relación, autoeficacia percibida en el uso del preservativo, percepción de riesgo y temor frente a una infección por VIH e infidelidad. Siguiendo el objetivo del presente estudio, se ha utilizado el ítem de respuesta dicotómica que hace referencia a la variable «infidelidad» (ítem 8: ¿Alguna vez has sido «infiel» a una pareja con la que tenías una relación estable?). Las propiedades psicométricas de dicho instrumento ofrecen valores adecuados de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,620) y fiabilidad *test-retest* (0,840).

Complementariamente se utilizó el NEO-PI-R para evaluar la variable de personalidad. Dicho instrumento consta de 240 ítems con respuesta en escala Likert de cinco opciones graduadas desde «Totalmente en desacuerdo» a «Totalmente de acuerdo» y permite evaluar las cinco dimensiones principales (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad) con sus correspondientes facetas que defiende el modelo de personalidad de los cinco grandes. La versión española del NEO-PI-R muestra unas propiedades psicométricas adecuadas, con una fiabilidad en sus dimensiones que varían dentro del rango 0,88-0,92 (Avia, 2000).

Procedimiento

La obtención de los datos se llevó a cabo a lo largo del curso académico 2013/2014 en el marco de un proyecto de investigación más amplio sobre compulsividad sexual.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete informático SPSS-21. Inicialmente se llevaron a cabo análisis descriptivos para la muestra referentes a edad, orientación y estado sentimental o de pareja. Posteriormente, se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado para analizar las posibles diferencias existentes entre hombres y mujeres a la hora de afirmar haber cometido una infidelidad. Seguidamente se utilizó la prueba paramétrica *t* de Student para determinar la significación de las diferencias en personalidad entre hombres y mujeres.

Resultados

Infidelidad informada: diferencias de género

La mayor parte de la muestra evaluada, un 36 %, reconoce haber sido infiel, a lo largo de su vida, alguna vez a una pareja con la que se mantenía una relación. Partiendo de una visión de género se observa cómo un 40 % de las mujeres informa de haber sido infiel frente a un 32 % de los hombres. Analizando la significación de dichas diferencias por medio de la aplicación de la prueba chi-cuadrado, observamos que estas diferencias no alcanzan la significación estadística ($X^2 = 0,964$, $p = 0,405$).

Relación entre infidelidad y personalidad: comparativa hombres y mujeres

Considerando las diferencias existentes en personalidad entre las personas que responden afirmativamente al hecho de haber cometido una infidelidad con respecto a las que no y partiendo de una visión de género, los resultados obtenidos al realizar una prueba *t* son los siguientes.

En líneas generales, en el caso de los hombres se observa que aquellos hombres que informan haber cometido alguna infidelidad muestran puntuaciones más elevadas en extraversión, apertura y amabilidad y, por el contrario, presentan puntuaciones inferiores en las dimensiones de neuroticismo y responsabilidad. Pese a ello, las diferencias únicamente alcanzan la significación estadística en la dimensión de extraversión ($t = -2,704, p = 0,043$), presentando puntuaciones significativamente superiores aquellos hombres que informan haber sido infieles con respecto a los que no lo han sido. Si centramos la atención en las facetas de la dimensión de extraversión, todas las puntuaciones en extraversión son superiores en aquellos hombres que han indicado haber cometido alguna infidelidad. Con todo, es la faceta de cordialidad, la única que presenta diferencias que alcanzan la significación ($t = -3,270, p = 0.002$) (véase tabla 1).

Tabla 1
Diferencias en personalidad entre aquellos hombres que informan haber sido infieles con respecto a los que no

Dimensiones NEO-PI-R	Infidelidad	Media	<i>t</i>	Sig.
Neuroticismo (N)	No	57,68	1,010	0,318
	Sí	54,81		
Extraversión (E)	No	49,29	-2,074	0,043*
	Sí	56,25		
Apertura a la experiencia (O)	No	51,68	-1,226	0,226
	Sí	55,31		
Amabilidad (A)	No	37,74	-,477	0,636
	Sí	39,06		
Responsabilidad (C)	No	39,79	0,838	0,406
	Sí	37,75		
Facetas NEO-PI-R	Infidelidad	Media	<i>t</i>	Sig.
N1: ansiedad	No	49,59	-0,665	0,509
	Sí	51,81		
N2: hostilidad	No	58,15	0,567	0,573
	Sí	56,25		
N3: depresión	No	55,65	0,851	0,399
	Sí	53,13		
N4: ansiedad social	No	57,65	1,674	0,101
	Sí	52,63		

Facetas NEO-PI-R	Infidelidad	Media	t	Sig.
N5: impulsividad	No	56,76	0,244	0,809
	Sí	56,00		
N6: vulnerabilidad	No	56,94	0,067	0,947
	Sí	56,75		
E1: cordialidad	No	42,62	-3,270	0,002*
	Sí	51,88		
E2: gregarismo	No	44,21	-1,124	0,267
	Sí	47,56		
E3: asertividad	No	50,09	-0,909	0,368
	Sí	52,75		
E4: actividad	No	50,00	-1,097	0,278
	Sí	53,31		
E5: búsqueda de emociones	No	61,15	-1,265	0,212
	Sí	64,63		
E6: emociones positivas	No	48,85	-1,295	0,201
	Sí	53,56		
O1: fantasía	No	56,56	-0,340	0,735
	Sí	57,69		
O2: estética	No	45,97	-1,594	0,118
	Sí	50,94		
O3: sentimientos	No	52,24	-1,540	0,130
	Sí	57,63		
O4: acciones	No	48,06	-0,771	0,445
	Sí	50,13		
O5: ideas	No	52,76	0,503	0,617
	Sí	50,94		
O6: valores	No	52,59	-1,421	0,162
	Sí	56,69		
A1: confianza	No	40,32	-0,555	0,581
	Sí	42,25		
A2: franqueza	No	39,94	0,158	0,875
	Sí	39,50		
A3: altruismo	No	43,26	0,322	0,749
	Sí	42,19		

Facetas NEO-PI-R	Infidelidad	Media	<i>t</i>	Sig.
A4: actitud conciliadora	No	39,26	0,118	0,907
	Sí	38,94		
A5: modestia	No	42,18	0,207	0,837
	Sí	41,50		
A6: sensibilidad a los demás	No	43,59	0,071	0,944
	Sí	43,38		
C1: competencia	No	42,35	0,530	0,598
	Sí	40,81		
C2: orden	No	43,56	0,801	0,427
	Sí	41,00		
C3: sentido del deber	No	41,94	0,675	0,503
	Sí	40,19		
C4: necesidad de logro	No	40,00	0,021	0,983
	Sí	39,94		
C5: autodisciplina	No	37,15	0,368	0,715
	Sí	36,38		
C6: deliberación	No	42,47	0,813	0,421
	Sí	40,13		

* $p < 0,05$

Por su parte, en el caso de las mujeres globalmente no se aprecian tantas diferencias entre aquellas que han respondido afirmativamente al hecho de haber cometido una infidelidad con respecto a las mujeres que no han sido infieles. Se observan puntuaciones ligeramente superiores en las dimensiones de neuroticismo y apertura en el caso de aquellas mujeres que han sido infieles; complementariamente presentan puntuaciones inferiores en extraversión, amabilidad y responsabilidad, siendo esta última dimensión la única en la cual las diferencias alcanzan la significación estadística ($t = 2,132$, $p = 0,038$). Analizando más exhaustivamente los resultados y centrándonos en la dimensión de responsabilidad, se observa cómo las personas que afirman haber sido infieles alcanzan una puntuación menor en todas las facetas de responsabilidad. Sin embargo, dichas diferencias únicamente alcanzan la significación estadística en la faceta de competencia ($t = 2,244$, $p = 0,029$) (véase tabla 2).

Tabla 2
Diferencias en personalidad entre aquellas mujeres que informan haber sido infieles con respecto a las que no

Dimensiones NEO-PI-R	Infidelidad	Media	t	Sig.
Neuroticismo (N)	No	59,00	-1,359	0,180
	Sí	62,40		
Extraversión (E)	No	51,93	0,267	0,790
	Sí	51,00		
Apertura a la experiencia (O)	No	54,03	-0,163	0,871
	Sí	54,50		
Amabilidad (A)	No	45,20	0,134	0,894
	Sí	44,80		
Responsabilidad (C)	No	42,90	2,132	0,038*
	Sí	37,15		
Facetas NEO-PI-R	Infidelidad	Media	t	Sig.
N1: ansiedad	No	55,17	-1,073	0,289
	Sí	58,10		
N2: hostilidad	No	57,53	-1,012	0,317
	Sí	60,60		
N3: depresión	No	56,50	-1,361	0,180
	Sí	60,50		
N4: ansiedad social	No	57,63	-1,427	0,160
	Sí	61,25		
N5: impulsividad	No	55,97	-1,519	0,135
	Sí	60,50		
N6: vulnerabilidad	No	60,63	-0,709	0,482
	Sí	62,30		
E1: cordialidad	No	49,33	0,152	0,880
	Sí	48,90		
E2: gregarismo	No	49,40	-0,239	0,812
	Sí	50,25		
E3: asertividad	No	49,57	1,180	0,244
	Sí	45,90		
E4: actividad	No	51,47	0,284	0,778
	Sí	50,65		
E5: búsqueda de emociones	No	56,00	-0,772	0,444
	Sí	58,60		

Facetas NEO-PI-R	Infidelidad	Media	<i>t</i>	Sig.
E6: emociones positivas	No	52,33	0,963	0,341
	Sí	49,20		
O1: fantasía	No	56,30	-1,123	0,267
	Sí	59,10		
O2: estética	No	49,63	0,200	0,842
	Sí	49,00		
O3: sentimientos	No	55,00	0,368	0,715
	Sí	54,05		
O4: acciones	No	53,40	-0,033	0,974
	Sí	53,50		
O5: ideas	No	50,10	-0,487	0,629
	Sí	51,65		
O6: valores	No	52,63	0,437	0,664
	Sí	51,30		
A1: confianza	No	43,40	1,234	0,223
	Sí	39,50		
A2: franqueza	No	45,70	-0,155	0,877
	Sí	46,15		
A3: altruismo	No	49,57	-0,255	0,800
	Sí	50,25		
A4: actitud conciliadora	No	43,47	0,966	0,339
	Sí	40,70		
A5: modestia	No	50,00	-1,013	0,316
	Sí	52,55		
A6: sensibilidad a los demás	No	49,80	-0,784	0,437
	Sí	52,10		
C1: competencia	No	44,03	2,244	0,029*
	Sí	38,20		
C2: orden	No	49,13	1,950	0,057
	Sí	42,20		
C3: sentido del deber	No	43,80	1,484	0,144
	Sí	39,65		
C4: necesidad de logro	No	42,80	1,944	0,058
	Sí	37,80		

Facetas NEO-PI-R	Infidelidad	Media	<i>t</i>	Sig.
C5: autodisciplina	No	41,50	1,618	0,112
	Sí	36,95		
C6: deliberación	No	42,53	0,964	0,340
	Sí	39,90		

**p* < 0,05

Discusión y conclusiones

La muestra evaluada en el estudio no presenta diferencias de género con respecto a la prevalencia de la infidelidad. Si bien el porcentaje de hombres que informan haber cometido alguna infidelidad a lo largo de su vida es algo menor al de las mujeres, los perfiles de personalidad de los mismos van en direcciones muy distintas.

En el caso de los hombres infieles, aparece una mayor puntuación en la faceta de «cordialidad» que conlleva a su vez una mayor puntuación en «extraversión». Recordemos que la cordialidad es la faceta de extraversión más relacionada con la interacción social. Las personas cordiales tienden a ser afectuosas, cariñosas y amistosas; les gusta entablar relaciones y además establecen fácilmente vínculos íntimos (Escrivá, 2009). Si combinamos esas características personales con los resultados de otros estudios que indican que la infidelidad depende de un factor situacional por el cual es más probable ser infiel cuando se tienen mayores oportunidades de serlo (Treas y Giesen, 2000), los hombres cordiales presentarán mayores facilidades de ser infiel al estar predispuestos a establecer vínculos fácilmente con los demás. En la misma dirección, la extraversión se ha relacionado positivamente con ciertas conductas del ámbito sexual como: la tendencia a la búsqueda de sensaciones sexuales y la novedad (Aluja, García y García, 2003); la probabilidad de encontrar pareja (Schmitt y Shackelford, 2008); el número de parejas sexuales (Raynor y Levine, 2009) y el mantenimiento de altos niveles de deseo sexual (Miri, AliBesharat, Asadi y Shayad, 2011).

Por otra parte, en el caso de las mujeres que han afirmado haber sido en alguna ocasión infiel se encuentran puntuaciones menores en «competencia», faceta de la dimensión «responsabilidad» relacionada con la autoestima y el locus de control interno. Por lo tanto estas personas presentan un mayor sentimiento de incapacidad, esto es de actuar de modo poco prudente o efectivo comparativamente a las mujeres que nunca han sido infieles. Del mismo modo ciertos estudios han relacionado menores niveles de responsabilidad con una mayor probabilidad de cometer infidelidades y de llevar a cabo conductas de riesgo (Shackelford, Besser y Goetz, 2008).

Con todo ello se remarca la importancia del género como un factor implicado en las diferencias de personalidad existentes entre personas que han cometido infidelidades y las que no. Ciertos estudios sugieren la existencia de un doble estándar por el cual los hombres son más permisivos con la infidelidad pero únicamente en el caso de la masculina (Haavio-Mannila y Kontula, 2003). De este modo, la construcción de género y las expectativas sexistas juegan un papel fundamental, discriminando en mayor medida a las mujeres que a los hombres obteniendo estos últimos incluso el beneplácito social (Giménez, y cols. 2010). Así pues, el proceso de sociabilización interviene en la vivencia de la infidelidad, haciendo que las mujeres que la cometen se juzguen negativamente y modifiquen la percepción que mantienen sobre su propia competencia.

Finalmente las limitaciones que presenta el estudio vienen determinadas por los problemas que surgen a la hora de operacionalizar la definición de infidelidad. Al igual que en la mayoría de estudios, incluido éste, se ha visto limitada la concepción de la infidelidad a la implicación sexual. Una definición tan estricta no engloba el amplio rango de conductas que muchas personas considerarían una infidelidad y, por lo tanto, subestiman al propio fenómeno (McAnulty y Brineman, 2007).

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.
- Aluja, A., García, O., y García, L. F. (2003). Relationships among extraversion, openness to experience, and sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 35, 671-680.
- Avia, M. D. (2000). *Versión española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R) de Costa y McCrae*. Departamento de Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid.
- Ballester, R., Gil M. D., y Giménez, C. (2007). *El «Cuestionario de Prevención del SIDA» (CPS): Análisis de la fiabilidad y validez*. X Congreso Nacional sobre el Sida. San Sebastián, 6-8 de junio (p. 135).
- Barta, W. D., y Kiene, S. M. (2005). Motivations for infidelity in heterosexual dating couples: The roles of gender, personality differences, and sociosexual orientation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 339-360.
- Becker, D. V., Sagarin, B. J., Guadagno, R. E., Millevoi, A., y Nicastle, L. D. (2004). When the sexes need not differ: Emotional responses to the sexual and emotional aspects of infidelity. *Personal Relationships*, 11, 529-538.
- Blow, A. J., y Hartnett, K. (2005). Infidelity in committed relationships I: A methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 183-216.
- Cano, A., y O'Leary, K. D. (2000). Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 774-781.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- 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.
- DeMaris, A. (2009). Distal and proximal influences on the risk of extramarital sex: A prospective study of longer duration marriages. *Journal of Sex Research*, 46, 597-607.
- Escrivá, P. (2009). *Estudio psicométrico para la adaptación del cuestionario de personalidad NEO-PI-R a población adolescente: El JS NEO*. Tesis doctoral. Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Giménez, C., Ballester, R., Gil, M. D., y Edo, M. (2010). Prevalencia de la infidelidad en los jóvenes: influencia del género y la orientación sexual. En L. Abad y J. A. Flores (directores). *Emociones y sentimientos. La construcción social del amor* (pp. 279-290) Castilla-La Mancha: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Haavio-Mannila, E., y Kontula, O. (2003). Single and double standards in Finland, Estonia, and St Petersburg. *Journal of Sex Research*, 40, 36-49.

- Hall, J. H., y Fincham, F. D. (2006). Relationship dissolution following infidelity: The roles of attributions and forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 508-522.
- Hall, J. H., y Fincham, F. D. (2009). Psychological distress: Precursor or consequence of dating infidelity? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 143-159.
- Harris, C. R. (2005). Male and female jealousy, still more similar than different: Reply to Sagarin. *Personality and Social Psychology Review*, 9, 26-86.
- Lalasz, C. B., y Weigel, D. J. (2011). Understanding the relationship between gender and extradyadic relations: The mediating role of sensation seeking on intentions to engage in sexual infidelity. *Personality and Individual Differences*, 50, 1079-1083.
- Lieberman, B. (1988). Extrapremarital intercourse: Attitudes toward a neglected sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 24, 291-298.
- Mackay, J. (2001). Global sex: Sexuality and sexual practices around the world. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 71-82.
- McAnulty, R. D., y Brineman, J. M. (2007). Infidelity in dating relationships. *Annual Review of Sex Research*, 18, 94-114.
- Miri, M., AliBesharat, M., Asadi, M., y Shahyad, S. (2011). The relationship between dimensions of personality and sexual desire in females and males. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 823-827.
- ONU Population Division Department of Economic and Social Affairs. (2000). World Marriage Patterns 2000. Recuperado el 8 de abril de 2015 de <http://www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriagepatterns2000.pdf>.
- Raynor, D. A. y Levine, H. (2009). Association between the five-factor model of personality and health behaviors among college students. *The Journal of American College Health*, 58, 73-81.
- Schmitt, D. P. y Shackelford, T. K. (2008). Big Five traits related to short-term mating form personality to promiscuity across 46 Nations. *Evolutionary Psychology*, 6, 246-282.
- Shackelford T. K., Besser A., y Goetz A. T. (2008). Personality, Marital Satisfaction, and Probability of Marital Infidelity. *Individual Differences Research*, 6, 13-25.
- Sharpe, D. I., Walters, A. S., y Goren, M. J. (2013). Effect of Cheating Experience on Attitudes toward Infidelity. *Sexuality and Culture*, 17, 643-658.
- Treas, J., y Giesen, D. (2000). Sexual infidelity among married and cohabiting Americans. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 48-60.
- Turchik, J. A., Garske, J. P., Probst, D. R., e Irvin, C. R. (2010). Personality, sexuality, and substance use as predictors of sexual risk taking in college students. *Journal of Sex Research*, 47, 411-419.
- Whisman, M. A., Gordon, K. C., y Chatav, Y. (2007). Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. *Journal of Family Psychology*, 21, 320-324.

Prevención de la infección nosocomial de la herida quirúrgica. Una revisión integradora

DANIEL JURADO SÁNCHEZ
al229043@uji.es

ELADIO JOAQUÍN COLLADO BOIRA
colladoe@uji.es

Resumen

Introducción: *Enfermedad nosocomial* designa a aquellas patologías adquiridas en espacios sanitarios. El estudio de esta modalidad de adquisición comenzó en el siglo XVIII con J. Pringle o Lister, entre otros. La tasa de infección nosocomial se sitúa en España en el 7,61 %, cifra que puede variar según factores de riesgo. Dentro de los resultados globales, la infección del sitio quirúrgico constituye uno de los tipos más prevalentes, con el 26,36 %. **Método:** Búsqueda con términos codificados según los Decs y MeSH en las bases de datos PubMed, Science Direct, Cochrane, CRD of York y Lilacs aplicando filtros de temporalidad «seis años» y de diseño de estudio «revisión sistemática». **Resultados:** Se determina como método de prevención de la infección de la herida quirúrgica la aplicación de medidas sinérgicas tipo *bundle*. Dentro de estos conjuntos de actuaciones encontramos medidas de prevención con grado I de evidencia como el corte del vello sin rasurado, profilaxis antibiótica, control de glucemia y temperatura del enfermo intraoperatorios. Asimismo, se determinan una serie de medidas complementarias. **Conclusiones:** El abordaje de la prevención mediante medidas sinérgicas constituye una vía para la reducción de la incidencia con respaldo de la evidencia, de sencilla aplicación, lo que permitiendo su implementación inmediata sin grandes inversiones.

Palabras clave: infección, prevención, herida quirúrgica y nosocomial.

Abstract

Introduction: *Nosocomial disease* names all pathologies that are obtained in sanitary places. The study of this kind of infection started in XVIIIth century with J. Pringle or Lister's work between others. The nosocomial infection tax is 7,61 % in Spain, but can oscillate because of the risk factors. Globally, the cross infection of the surgical point is considered one of the most prevalent types, with a 26,36 %. **Methodology:** Research with Decs and Mesh at the scientific data bases of PubMed, ScienceDirect, Cochrane, CRD of York and Lilacs using filters of temporality «Six years» and design of study «Systematic Review». **Results:** The application of synergic measures or «bundle» is determined like one of the method of prevention of the surgical site infection. Inside these bundles there are activities with first grade of scientific evidence like cut of the body hair without shave, antibiotic prophylaxis and glycemic and temperature control. Furthermore, some supplementary

activities were determined. **Conclusions:** Prevention with synergic activities is a way for decreasing the incidence of cross infection with a scientific base and it is of easy and cheap application.

Keywords: infection, prevention, surgical wound and cross infection.

Introducción

Podemos denominar Infección Nosocomial a toda aquella patología de carácter infeccioso cuyo periodo de incubación comienza tras el ingreso en una institución sanitaria, por lo que la adquisición del agente patógeno se ha producido durante la estancia. Los primeros registros de los que se tiene constancia referentes a la adquisición de patologías en instituciones sanitarias datan del siglo II d. C., momento en el que se crean los primeros hospitales de caridad.

No fue hasta la llegada de los estudios de Sir John Pringle (1740-1780) que se establecieron las primeras barreras frente al contagio. El médico escocés defendió la teoría del contagio animado frente a las consideraciones clásicas y el uso de biocidas y bacteriostáticos para prevenir la propagación de la disentería en los hospitales de campaña del ejército. Posteriormente, el obstetra escocés James Young Simpson (1811-1870) realizó los primeros estudios sobre las características etiológicas de las patologías adquiridas en hospitales y relacionó la mortalidad por gangrena y sepsis tras la amputación con el tamaño del hospital y su masificación.

Actualmente, la incidencia de grandes brotes epidémicos en instituciones sanitarias se ha reducido significativamente, pero continúan produciéndose numerosos casos aislados de infección nosocomial por patógenos comunes como *E. coli*, *S. aureus* y *P. aeruginosa*, los cuales son responsables de la infección en el 90 % de los casos. En el caso concreto de España, el estudio EPINE-EPPS de 2013 muestra un análisis completo de la situación actual de la infección nosocomial en este país. Según los resultados del estudio, el 69 % de las infecciones detectadas se identifican durante la primera estancia, mientras que el 31 % restante muestran los primeros síntomas tras el alta, provocando el reingreso. Asimismo, la localización más común fue la herida quirúrgica (ver figura 1).

Localización de la infección nosocomial

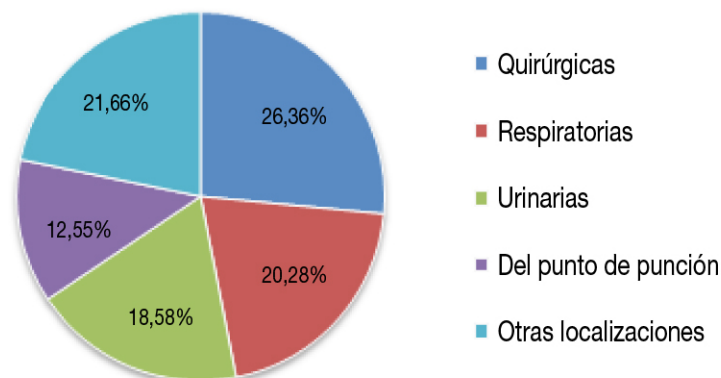


Figura 1. Localización de la infección nosocomial según EPINE-EPPS 2013

Método

Para la determinación de las medidas más efectivas para la prevención de la infección de la herida quirúrgica en primer lugar se determinó una pregunta de investigación según el esquema PIO: ¿cuál es la vía más eficaz para la prevención de la infección nosocomial del sitio quirúrgico en pacientes durante el proceso perioperatorio?

Posteriormente se realizaron un total de cinco búsquedas bibliográficas en bases de datos científicas diferentes: Science Direct, Biblioteca Cochrane, CRD de la Universidad de York, Lilacs y PubMed. Para ello se determinó el lenguaje controlado de los términos clave, utilizando los tesauros *Descritores en Ciencias de la Salud* (Decs), en las búsquedas realizadas en español y *Medical Subject Headings* (MeSH).

Los términos obtenidos y utilizados para la búsqueda fueron *infección/infection*[MeSH], *infección nosocomial/cross infection*[MeSH], *prevención/prevention*[MeSH], y *herida quirúrgica/surgical wound*[MeSH]. Estas palabras clave se correlacionaron en la enunciación de la búsqueda mediante los operadores booleanos «and» y «or», y el uso de paréntesis para la agrupación conceptual (ver figura 2).

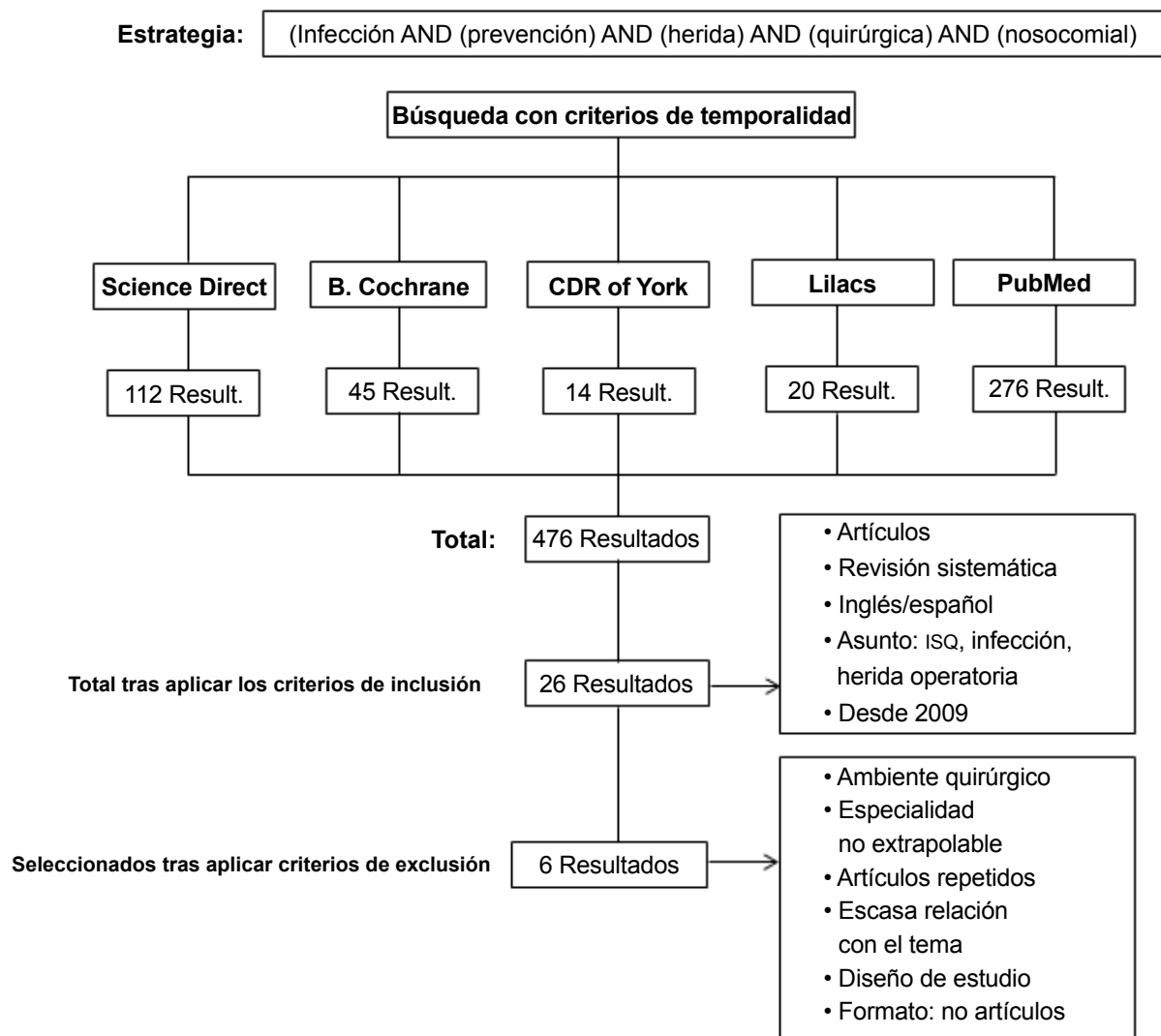


Figura 2. Diagrama del proceso de búsqueda

Resultados

Desde la década de los 80, la aplicación sistemática de profilaxis antibiótica en única o múltiples dosis (principalmente cefazolina o amoxicilina-clavulánico) ha constituido el pilar básico de la prevención de la infección de la herida o sitio quirúrgico (ISQ), pero la evidencia actual indica que la utilización medidas sencillas de aplicación sinérgica, o *bundle* en inglés, permite una reducción de hasta un tercio de los contagios nosocomiales en situación periquirúrgica. Según los estudios consultados en esta revisión las medidas a implementar serían (García, Maseda y Pérez, 2015; Greenberg y Reichman, 2009):

1. Corte del vello en lugar de rasurado: los numerosos estudios controlados utilizados para la realización de las revisiones sistemáticas incluidas en este trabajo identifican diferentes modalidades de retirada del vello: afeitado, afeitado con dispositivo eléctrico, retirada con crema depilatoria y corte tradicional. La aplicación de un sistema de afeitado tradicional y crema depilatoria no solo no reduce el riesgo de infección, sino que provocan un incremento significativo del riesgo de infección por las microabrasiones y la inflamación cutánea. De este modo, los estudios analizados recomiendan el mantenimiento del vello, pero en caso de ser necesaria su retirada por las características de la intervención, se deberá proceder mediante corte tradicional con tijera o con maquinillas de corte eléctricas para evitar el deterioro microscópico de la continuidad de las capas superiores de la piel (Barbateskovic, Glandman y Nelson, 2014).
2. Antibiopprofilaxis adecuada: los metanálisis consultados demuestran una diferencia estadística significativa en la ISQ postoperatoria comparando el uso de quimiopprofilaxis y placebo/no tratamiento. Se constató una reducción de entre el 13 y el 39 % con el uso de antibioterapia profiláctica; sin embargo, no se demostró diferencia significativa en la aplicación de la profilaxis mediante una modalidad de dosis única, tratamiento corto o tratamiento de duración media-larga (ratio de riesgo 1.30, 95 % intervalo de confianza de 0,81 a 2,10), por lo que se recomienda, siguiendo criterios de coste beneficio, la profilaxis en dosis única o de ciclo de tratamiento corto. Asimismo, la comparación de utilización de antibioterapia específica para microorganismos aerobios o anaerobios tampoco arrojó significación estadística en los trabajos consultados para la elaboración de esta revisión (RR 0,84, 95 % IC de 0,30 a 2,36) (Barbateskovic, Glandman y Nelson, 2014; Herruzo, 2010).
3. Mantenimiento de una temperatura adecuada: la evidencia sugiere utilizar medidas de calentamiento activo para el mantenimiento de la temperatura corporal como la atemperación de las soluciones intravenosas, el calentamiento de las superficies de contacto con aire y utilización de mantas térmicas o colchones de aire circulante. Respecto al mantenimiento de la temperatura ambiental, se recomienda una temperatura con oscilaciones entre los 20°C y 25°C, pero si el procedimiento se prevé de duración inferior a 30 minutos o existe riesgo o situación activa de hipotermia se deberá promover un aumento de la temperatura de quirófano (Herruzo, 2010).
4. Control adecuado de los niveles de glucemia: los estudios demuestran que una alteración de los niveles de glucemia del paciente se relacionan con una mayor incidencia de complicaciones perioperatorias, entre ellas la infección. No existe consenso sobre el protocolo de actuación para el control de la glucemia, sin embargo sí que se destaca que aquellos pacientes medicados según pauta móvil subcutánea de insulina o anti-diabéticos orales deben pasar a pauta IV, dado que la primera es de absorción errática. El Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Clínic de Barcelona, al igual

que muchos otros centros en España, sugiere la administración de soluciones de glucosa-potasio-insulina (5-10g de glucosa + (1-2) U insulina +100-125 ml de volumen/h) en situación prequirúrgica y seguimiento de un protocolo específico de control intraquirúrgico (ver figura 3) (Herruzo, 2010; Jeffreys, 2005).

A estas cuatro medidas constituyentes del *bundle*, las cuales podrían ser resumidas con el acrónimo *CATS* (según sus siglas en inglés) para facilitar su recuerdo, habría que sumar, según la bibliografía consultada, una quinta, la antisepsia del equipo y del paciente con soluciones alcohólicas.

5. Antisepsia mediante soluciones alcohólicas: la documentación consultada halló pruebas que indicaron que la preparación cutánea preoperatoria con 0,5 % de clorhexidina en alcohol desnaturalizado provocó un riesgo reducido de ISQ en comparación con la preparación basada en la solución povidona yodada (RR 0,47, 95 % IC de 0,27 a 0,82). No se demostró ninguna otra diferencia estadísticamente significativa en las tasas de ISQ en otras 11 comparaciones de antisépticos cutáneos que analizaron los estudios consultados; sin embargo, se realizó un metanálisis de comparación de tratamientos mixtos que indicó que los productos en dilución alcohólica tuvieron una probabilidad más alta de ser efectivos (Edwards y McFarlane, 2013).

Sugerencia de pauta de control glucémico en paciente ID para cirugía menor y mayor

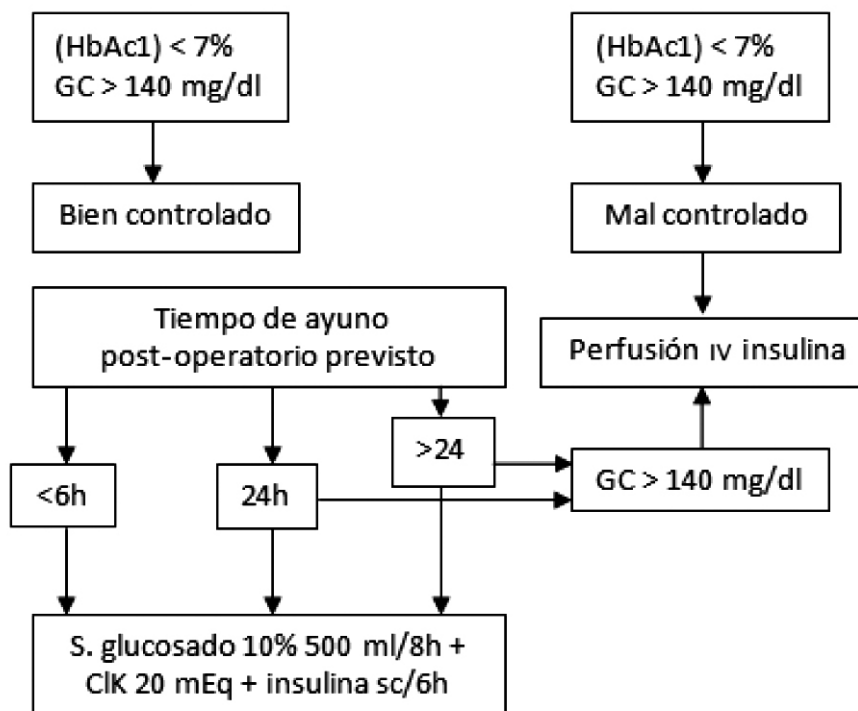


Figura 3. Pauta de control de glucemia intraquirúrgica según el Hospital Clínic de Barcelona

Siendo éstas las medidas básicas que constituirían el abordaje sinérgico de la prevención, los estudios incluidos en esta revisión también destacan otras medidas complementarias. Entre ellas encontramos la aplicación de protocolos de detección y descolonización específi-

cos frente al *Staphylococcus aureus*, el patógeno más común en el medio quirúrgico, como podemos observar en la tabla 1, y del cual es portadora el 30 % de la población general. Los 19 estudios los cuales sintetizó artículo incluido en esta revisión mostraron, con nivel de evidencia IV (en la escala Systematic Review of Level I-IV), una reducción significativa de la ISQ y las complicaciones asociadas, así como una relación coste-beneficio positiva para su aplicación sistemática en pacientes con o sin riesgo previo de ser portadores del patógeno (Chen, Rao y Wessel, 2014).

Otra de las medidas para la prevención de ISQ estudiada en la bibliografía recabada es la aplicación sistemática de baño o duchas postoperatorios tempranos en las primeras 48 horas tras la intervención. El trabajo incluido a este respecto incluyó estudios aleatorizados con una muestra de 857 pacientes, a partir de los cuales no se pudo obtener significación estadística (RR 0,96; 95 %, IC 0,62 a 1,48) sobre si el baño o ducha en las 24h tras la intervención reduce la probabilidad de desarrollar infección en el punto de intervención. La proporción de pacientes que desarrollaron ISQ fue del 8,5 % en aquellos sometidos a baño o ducha tempranos frente al 8,8 % de aquellos que recibieron baño tardío (Davison, Sinha y Toon, 2013).

Tabla 1. Patógenos más comunes en localización quirúrgica

Patógenos más comunes según localización de la cirugía	
Implante o reemplazo de prótesis	<i>S. aureus</i> + <i>Staphylococcus coagulasa-negativos</i>
Cirugía torácica cardíaca y no cardíaca	<i>S. aureus</i> + <i>Staphylococcus coagulasa-negativos</i> + <i>Streptococcus pneumoniae</i> + bacilos gram-negativos
Neurocirugía	<i>S. aureus</i> + <i>Staphylococcus coagulasa-negativos</i>
Cirugía respiratoria	<i>S. aureus</i> + <i>Staphylococcus coagulasa-negativos</i>
Cirugía oftálmica	<i>S. aureus</i> + <i>Staphylococcus coagulasa-negativos</i> + bacilos gram-negativos
Cirugía colorrectal	Bacilos gram-negativos + patógenos anaerobios
Cirugía de cabeza y cuello	<i>S. aureus</i> + patógenos anaerobios orofaríngeos
Cirugía urológica	Bacilos gram-negativos

Discusión y conclusiones

Las causas de la adquisición de una infección de la herida o sitio quirúrgico son multifactoriales. Son numerosas las características del ambiente y del propio paciente que confluyen para, de modo conjunto, favorecer la adquisición o extensión de patógenos en medio quirúrgico, por lo que la implementación de medidas de actuación sinérgica constituiría un sistema de prevención eficaz, tal como ha podido constatar la presente revisión en base a evidencia científica actual y de calidad (Hernández, 2002).

A la hora de organizar la implementación de medidas preventivas es necesario identificar sobre qué agentes es posible actuar. Por un lado, el personal sanitario, el cual deberá realizar exámenes prequirúrgicos, con sus correspondientes recomendaciones y tratamientos para reducir el riesgo posterior, mantener una correcta disciplina de actuación e higiene y hacer un

correcto uso de los medios disponibles. Por otro lado tenemos el ambiente, sobre el que se llevan a cabo actuaciones de limpieza, y control de parámetro aéreos (temperatura, presión, humedad, partículas en suspensión, etc.). Finalmente tenemos el agente con mayor relación directa con el aumento de la infección quirúrgica, el propio paciente, sobre el que, como se ha podido constatar en esta revisión, es necesario actuar en medio quirúrgico mediante la aplicación de medidas de actuación sinérgica (Limón y Pujol, 2013) (MSGP, 2011).

De este modo, se ha podido determinar, con alto grado de evidencia, que el abordaje de tipo *bundle* constituye la modalidad de prevención que más impacto tiene para la reducción de la infección del sitio quirúrgico (ISQ), siendo recomendable el uso paralelo de medidas generales o específicas en función de las características de la intervención y el paciente. A este respecto, de las múltiples variantes que existen sobre el *bundle* general, se ha podido constatar, en base a la bibliografía consultada, que el más recomendable para su implementación incluiría las medidas clásicas (identificadas por sus siglas en inglés con el acrónimo *CATS*) de corte del vello en lugar de rasurado, antibioprofilaxis adecuada, mantenimiento de una temperatura adecuada y control de los niveles de glucemia, a los que habría que sumar una modificación, antisepsia mediante soluciones alcohólicas, la cual no se ha contemplado generalmente en estos conjuntos de medidas (Limón y Pujol, 2013).

En el contexto actual, el abordaje de la prevención de la infección de sitio quirúrgico (ISQ) mediante conjunto de medidas de actuación sinérgica continua extendiéndose, siendo cada vez más común la publicación de protocolos y guías de recomendación basadas en la evidencia que avalan esta práctica. Entre ellos podemos destacar el proyecto «Infección Quirúrgica Zero» de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), el cual establece intervenciones sobre cinco áreas específicas: profilaxis quirúrgica antibiótica, uso de clorhexidina alcohólica al 2 %, cumplimiento de las normativas de retirada del vello y aplicación de medidas de normotermia y normoglucemia perioperatorias (SEMPSPH, 2011).

La propia SEMPSPH ha realizado estudios prospectivos de evaluación referentes a diferentes aspectos de la aplicación del proyecto Infección Quirúrgica Zero, los cuales han sido presentados al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estos estudios arrojaban una previsión de ahorro para el Sistema Nacional de Salud de más 570 millones de euros en 2015 con la aplicación sistemática de las medidas a nivel nacional (Abc, 2015; SEMPSPH, 2015).

A nivel autonómico, la Comunidad Valencia es una de las pioneras en la aplicación de medidas *bundle* para la prevención de la ISQ, comenzando por el Hospital General Universitario de Elche, donde se gestó el proyecto Infección Quirúrgica Zero, al que ya se han sumado 32 hospitales públicos. Próximamente, a éstos se sumará un nuevo centro, ya que el servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de la Plana de Villareal, a cargo del Dr. Ramón Limón, finalizará la aplicación completa del proyecto con la sustitución total de la povidona yodada por la clorhexidina en todos los ámbitos de uso (SEMPSPH, 2015).

Podemos observar cómo el abordaje de la prevención de las infecciones nosocomiales de la herida quirúrgica mediante la aplicación de *bundles* modificados y otras medidas accesorias supone una de las principales estrategias para reducir el número de contagios de estas características

La actuación sinérgica implica una serie de medidas con respaldo de la evidencia cuya aplicación clínica ha demostrado reducir significativamente los costes en comparación con los asociados al tratamiento de infecciones ya establecidas. Asimismo, al englobar un conjunto de acciones de aplicación sencilla e inmediata, no requiere la adquisición de aparataje técnico o formación especializada para los trabajadores.

Sin embargo, es necesario remarcar que todavía es necesario un mayor consenso científico, principalmente en las medidas accesorias al *bundle*. Por ello, a continuación se exponen

una serie sugerencias sobre posibles futuras vías de investigación junto a recomendaciones extraídas del análisis de los resultados:

1. Aplicación sistemática de las medidas de actuación sinérgica en medio quirúrgico para favorecer la prevención de ISQ por contagio nosocomial.
2. Consideración de la adhesión de las medidas de carácter adicional con respaldo de la evidencia descritas en este trabajo.
3. Elaboración de estudios comparativos de la eficacia de antibióticos en el ambiente perioperatorio según la duración de tratamiento.
4. Elaboración de estudios de casos y controles con muestras amplias para determinar con mayor grado de evidencia la adecuación del uso de baño o ducha tempranos postquirúrgico frente a los tardíos.
5. Determinación de las medidas más eficaces para afrontar al análisis y tratamiento de los niveles glucémicos en ambiente perioperatorio y su inclusión en protocolos estandarizados.

Referencias bibliográficas

- ABC (2015). Un proyecto del Hospital de Elche podría reducir un 20 % las infecciones quirúrgicas. Madrid: *Diario Abc* SL.
- Barbateskovic, M., Glandman, E., y Nelson, R. (2014). Antimicrobial prophylaxis for colorectal surgery. Sheffield, UK: The Cochrane Library.
- Chen, A., Rao, N., Wessel, C. (2013). Staphylococcus aureus screening and decolonization in orthopaedic surgery and reduction of surgical site infections. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 417, 2383-2399.
- Davison, R., Sinha, B., y Toon, D. (2013). Early versus delayed post-operative bathing or showering to prevent wound complications. UK: The Cochrane Library.
- Edwards, P., Mcfarlane, E. (2013). Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery. (Ed.) Glamorgan, UK: The Cochrane Library.
- García, D., Maseda, E., y Pérez, V. (2015). Evaluación de un paquete de medidas para la prevención de la infección de localización quirúrgica en cirugía colorrectal. *Cirugía Española*, 93, 222-228.
- Greenberg, J. y Reichman, D. (2009). Reducing surgical site infections: a review. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2, 212-221.
- Hernández, R. (2002). Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31, 201-208.
- Herruzo, R. (2010). Prevención de la infección de localización quirúrgica, según un *bundle* modificado. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 54, 256-271.
- Jeffreys, M. (2005). Ethnic differences in cause specific mortality among hospitalised patients with diabetes: a linkage study in New Zealand. *Journal of epidemiology and community health*, 59, 961-966.
- Ministerio de Salud del Gobierno de Perú. Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias Lima: Dirección General de Salud de las Personas, Gobierno de Perú.
- Limón, E. y Pujol, M. (2013). Epidemiología general de las infecciones nosocomiales: sistemas y programas de vigilancia. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 31, 108-113.

- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (2011). *Proyecto Infección Quirúrgica Zero*. Madrid: SEMPSPH.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (2013). Informe global del Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España 2013. Madrid: SEMPSPH.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (2015). *La aplicación del Proyecto Infección Quirúrgica Zero podría ahorrar al SNS más de 570 millones de euros solo en 2015*. Madrid: SEMPSPH.

Las estrategias de entrada en grupo en niños de primero de educación primaria

ENRIQUE LLIN VAÑÓ
al297049@uji.es

CLARA RENAU ESCRIG
al099848@uji.es

SARA ROSELLÓ SEMPERE
al258700@uji.es

CARLOS JAVIER SANCHIS LAHIGUERA
al295909@uji.es

GHISLAINE MARANDE PERRIN
marande@uji.es

Resumen

Introducción: En el presente estudio se han analizado las estrategias utilizadas por niños y niñas de primero de primaria para integrarse en un grupo de juego. **Método:** La muestra está formada por 115 sujetos de los que el 60,86 % eran niños y 39,14 % niñas. El tipo sociométrico de la muestra fue de 51,3 % rechazados y 48,7 % medios. La situación hipotética, guía principal del instrumento de evaluación describe a un niño o niña que entra en una clase donde están jugando dos compañeros/as suyos y él/ella quiere jugar con ellos. Las diversas respuestas obtenidas a la pregunta «¿Qué puedes hacer para que te dejen jugar?» se organizaron en una clasificación específica de 6 tipos: agresivas, autorreferentes, recurrir a una figura de autoridad, competentes, pasivas y sin sentido. El principal objetivo del trabajo radicaba en estudiar la primera estrategia emitida por los alumnos y contrastar las respuestas en función del género y del tipo sociométrico. Se realizaron análisis descriptivos para las diversas variables; tipo de estrategias en función del género y del tipo sociométrico. **Resultados:** De las estrategias emitidas, la repetida con más frecuencia fue la competente (87 %). Las niñas (95,6 %) y promedios (91,5 %) utilizaron más estrategias competentes que los niños (81,4 %) y rechazados (82,1 %). Sin embargo, las diferencias en función del género y del tipo sociométrico no fueron significativas. Las escasas estrategias agresivas fueron utilizadas por los rechazados.

Palabras clave: entrada en grupo, estrategias sociales, tipo sociométrico, género, primer curso de educación primaria.

Abstract

Introduction: In the present study we have analyzed the strategies used by first graders to join a play group. **Method:** The sample consisted of 115 children, 60,86 % boys and 39,14 % girls. Regarding the sociometric type 51,3 % were rejected and 48,7 % average. The hypothetical situation utilized as main guide of the evaluation tool describes a child who comes into a class where two peers are playing and s/he wants to play with them. The distinct answers obtained to the question «What can you do to make them let you play?» were organized in a specific six-type classification: aggressive, self-referred, turning to an authority figure, competent, passive and meaningless. The main objective was to study the first strategy emitted by the children and contrast the responses by gender and sociometric type. To this aim, descriptive analyzes for the different variables were performed, such as strategies by gender and sociometric type. **Results:** The most often repeated strategy was of the competent type (87 %). Girls (95,6 %) and average (91,5 %) used more competent strategies than boys (81,4 %) and rejected (82,1 %). However, the differences by gender and sociometric type were not significant. The few aggressive strategies were used by the rejected.

Keywords: group entry, social strategies, sociometric type, gender, first grade primary education.

Introducción

En la vida cotidiana los niños afrontan diversas situaciones sociales en diversos contextos. La mayoría de estas situaciones se dan en el contexto de los iguales. Éstas comprenden situaciones muy específicas como las que mencionan Asher y McDonald (2009) y son: entrada en grupo, la provocación ambigua, la gestión de conflictos, escuchar, y negociar reglas.

El enfoque específico de este tipo de tareas sociales surge como alternativa a la idea de que las personas son competentes o incompetentes (Dodge, McClaskey y Feldman, 1985), es decir, se postula que la competencia social puede variar dependiendo de la situación a la que se enfrenta una persona y que una persona puede ser muy competente en determinadas situaciones y en otras no. Durante la década de 1980 se realizaron múltiples observaciones en situaciones estructuradas laboratorio (Putallaz y Gottman, 1981) o mediante situaciones hipotéticas a partir de las cuales se les pide contestar a determinadas preguntas (e.g., Dodge, 1980; Renshaw y Asher, 1983).

Una de las tareas sociales más importantes es el estudio de cómo los niños se integran en las actividades de un grupo de compañeros. Y un componente que ha captado el interés de los investigadores es conocer qué hacen los niños para intentar entrar en un grupo o las estrategias que activan para lograr este fin (Royo, 1993). Este trabajo se fundamenta a partir de la tarea social de entrada en grupo y uno de los principales objetivos de estudio son las estrategias que utilizan los niños en esta situación.

El principal reto que plantea esta situación consiste en pasar de ser considerado una persona extraña a ser incluido en el grupo. Según diversos estudios (Corsaro, 1981a y Forbes, Kantz, Paul y Lubin, 1982) existen indicadores de que cuando un niño trata de unirse en el juego a sus compañeros, tiene una probabilidad similar de ser aceptado que de encontrar la oposición de los miembros del grupo. Aunque el comportamiento de entrada en un grupo

de iguales ha sido un tema de investigación durante más de 50 años (por ejemplo, Corsaro, 1981b; Mallay, 1935; McGrew, 1972; Washburn, 1932), la mayoría de las investigaciones que relacionan el tipo sociométrico y el comportamiento entrada han sido publicadas en la década de 1980.

Frankel (2004a) en su libro establece que la forma de interactuar de los niños/as no sigue los mismos patrones que la de los adultos y que las estrategias formales de presentación no entran en sus esquemas de relación. Algunos niños no tienen las habilidades necesarias para integrarse en un grupo de juego y por eso lo evitan, mientras que otros son muy hábiles (Frankel 2004b). Las diferentes estrategias utilizadas por los niños pueden determinar el éxito o fracaso en su intento de entrada.

Existen una gran variedad de estrategias que son utilizadas por los niños habitualmente y realizar una categorización de las mismas es necesario para poder realizar los análisis pertinentes. La clasificación que se utiliza en nuestro trabajo parte del monográfico *Social Competence in Children* (Dodge, Petit, McClaskey, Brown y Gottman, 1986) donde se establecen 6 tipos de estrategias: agresivas, autorreferentes, competentes, figura de autoridad, pasivas y sin sentido. A continuación se definen las estrategias que proponen:

- Agresivas, son amenazas, violencia física, irrumpir en el juego sin permiso, es decir, todo aquello que altere de forma brusca y violenta el transcurso normal del juego. En este estudio se consideraron respuestas agresivas, por ejemplo: «Les rompería las construcciones»; «cogería las piezas sin pedir permiso».
- Autorreferentes, son todas las declaraciones que hace un niño/a referidas a uno mismo. En este estudio se consideraron respuestas autorreferentes, por ejemplo: «Yo juego muy bien a las construcciones»; «sin mí no haréis una construcción bonita».
- Competentes, son peticiones corteses, declaraciones sobre el juego y comentarios amistosos. En este estudio consideramos respuestas competentes por ejemplo: «¿Puedo jugar con vosotros, por favor?»; «¡Qué construcciones más bonitas!»
- Figura de autoridad, son afirmaciones como «El maestro me ha dicho que puedo jugar», o aquellas declaraciones referentes a una persona de referencia o adulta. En este estudio se consideraron respuestas de figura de autoridad, por ejemplo: «Me “chivo” al profe»; «me iría a buscar al profesor».
- Pasivas, son comportamientos tímidos como revolotear alrededor de la zona de juego o esperar. En este estudio se consideraron respuestas pasivas, por ejemplo: «No haría nada; me esperaría».
- Sin sentido, no son coherentes o carecen de significado.

Los objetivos que se plantan en esta investigación son: estudiar y clasificar la primera estrategia de entrada en grupo emitida por los niños de primero de primaria, comparar las estrategias utilizadas en función del género y comparar las estrategias utilizadas en función del tipo sociométrico.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 527 sujetos de primero de primaria distribuidos en 10 aulas de 4 colegios diferentes de Castellón de la Plana y Benicàssim. En cada aula se identificó la tipología sociométrica de los alumnos, resultando: 70,7 % promedios, 12,9 % rechazados, 11,5 %

preferidos, 2,9 % ignorados y 2 % controvertidos. En estudio se trabajó solo con el alumnado rechazados y promedio, en total 115 sujetos (49,7 % rechazados y 51,3 % medios). Un 60,86 % eran niños y un 39,14 % niñas.

Instrumentos

Se utilizaron dos cuestionarios; el cuestionario sociométrico y el cuestionario de entrada en grupo. Los dos cuestionarios se pasaron individualmente y se realizaron en aulas preparadas para tal función dentro del colegio.

Cuestionario sociométrico de nominaciones entre iguales (García Bacete y González, 2010). Se trata de un sistema de nominaciones entre iguales que pone al niño en la situación de elegir a compañeros de clase en función de un criterio positivo o negativo previamente establecido. Al alumnado se le preguntó: «¿De todos los niños y niñas de tu clase con quién te gusta estar más?» y «¿De todos los niños y niñas de tu clase con quién te gusta estar menos?», para establecer las nominaciones positivas y negativas. Para identificar los tipos sociométricos se utilizó el software Sociomet (González y García Bacete, 2010).

Tarea social de entrada en grupo. El grupo de investigación GREI (Grupo Interuniversitario de Investigación del Rechazo entre Iguales) ha elaborado un cuestionario de entrada en grupo, que consta una descripción escrita de la situación, dos láminas de apoyo a la descripción, y 18 preguntas para analizar diversos aspectos de la competencia social (atribuciones, codificación de las señales, evaluación de las actuaciones, evaluación de las respuestas...). La historia es: «Una niño de tu edad que se llama Juan está haciendo construcciones con una amigo y se lo están pasando muy bien. Otra niño, Toni, entra en clase y los ve. Supongamos que Toni tiene muchísimas ganas de jugar a las construcciones». Existen dos versiones, una para los niños en donde los protagonistas eran chicos y otra para las niñas donde los protagonistas eran chicas.

En este estudio se analizan las respuestas que los niños proporcionan ante la situación: «Imaginate que eres Toni. «Piensa en todas las cosas que tú puedes hacer o decir para que Juan y su amigo te dejen jugar». El niño tenía la posibilidad de emitir una cantidad ilimitada de respuestas; en el caso que emitiera 2 o menos respuestas espontáneas, se le motivaba para que proporcionara más estrategias. Las respuestas se transcribían de forma literal. Posteriormente, las respuestas se codificaron según la clasificación establecida por Dodge y cols., (1986). Aunque muchos sujetos emitieron más de una respuesta, en este artículo solo se estudia la primera estrategia que los niños/as mencionaron porque consideramos que es necesario conocer el primer impulso, lo primero que los niños piensan, lo que creen que es más adecuado para ser aceptados en un grupo de juego.

Resultados

Para lograr los objetivos de este trabajo se utilizaron las técnicas de análisis de frecuencias y tablas de contingencia proporcionados por el programa estadístico SPSS versión 19.

En la tabla 1, se muestran las frecuencias de las estrategias que utilizaban los niños de primero de primaria.

Tabla 1
Estrategias de primera respuesta

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Agresiva	4	3,5
	Autorreferente	4	3,5
	Competente	100	87,0
	Figura de autoridad	2	1,7
	Pasiva	3	2,6
	Sin sentido	2	1,7
	Total	115	100,0

Las 115 estrategias estudiadas fueron: 100 competentes (87 %), 4 autorreferentes (3,5 %), 4 agresivas (3,5 %), 3 pasivas (2,6 %), 2 de figura de autoridad (1,7 %), y 2 fueron sin sentido (1,7 %).

En la tabla 2, se muestran la frecuencia de estrategias que usa cada género. En cada celda se observa la tasa de cada tipo de estrategia, el porcentaje dentro del género y el residuo corregido.

Tabla 2
Porcentajes y residuos corregidos de las estrategias utilizadas en función del género

		Tipo de estrategias							
		Agresiva	Autorreferente	Competente	Figura autoridad	Pasiva	Sin sentido	Total	
Sexo niño/a	Niño	N	4	4	57	1	2	2	70
		% dentro de sexo	5,7 %	5,7 %	81,4 %	1,4 %	2,9 %	2,9 %	100 %
		Res. corregido	16	16	-22	-0,3	0,2	101	
	Niña	N	0	0	43	1	1	0	45
		% dentro de sexo	0 %	0 %	95,6 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	100 %
		Res. corregido	-1,6	-1,6	2,2	0,3	-0,2	-1,1	

$[\chi^2_{(5,115)} = 7,199, p = 0,206]$.

Los niños dijeron que utilizarían: 57 competentes (81,4 %), 4 autorreferentes (5,7 %), 2 pasivas (2,9 %), 2 sin sentido (2,9 %) y 1 figura de autoridad (1,4 %). Las niñas, dijeron que utilizarían: 43 competentes (95,6 %), 1 pasiva (2,2 %), 1 figura de autoridad (2,2 %), 0 sin sentido, 0 autorreferentes y 0 agresivas.

Chicos y chicas dicen emplear las estrategias de forma diferente ($\chi^2_{(5,115)} = 7,199, p = 0,206$). En concreto la proporción de chicas que utilizan técnicas competentes es superior al de chicos.

En la tabla 3, se muestra la frecuencia de estrategias que se usan en función de la tipología sociométrica. En las celdas se observa la tasa de cada tipo de estrategia, el porcentaje dentro del género y el residuo corregido.

Tabla 3
Porcentajes y residuos corregidos de las estrategias utilizadas en función del tipo sociométrico

		Estrategias. Tipo de conducta de la primera respuesta						
		Agresiva	Autorreferente	Competente	Figura de autoridad	Pasiva	Sin sentido	Total
Promedio	N	0	3	54	1	1	0	59
	% estrategias	0 %	5,1 %	91,5 %	1,7 %	1,7 %	0 %	100 %
	Res. corregido	-2,1	1	1,5	0	-0,6	-1,5	
Rechazado	N	4	1	46	1	2	2	56
	% estrategias	7,1 %	1,8 %	82,1 %	1,8 %	3,6 %	3,6 %	100 %
	Res. corregido	2,1	-1	-1,5	0	0,6	1,5	

$[\chi^2_{(5,115)} = 7,900, p = 0,162]$

Los sujetos promedio utilizaron las siguientes estrategias: 54 competentes (91,5 %), 3 autorreferentes (5,1 %), 1 figura de autoridad (1,7 %), 1 pasiva (1,7 %), 0 sin sentido y 0 agresivas. Los sujetos rechazados utilizaron las siguientes estrategias: 46 competentes (82,1 %), 4 agresivas (7,1 %), 2 pasivas (3,6 %), 2 sin sentido (3,6 %), 1 autorreferente (1,8 %) y 1 figura de autoridad (1,8 %).

Medios y rechazados dicen emplear las estrategias de forma diferente [$\chi^2_{(5,115)} = 7,900, p = 0,162$]. En concreto la proporción de medios utilizan menos técnicas agresivas que los rechazados.

Discusión y conclusiones

En los resultados se aprecia que la estrategia más utilizada en primera instancia es la competente, en un 87 % de los casos. De esto se puede deducir que es la estrategia socialmente deseable, es la que todos utilizan sin pensar, es pedir amablemente que le dejen jugar. Las demás estrategias suponen una representación muy pobre con porcentajes que no superan el 3,5 %.

Es fundamental tener en cuenta las aportaciones de otros trabajos para entender mejor nuestros resultados. Los primeros trabajos que estudiaron la entrada en grupo determinaron que los niños aceptados entran partiendo del marco de referencia del grupo que está jugando y posteriormente aportan algo relevante a la actividad (Putallaz y Gottman 1981b; Putallaz, 1983). Aunque todos los niños son aceptados, rechazados e ignorados por los grupos en algún

momento de sus intentos de entrada, los niños de tipo sociométrico bajo (rechazados, ignorados y controvertidos) tienen menos probabilidades de ser aceptados y más de ser ignorados, que los de tipologías diferentes (Putallaz y Gottman, 1981c).

Las investigaciones que correlacionan los tipos sociométricos, tradicionalmente, han sido enfocadas hacia los estilos de interacción conductual de los niños/as en los grupos de iguales (Renshaw y Asher, 1983). Una larga tradición de este tipo de investigaciones indican que los niños populares son más amistosos y constructivos en las interacciones con los iguales (e.g., Dodge, 1980; Goldman, Corsini y Urioste, 1980; Gottman, Gonso y Rasmussen, 1975; Marshall y McCandless, 1957). Los datos analizados no muestran diferencias significativas en función del tipo sociométrico, es decir, que para entrar en un grupo de iguales, los niños rechazados y promedios utilizan mayoritariamente estrategias competentes (91,5 % promedios y 82,1 % rechazados). Estas diferencias no son significativas aunque los niños promedios utilizan un 9,4 % más de estrategias competentes.

Los niños impopulares utilizan conductas más agresivas y disruptivas (e.g., Coie y Kuperesmidt, en prensa; Dodge, in press; Hartup y cols., 1967) y comportamientos que no tienen en cuenta el marco de referencia de otros miembros del grupo. En la tabla 4 muestra que los sujetos rechazados utilizan más estrategias agresivas (7,1 %) que los medios (0 %), en la primera estrategia emitida. Los residuos corregidos indican que existen diferencias significativas respecto las estrategias agresivas utilizadas en función del tipo sociométrico. Por tanto, podemos considerar la agresividad como una característica de las estrategias de los niños/as rechazados.

En las investigaciones de entrada en grupo se han incluido las diferencias entre sexos, y estas, no han sido significativas. Según Putallaz y Wasserman (1989), las chicas parecen más conscientes socialmente y sensibles que los chicos, por ejemplo, las niñas son más propensas a utilizar estrategias de entrada eficaces.

Nuestros resultados muestran diferencias significativas en las estrategias competentes que son, como apuntan Putallaz y Wasserman (1989b), las estrategias de entrada idóneas, las más eficaces, y las niñas (95,6 %), las utilizan más que los niños (81,4 %). Las estrategias agresivas han sido emitidas por niños, igual que las autorreferentes. Sin embargo, las diferencias de sexo en otros ámbitos (Deaux, 1985; Huston, 1983) sugieren que las niñas se socializan centradas en las demandas sociales más que los niños. En un trabajo con niños de 8 y 9 años de Brasil realizado por Souza y Rodrigues (2002), las niñas mostraron más habilidades para pedir ingresar a un juego. Los resultados de este estudio apoyan los resultados obtenidos en Brasil. En otros estudios con muestras de niños brasileños las niñas manifestaron más HHSS que ellos (Bandeira y cols., 2006; Cecconello y Koller, 2000). En definitiva, los diversos estudios apuntan que las niñas utilizan con más frecuencia estrategias competentes que los niños.

Esta investigación se fundamenta en una pequeña parte del cuestionario de entrada en grupo. Por ello, las futuras líneas de investigación son muy amplias, pero por ejemplo, Asher y cols. (1980) descubrieron que las estrategias de los niños menos populares en situaciones conflictivas eran más agresivas y que sus estrategias en situaciones de iniciación y mantenimiento tendían a ser menos sofisticadas y detalladas. Estos descubrimientos proporcionados por Asher podrían establecer una línea futura de investigación. También se podría observar si las segundas, terceras o cuartas estrategias emitidas por los niños/as mantienen la misma línea. Por otro lado, también se podría estudiar cuáles son las estrategias que utilizan los niños/as cuando se les niega la entrada en grupo.

Una de las limitaciones que de este estudio reside en la situación hipotética, es decir, que no se ha realizado una observación directa mediante una grabación. Puede que el niño no se identifique en la situación, que no le guste jugar a las construcciones y por eso no esté mo-

tivado o familiarizado con la misma. Existen muchas variables que escapan a nuestro control y por ello, proponemos realizar la misma investigación en un contexto ecológico en el que se puedan observar las conductas directamente.

Referencias bibliográficas

- Asher, S. R. y McDonald, K. L. (2009). The behavioral basis of acceptance, rejection, and perceived popularity. *Handbook of Peer Interactions*, 13, 232-248.
- Asher, S. R., Renshaw, P. D., y Geraci, R. L. (1980). Children's friendships and social competence. *International Journal of Psycholinguistics*, 7, 27-39.
- Bandeira, M., Rocha, S. S., Freitas, L. C., Del Prette, Z. A. P., y Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 11, 541-549.
- Cecconello, A. M. y Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, 5, 71-93.
- Coie, J. D., y Kupersmidt, J. B. (1983). A behavioral analysis of emerging social status in boys' groups. *Child Development*, 54, 1400-1416.
- Corsaro, W. (1981). Friendship in the nursery school: Social organization in the peer environment. In S. Asher y J. M. Gottman (eds.). *The development of children's friendships* (pp. 207-241). Nueva York: Cambridge University Press.
- Deaux, K. (1985). Sex and gender. *Annual Review of Psychology*, 36, 49-81.
- Dodge, K. A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162-170.
- Dodge, K. A. (1983). Behavioral antecedents of peer social status. *Child Development*, 54, 1386-1389.
- Dodge, K. A., McClaskey, C. L., y Feldman, E. (1985). A situational approach to the assessment of social competence in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 344-353.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., McClaskey, C. L., Brown, M. M. y Gottman, J. M. (1986). Social Competence in Children (1986). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51, 1-85.
- Forbes, D. L., Katz, M. M., Paul, B., y Lubin, D. (1982). Children's plans for joining play: An analysis of structure and function. En D. Forbes y M. T. Greenberg (eds.), *New directions for children development: Children's planning strategies* (No. 18, pp. 61-79). San Francisco: Jossey-Bass.
- Frankel, F. (2010). Making Friends: Joining Others Play. En *Friends forever. How parents can help their kids make and keep good friends* (pp. 51-66). San Francisco: Jossey-Bass.
- García-Bacete, F. J. y González, J. (2010). *Evaluación de la competencia social entre iguales*. Madrid: Tea Ediciones.
- Goldman, J. A., Corsini, D. A., y Urioste, R. (1980). Implications of positive and negative sociometric status for assessing the social competence of young children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 1, 209-220.
- Gottman, J., Gonso, J., y Rasmussen, B. (1975). Social interaction, social competence, and friendship in children. *Child Development*, 46, 709-718.
- Hartup, W. W., Glazer, J. A., y Charlesworth, R. (1967). Peer reinforcement and sociometric status. *Child Development*, 38, 1017-1024.

- Huston, A. C. (1983). Sex-typing. En P. H. Mussen (Series Ed.) y E. M. Hetherington (eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 387-467). Nueva York: Wiley.
- Mallay, H. (1935). A study of some of the techniques underlying the establishment of successful social contacts at the preschool level. *Journal of Genetic Psychology*, 47, 431-457.
- McGrew, W. C. (1972). *An ethological study of children's behavior*. Nueva York: Academic Press.
- Marshall, H. R., y McCandless, B. R. (1957). A study in prediction of social behavior of preschool children. *Child Development*, 28, 149-159.
- Putallaz, M. (1983). Predicting children's sociometric status from their behavior. *Child Development*, 54, 1417-1426.
- Putallaz, M., y Gottman, J. M. (1981). An intencional model of children's entry into peer groups. *Child Development*, 52, 986-994.
- Putallaz, M., y Wasserman A. (1989). Children's naturalistic entry behavior and sociometric status: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 25, 297-305.
- Rollo, P. (1993). El conocimiento de estrategias de interacción con los compañeros en la infancia: diferencias en función de la edad, el sexo y el grado de Aceptación Social. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Renshaw, P. D., y Asher, S. R. (1983). Children's goals and strategies for social interaction. *Merrill-Palmer Quarterly*, 29, 353-374.
- Souza F. y Rodrigues M. M. P. (2002). A segregação sexual na interação de crianças de 8 e 9 anos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15, 489-496.
- Washburn, R. W. (1932). A scheme for grading the reactions of children in a new social situation. *Journal of Genetic Psychology*, 40, 84-99.

Comer por aburrimiento: relación entre tendencia al aburrimiento y estilos de ingesta en población general

ALBA LÓPEZ MONTOYO
al128694@uji.es

AUSIÀS CEBOLLA MARTÍ
acebolla@uji.es

Resumen

Antecedentes: Por *comer emocional* se entiende la tendencia a comer con el objetivo de regular emociones negativas, entre ellas el aburrimiento sin atender a las necesidades de hambre. El objetivo del presente estudio es examinar las relaciones existentes entre la tendencia al aburrimiento y los estilos de ingesta y la regulación emocional.

Método: La muestra consiste en 123 personas adultas. Las medidas utilizadas incluyen los estilos de ingesta medidos a través del Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), la tendencia al aburrimiento, a través del Boredom Proneness Scale (BPS), la regulación emocional mediante el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) y la alexitimia, a través del Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

Resultados: Los resultados analizados, muestran una correlación negativa significativa entre la falta de estimulación interna (mayor experiencia de aburrimiento) y el comer emocional, con una mayor incapacidad para identificar las emociones. Por otro lado, se observan correlaciones significativas positivas entre la falta de estimulación externa y la dificultad para regular emociones, además de problemas para identificar los sentimientos y la dificultad para verbalizarlos. **Conclusiones:** La tendencia a sentir aburrimiento por la falta de estimulación interna, parece que se relaciona con una mayor tendencia a comer para regular emociones y la dificultad de etiquetarlas. El estudio del comer emocional y su relación con el aburrimiento, puede ser de gran ayuda a la hora de plantear intervenciones que tengan como objetivo la pérdida de peso o el cambio de estilos de vida.

Palabras clave: tendencia al aburrimiento, estilos de ingesta, regulación emocional, alexitimia, comer emocional.

Abstract

Background: Emotional eating refers to the tendency to eat with the aim of regulating negative emotions like boredom without taking care of the hunger necessities. The objective of the present study is to examine the relations between boredom proneness, the eating styles and emotional regulation. **Method:** The sample consists of 123 adult people. The measures used include eating styles measured through Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), Boredom Proneness with Boredom Proneness Scale (BPS), the emotional regulation by the Emotion Regulation Questionnaire and the Alexi-

thymia though Toronto Alexthymia Scale (TAS-20). **Results:** The results show significant negative correlation between the lack of internal stimulation (greater experience of boredom) and emotional eating, with a greater incapacity to identify emotions. On the other hand, it is observed significant positive correlations between the lack of external stimulation and the difficulties in emotion regulation, in addition to, problems to identify feelings and the difficulty to verbalize them. **Conclusions:** The tendency to feel boredom by the lack of internal stimulation is related to a greater tendency to eat for regulating emotions and the problems to label them. The research of emotional eating and its relation with boredom, can be helpful to design interventions that target the weight loss or change lifestyles.

Keywords: boredom, intake styles, emotional regulation, alexithymia, emotional eating.

Introducción

Las tasas de obesidad han aumentado en los últimos años de manera alarmante (Rubio y cols., 2007). Los factores que pueden estar influyendo son variados, como los factores culturales, metabólicos, medioambientales o psicológicos. En este último, son especialmente relevantes los estilos de ingesta (Baños y cols., 2014). Los estilos de ingesta se definen por tres teorías psicológicas que intentan explicar el aumento en la ingesta de alimentos, sin atender a las sensaciones de hambre o saciedad. Se han identificado al menos tres estilos de ingesta, el restrictivo, el emocional y el externo (Cebolla, Barrada, Strien, Oliver, y Baños, 2014; Van Strien y cols., 1986).

El primero de ellos, el estilo restrictivo se caracteriza por la tendencia a limitar la ingesta de alimentos, de manera deliberada, con el objetivo de mantener o de disminuir el peso. Este estilo de ingesta se ha relacionado con pacientes con trastorno de anorexia nerviosa. El segundo de ellos, el externo, se refiere al aumento de la ingesta en respuesta a claves externas, mediante el olfato o la vista, como por ejemplo, ver un pastel al pasar por una pastelería, sin sensación de hambre (Anschutz, Van Strien, Van De Ven, y Engels, 2009). El último, el estilo emocional, se define por el incremento en la ingesta en respuesta a una emoción negativa. Los individuos que presentan tendencia a comer emocional responden con un aumento de la ingesta cuando experimentan una emoción intensa, y no una disminución o una supresión de la sensación de hambre que sería lo esperado biológicamente (Cebolla y cols., 2014). Las personas con obesidad tienen mayor tendencia a comer para regular emociones que los normopeso (Spoon, Bekker, y Tatjana Van Strien, 2007).

A lo largo de la bibliografía, se han relacionado los diferentes estilos de ingesta con las diferentes emociones que un individuo puede presentar (miedo, tristeza, alegría, aburrimiento etc.) mostrando que existen variaciones en la ingesta que surgen como respuesta ante diferentes estados emocionales (Macht, 2008).

Una de las emociones que tradicionalmente ha sido relacionada con el comer emocional, es la emoción de aburrimiento. De hecho, la mayoría de escalas de comer emocional incluyen entre los ítems la posibilidad de responder a esta emoción mediante la ingesta. Podemos encontrar artículos científicos desde 1997 que ya señalan una relación entre estas estas dos variables (Crockett, Myhre, y Rokke, 2015). Walfish (2004) encontró que el 45 % de su muestra de mujeres con obesidad mórbida atribuían su sobrepeso principalmente al exceso de comer

cuando se sentían aburridas. Otro estudio que parece resaltar cierta relación es el de Vanderlinden, Tumba, Vandereycken, y Noorduyn (2001), informando que el 66 % de una muestra de mujeres con diagnóstico de trastorno por atracones indicaban que sentirse aburridas era un desencadenante frecuente para los atracones (Cebolla y cols., 2014).

El aburrimiento, por su parte, también ha sido ampliamente estudiado. Aunque existen varias definiciones, parecen presentar matices distintos, la definición más actual es la propuesta por Eastwood, que lo define como un problema atencional, es decir, un estado aversivo que aparece cuando no se puede atraer la atención de forma exitosa, con información interna (como pensamientos o sentimientos) o externa (estimulación medioambiental) exigida para participar en una actividad satisfactoria, es decir, hace énfasis en las dificultades de concentración y atención (Eastwood, Frischen, Fneske, y Smilek, 2012). Todas las definiciones coinciden en que el aburrimiento es una experiencia negativa, que puede actuar como estresor. De hecho se ha relacionado con síntomas mentales relacionados con la depresión y la ansiedad, como apatía, hostilidad, alexitimia, juego patológico, entre otros (Fahlman, Mercer-Lynn, Flora, y Eastwood, 2013). En definitiva, sentirse aburrido se ha relacionado con un afecto negativo y por lo tanto, como un proceso emocional (Eastwood, Fahlman, y 2007; Crockett, Myhre, y Rokke, 2015), así como con una menor capacidad de etiquetar y regular las emociones (Van Strien, Ouwens, Engels y Weerth, 2014).

Atendiendo a las características del aburrimiento y a las relaciones establecidas en la literatura, podemos considerar que si lo relacionamos con los diferentes estilos de ingesta, éste se relacionaría en mayor medida con el comer emocional, sin embargo, en estudios previos, se ha visto como los ítems que preguntan sobre el comer emocional como respuesta a la emoción de aburrimiento de la escala holandesa de estilos de ingesta (DEBQ; Van Strien y cols., 1986; Cebolla y cols., 2014); el ítem 3 «¿Has deseado comer cuando no tienes nada que hacer?» y el ítem 28 «¿tiene el deseo de comer cuando está aburrido o inquieto?», saturan en mayor medida en el comer externo y no en el comer emocional como sería esperable, o apenas hay diferencias significativas entre estos dos estilos. Estos problemas de saturación pueden deberse a diferencias culturales de interpretación de la experiencia de aburrimiento, o bien a la solapación entre los estilos, comer emocional y comer externo. En cualquier caso, es importante conocer las relaciones directas de la experiencia de aburrimiento con el comer emocional y con el comer externo.

El objetivo principal del presente estudio es examinar si la tendencia al aburrimiento se relaciona con una mayor tendencia a comer emocional o a comer externo. El segundo objetivo es analizar si existe una mayor tendencia al aburrimiento en personas con sobrepeso, y observar las relaciones entre el aburrimiento y las dificultades en regulación emocional y alexitimia. Como hipótesis, esperamos que la experiencia de aburrimiento se relacione de manera significativa con el comer emocional y no con el comer externo. Además, esperamos que los individuos que tienden a aburrirse, presenten mayores dificultades tanto de regulación emocional como en la descripción y expresión de la misma.

Método

La muestra estuvo compuesta por 123 sujetos seleccionados de manera aleatoria entre la población general, 89 mujeres y 34 hombres, españoles en su mayoría, con un rango de edad comprendido entre los 18 y 65 años, presentando una media de 27,5 (d. t.= 8,4). Estos participantes presentaban un índice de masa corporal (IMC) que se encontraba entre 16,9 y 35,9, con una media de 22,9 (d. t. = 3,48) y en total contamos con 26 individuos con sobrepeso y 97 con normopeso. De los 26 individuos con sobrepeso, 15 eran mujeres y 11 hombres, con

un IMC medio de 27,96 y con una media de edad de 33,23. Los datos correspondientes al índice de masa corporal fueron reportados por los sujetos de forma on-line.

Los instrumentos utilizados fueron:

- *Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)* (Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986). Este cuestionario mide tres diferentes estilos de ingesta, restrictivo, externo y emocional. La escala tiene un total de 33 ítems que son respondidos mediante una escala Likert de 5 puntos desde 1 (nunca) a 5 (muy frecuente). Hay 10 ítems destinados a medir el comer restrictivo, otros 10 a comer externo y 13 para comer emocional. Altas puntuaciones indican una mayor frecuencia de restrictivo, externo o comer emocional. La escala presenta una fiabilidad medida con el alfa de Cronbach de 0,79.
- *Boredom Proneness Scale (BPS)* (Vodanovich, Wallace, y Kass, 2005). Esta escala ha sido usada para medir diferencias en la experiencia de aburrimiento, diferenciando entre falta de estimulación externa y falta de estimulación interna. Compuesta por 12 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Altas puntuaciones reflejan una mayor probabilidad de experimentar aburrimiento. Presenta una consistencia interna de 0,86 para la escala de estimulación interna y 0,89 para la escala de estimulación externa.
- *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*. Es un autoinforme que mide la dificultad para identificar y verbalizar emociones. Cada ítem se contesta a en una escala tipo Likert que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). El TAS-20 tiene tres factores, dificultad para identificar sentimientos, dificultad para describir o verbalizar sentimientos y el tercero, el pensamiento orientado hacia lo externo o pensamiento operatorio. Unas puntuaciones mayores de 61 son indicativas de dificultad en estos factores. Por su parte, la validez y la fiabilidad han sido medidas en población universitaria con un alfa de Cronbach de 0,79 y 0,73 respectivamente (Loas y cols., 2001).
- *Regulation of Emotion Questionnaire (ERQ)* de Gross y Barret, es un autoinforme que está compuesto de 10 ítems y diferencia entre dos estrategias de regulación emocional, por un lado, la reevaluación cognitiva (6 ítems) y por otro, la supresión expresiva (4 ítems). Se responde en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = extremadamente en desacuerdo y 7 = extremadamente de acuerdo). Este cuestionario presenta una fiabilidad *test-retest* medida a través del alfa de Cronbach de 0,75 para la escala de supresión y 0,79 para la de reevaluación (Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal, y Gross, 2013).

Resultados

Para estudiar las relaciones entre variables se llevó a cabo un análisis de correlaciones de Pearson (tabla 1). Los resultados indican que existe una correlación positiva entre el comer emocional y la falta de estimulación interna con una relación media-baja de ($r = 0,23$ $p < 0,05$).

Tabla 1
Resultados correlacionales entre estilos de ingesta, tendencia al aburrimiento, regulación emocional y alexitimia

	Reevaluación	Supresión	Discrimanci3n emocional	Expresi3n verbal	Pensamiento operatorio	Comer externo	Comer emocional	Comer restrictivo
Falta de estimulaci3n interna	-,116	,153	,344*	,115	-,183	,155	,232	,028
Falta de estimulaci3n externa	,000	,428*	,140	,328*	,178	,141	,157	,127

Tambi3n se han analizado las relaciones entre las distintas estrategias de regulaci3n emocional y la tendencia al aburrimiento. Los resultados muestran una relaci3n positiva significativa moderada-alta ($r=0,428$ $p<0,05$) entre estrategias de supresi3n y falta de estimulaci3n externa.

Por 3ltimo, se han comparado las relaciones existentes entre la alexitimia y la tendencia al aburrimiento. Se puede observar c3mo las dificultades tanto en discriminaci3n como en expresi3n verbal se relacionan moderadamente con la falta de estimulaci3n ($r = 0,344$ y $r = 0,328$ respectivamente $p<0,05$). Podemos destacar que cada una de las correlaciones se relaciona con un tipo diferente de estimulaci3n (interna y externa), pero ambos est3n relacionados con la tendencia al aburrimiento. Por el contrario, el pensamiento operatorio no tiene ninguna relaci3n significativa con la tendencia al aburrimiento.

Con el objetivo de analizar las diferencias entre personas con normopeso y sobrepeso tanto en el aburrimiento como en los diferentes estilos de ingesta se llev3 a cabo un Anova de un factor. No se observan diferencias significativas entre los participantes en ninguno de los estilos de ingesta ($p = 0,359$, $p = 0,607$ y $p = 0,214$). En cuanto a las diferencias en la tendencia al aburrimiento tampoco se observan diferencias significativas.

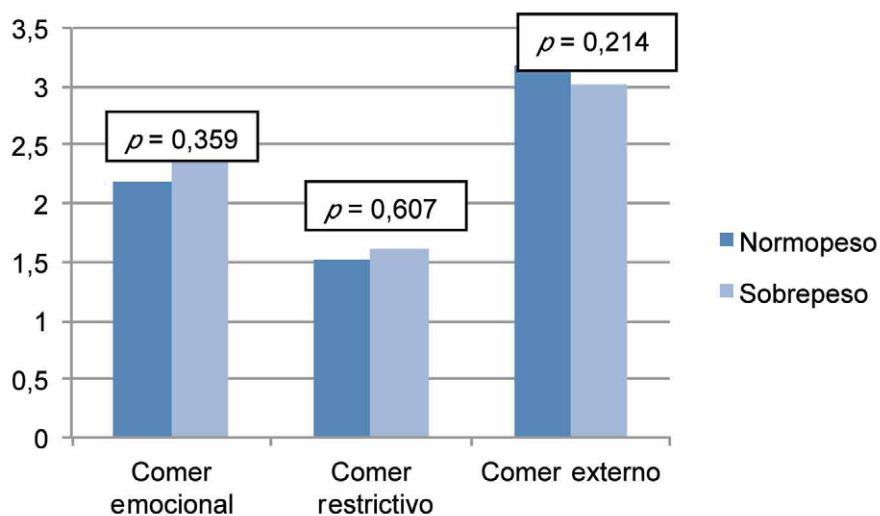


Figura 1. Diferencias entre individuos con sobrepeso y normopeso en los diferentes estilos de ingesta

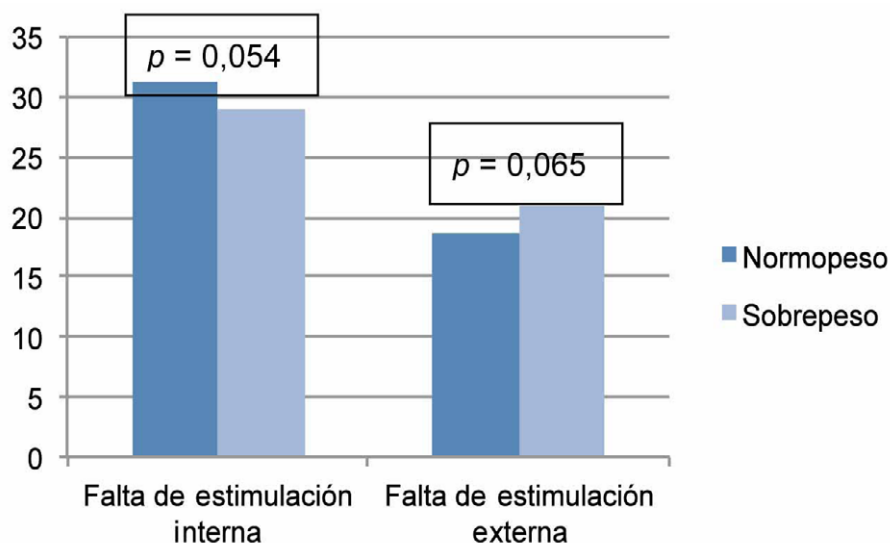


Figura 2. Diferencias entre individuos con sobrepeso y normopeso en tendencia al aburrimiento

Discusión y conclusiones

Como hemos podido observar en los resultados, la predisposición a comer para regular emociones negativas se relaciona con una mayor tendencia al aburrimiento. Por el contrario, no se observa relación entre el estilo de ingesta externo y la tendencia a sentir aburrimiento. Estos datos van en la línea de lo esperado y confirman que al contrario de los resultados obtenidos en la validación de DEBQ (Cebolla y cols., 2014) el aburrimiento se relaciona con el estilo de ingesta emocional y no con el externo.

Uno de los ítems del DEBQ que correlaciona con comer externo es el ítem 3 «¿Has deseado comer cuando no tienes nada que hacer?» y que se refiere a la emoción de aburrimiento, tal vez en nuestra cultura mediterránea no sea interpretado de la misma manera que en la Holandesa (original de la escala), ya que el hecho de no tener «nada que hacer» puede ser positivo y no tiene por qué implicar la emoción de aburrimiento. Posteriores análisis deberían estudiar esta característica a nivel transcultural.

En cuanto a las relaciones entre aburrimiento, regulación emocional y alexitimia, este estudio sigue en la línea de otras investigaciones, es decir, hay una relación significativa entre los constructos aburrimiento y comer emocional, y entre aburrimiento y alexitimia. Se observa que los individuos que tienden a experimentar aburrimiento, también utilizan en mayor medida la estrategia de supresión, lo que dificulta la regulación emocional. Por otro lado, la relación existente entre las dificultades tanto de identificación como de expresión emocional con respecto a la tendencia al aburrimiento, puede explicarse porque los individuos con alexitimia no identifiquen el estado de aburrimiento y por tanto, fracasen en la búsqueda de estimulación, para paliar esta emoción, manteniéndose así esta relación. Además, Amanda C. Crockett y sus colaboradores también han señalado una relación entre la alexitimia, los trastornos de la alimentación y el comer emocional, identificando a su vez relaciones entre el distres y la sobreingesta (Crockett, Myhre, y Rokke, 2015), en definitiva todos ellos están relacionados entre sí.

No se aprecian diferencias entre personas con sobrepeso y con normopeso ni en los diferentes estilos de ingesta ni en la tendencia al aburrimiento. Estos resultados van en contra de toda la literatura previa (Koball, Meers, Storfer-Isser, Domoff, y Musher-Eizenman, 2012) y

tal vez sea debido al tamaño de la muestra con sobrepeso, destacamos este hecho como una limitación del estudio. Otras limitaciones observadas, es que los datos relativos al IMC han sido recogidos por los propios participantes del estudio, siendo en ocasiones una altura y un peso orientativos, y no datos medidos y exactos. Además, los cuestionarios se han administrado de forma online, siendo los sujetos más selectivos y en su mayoría dirigidos a población joven.

Resumiendo, las emociones intensas nos llevan ante diferentes respuestas, una de ellas es el aumento en la ingesta reportado en toda la literatura y una vez más confirmado en este artículo. Se recalca el aburrimiento como una emoción activadora de esta conducta que se relaciona con las dificultades en regulación emocional y en la alexitimia. El estudio del comer emocional y su relación con el aburrimiento, puede ser de gran ayuda en la práctica clínica, sobre todo a la hora de plantear intervenciones orientadas a la pérdida de peso, trabajo con personas con trastornos de alimentación, regulación emocional y cambio de hábitos. Conocer estas relaciones nos proporciona gran ventaja para poder disminuir la experiencia de aburrimiento y facilitar una disminución de la ingesta ante este tipo de emociones.

Referencias bibliográficas

- Anschutz, D. J., Van Strien, T., Van de Ven, M. O., y Engels, R. C. (2009). Eating styles and energy intake in young women. *Appetite*, 53, 119-122.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., y Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 234-240.
- Cebolla, A., Barrada, J., Strien, T. V., Oliver, E., y Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58-64.
- Crockett, A. C., Myhre, S. K., y Rokke, P. D. (2015). Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *Journal of Health Psychology*, 20, 670-680.
- Eastwood, J. D., C., C., Fahlman, A., y E., E. A. (2007). A desire for desires: Boredom and its relation to alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 42, 1035-1045.
- Eastwood, J. D., Frischen, A., Fneske, M. J., y Smilek, D. (2012). The Unengaged Mind: Defining Boredom in Terms of Attention. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 482-495.
- Fahlman, S. A., Mercer-Lynn, K. B., Flora, D. B., y Eastwood, J. D. (2013). Development and validation of the Multidimensional State Boredom Scale. *Assessment*, 20, 68-85.
- Koball, A. M., Meers, M. R., Storer-Isser, A., Domoff, S. E., y Musher-Eizenman, D. R. (2012). Eating when bored: Revision of the Emotional Eating Scale with a focus on boredom. *Health psychology*, 31, 521-524.
- Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., ... Jeamment, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 255-261.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Aranceta, J., Bellido, D., Blay, V., ... Vidal, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 5, 135-175.
- Spoor, S. T., Bekker, M. H., y Tatjana Van Strien, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48, 368-376.

- Stephen, J., Vodanovich, J., Wallace, C., y Kass, S. J. (2005). A confirmatory approach to the factor structure of the Boredom Proneness Scale: Evidence for a two-factor short form. *Journal of personality assessment*, 3, 298-303.
- Van Strien, T., Cebolla, A., Etchemndy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Baños, R. M., y Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20-25.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., y Defares, P. B. (1986). Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained emotional, an external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315.
- Van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D. J., y Engels, R. C. (2012). Moderation of distress-
induce eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58, 277-284.
- Vodanovich, S. J., Wallace, J., y Kass, S. J. (2005). A confirmatory approach to the factor structure of the Boredom Proneness Scale: Evidence for a two-factor short form. *Journal of personality assessment*, 85, 295-303.

La influencia del género en la empleabilidad en jóvenes con empleo y sin empleo

IRENE MENGUAL ALCARAZ
mengual@uji.es

NIEVES FUENTES SÁNCHEZ
al262229@uji.es

M. ALEXANDRA VASS
al288986@uji.es

EVA CIFRE GALLEGO
cifre@uji.es

Resumen

Introducción: De acuerdo con la teoría de roles de género, existirá una segregación horizontal y vertical en función al género que podría estar afectando la empleabilidad del acceso y mantenimiento del empleo de jóvenes menores de 30 años. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar si el género y sus estereotipos asociados afectan de manera diferencial la búsqueda o el mantenimiento de un empleo a este colectivo. **Método:** Realizamos un estudio de tipo cualitativo formado por dos *focus group* de jóvenes menores de 30 años con empleo (en activo durante 2 años mínimo) y sin empleo (en situación de desempleo mayor a 6 meses pero con experiencia laboral) respectivamente. Se les pide a los participantes que describan si creen que el género les ha influido en los procesos de búsqueda o mantenimiento de un empleo. Los *focus group* duraron 2 horas aproximadamente. Posteriormente fueron transcritas y analizadas por 3 jueces diferentes. **Resultados:** Existencia notoria de empleos estereotipados (menor responsabilidad en empleos femeninos), segregaciones laborales –horizontales y verticales– y diferentes condiciones laborales (las mujeres tenían menor salario, y jornadas parciales, los hombres jornadas completas). **Conclusiones:** Todavía es visible la segregación estereotipada por género en el proceso de búsqueda y la calidad del empleo. Finalmente, proponemos medidas de acción para obtener la igualdad.

Palabras clave: empleabilidad, género, estereotipos, desempleo.

Abstract

Introduction: According to the theory of gender roles, there would be a horizontal and vertical segregation related to gender that could be affecting the employability (employment access and maintenance) in young people under 30 years. Therefore, the aim of this study is to analyse if gender and its associated stereotypes are influencing in a different way the search or maintaining of an employment. **Method:** We performed a qualita-

tive study based on two *focus group* of young people less than 30 years, with employment (working at least 2 years) and without it (unemployed higher to 6 months). Participants were asked to describe if they believe that gender has influenced them in this process of searching or maintenance of employment. *Focus group* lasted about two hours. Later on, they were transcribed and analysed by 3 different judges. **Results:** Notorious existence of stereotyped jobs (less responsibility in female jobs), work horizontal and vertical segregations and different working conditions (women had lower pay for women part-time jobs; men had full-time jobs). **Conclusions:** Stereotyped segregation based on gender is still visible in the process of job searching, and its quality. Finally, we propose some steps for actions looking for equality.

Keywords: employability, gender, stereotypes, unemployment.

Introducción

En el contexto económico actual el empleo y la empleabilidad suponen facetas destacables de la vida del individuo. Como muestran los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015), la inestabilidad laboral supone un desafío en la trayectoria profesional. A pesar de que la tasa de paro en España en el primer trimestre de 2015 desciende respecto al último cuarto del año anterior en 13.100 personas, el número de desempleados/as todavía asciende a casi 5,5 millones, de los cuales los jóvenes menores a 30 años de edad representan el 14,40 % hombres y 12,51 % mujeres (INE, 23 de abril de 2015).

La satisfacción en el ámbito laboral forma parte de los indicadores de bienestar del individuo en la sociedad actual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1948). Un componente que influye en la salud del individuo es, pues, el bienestar emocional. Se tienen que considerar las condiciones laborales para mantener el equilibrio de tipo afectivo y evitar posibles situaciones de exclusión. El estado de limitación más común es el de discriminación tratando a las personas «de forma diferente y menos favorable debido a determinadas características como el sexo, el color de la piel, su religión, ideas políticas u origen social, con independencia de los requerimientos del trabajo» (OIT, 2003, pp. 15-16).

Partiendo desde el fundamento biológico, Fausto Sterling (1994) no encontró diferencias comportamentales entre hombres y mujeres de edad adulta, pero los resultados apuntaron a desigualdades resultantes de la experiencia, ya que indicó que las distintas sociedades influyen sobre las personas. Referido a las diferencias anatómicas y fisiológicas se utiliza el término de sexo, mientras que al término *género* se le da uso en cuanto a funciones, papeles y responsabilidades establecidas por la sociedad. Cada individuo ha nacido con su sexo, pero se aprende a ser niña, niño, mujer y hombre a través de la socialización diferenciada (Walker y Barton, 1983).

La asimilación interna del aprendizaje de diferenciación de género conduce a la distinción entre rol de género masculino y rol de género femenino, proceso por el cual los individuos de una sociedad aprenden e incorporan valores y comportamientos asociados al prototipo masculino y femenino, respectivamente. Este proceso de socialización, denominado *socialización de género* (Kohlberg y Ullian, 1974; Slaby y Frey, 1975) comprende una doble vertiente: la colectiva, que supone la adaptación individual en función de las expectativas de la sociedad,

y la individual, que supone la interiorización de los roles y estereotipos, y educar por igual a los descendientes. La socialización individual hace casi inabordable la realización de planes de acción equitativos. Los roles de género conservan relación directa con el reparto de tareas entre hombres y mujeres. En *Género. Manual de capacitación* (FISCR y la Media Luna Roja, 2002) se analizan situaciones cotidianas con participación de las mujeres en tareas domésticas y cuidado de personas mayores, y de los hombres en órganos con toma de decisiones y elevado nivel de responsabilidad. Interviene aquí la condición de estereotipo, enmarcada en el contexto laboral.

El concepto de estereotipos favorece la tendencia a representar al género en grupos homogéneos (por ejemplo, los hombres son unos machistas o las mujeres son unas retorcidas) y para diferenciarlos entre sí (por ejemplo, los hombres suelen ser, por regla general, competentes a diferencia de las mujeres, o las mujeres suelen ser sensibles, mientras que los hombres se caracterizan por su falta de sensibilidad) (Barberá, Martínez Benlloch y Bonilla Campos, 2004).

Los datos recogidos durante el primer trimestre del 2015 (INE) de personas en desempleo muestran diferencias entre géneros dependiendo de diversos factores individuales. Hasta la segunda etapa de educación secundaria el porcentaje de hombres y mujeres en desempleo (menores de 30 años) se muestra equitativo, en cambio cuando hacemos mención a estudios de educación superior observamos que el número de mujeres paradas es mayor (178.700) en comparación con los hombres (127.100). Hay diferencias en el tipo de jornada laboral a tiempo completo (hombres 101,1 y mujeres 68,5) y a tiempo parcial (62.600 hombres frente a 87.600 mujeres). También se muestran distinciones según el estado civil: solteros/as (hombres 724,6 y mujeres 584,6), casados/as (hombres 34,3 y mujeres 90,8, siendo más notorio el desnivel en el rango de edad 25-29 años: hombres 31.2 y mujeres 70.9) (INE, abril 2015).

Existen prejuicios contra aquellas mujeres que ocupan un cargo de liderazgo. Estos son consecuencia de la percepción de incongruencia entre el rol femenino y el rol de líder como se apunta en la teoría de congruencia de rol de género propuesta por Eagly y Karau (2002). Constantemente en nuestra sociedad el rol que enfatiza el poder, la competición y la autoridad se relacionan con el género masculino. Y las mujeres se han caracterizado por roles hacia las personas y el apoyo social, y no tanto al poder o el mando (Eagly, 1987; Eagly, Wood, y Diekmann, 2000; López-Sáez, 1994; López-Zafra, 1999).

En definitiva, las características que se asocian habitualmente al rol de líder se asocian más frecuentemente al rol de género masculino que al femenino. De este modo, las mujeres experimentan discriminación en puestos de trabajo dominados habitualmente por hombres (Eagly, Karau, y Makhijani, 1995; Heilman, 2001; van Engen y cols., 2001), ya que éstos se perciben como especialmente incongruentes con su rol de género. Este hecho explica el bajo porcentaje de mujeres que asumen un cargo de liderazgo en empresas consideradas propias del género masculino, y la consiguiente segregación de hombres y mujeres en los diferentes puestos de trabajo (Cejka y Eagly, 1999; Jacobs, 1999; López-Zafra y Del Olmo, 1999).

Relacionando la teoría de los roles de género con el aspecto de empleabilidad se produce el fenómeno de segregación de tipo horizontal y vertical, ligada frecuentemente a estereotipos. La segregación horizontal hace referencia a la obtención de un puesto de trabajo feminizado y masculinizado (como por ejemplo enfermera, cocinera, dependienta *versus* ingeniero, mecánico, obrero), mientras que la segregación vertical se entiende como la imposibilidad de la mujer para acceder a puestos directivos, para ascender en la empresa y obtener mejores condiciones laborales (Van Vianen y Fischer, 2002).

Es un tipo de barrera impuesta por la sociedad y por las mismas mujeres. Algunas de las causas podrían ser los amplios problemas socioeconómicos que presenta la evolución de mujeres y hombres, la perdurabilidad de los estereotipos de género (Espín, 2005; Fleming,

2005) y otras variables debidas a semejanzas familiares que todavía se mantienen. Las mujeres ocupan el 22 % de los cargos directivos en las empresas españolas de tamaño medio y grande (de 100 a 500 empleados). El porcentaje de mujeres en la directiva de las empresas aumentó 7 puntos porcentuales entre 2004 y 2009, pero se mantiene paralizado desde entonces (Grant Thornton, 2014).

Los estereotipos sexuales se refieren a las creencias generalmente aceptadas y poco cuestionadas que podrían contribuir a cómo los hombres y las mujeres debemos expresar nuestra sexualidad. Así pues, parece ser que el hombre o mujer puede estar afectando de manera diferencial a la empleabilidad de unos y otras, entendiendo por empleabilidad como una condición de preparación para el afrontamiento de las demandas inmediatas o futuras del mercado laboral (Casallí y cols., 1997) que dejar ver los recursos que tiene el/la trabajador y la capacidad que tiene para darles uso en su trabajo. Aunque los grandes datos cuantitativos parecen mostrar que siguen habiendo diferencias, no encontramos estudios que analicen como esta experiencia está afectando, si lo hace, en los jóvenes menores de 30 años, que son el futuro activo laboral del país.

El objetivo de este estudio es analizar si el género y sus estereotipos asociados afectan de manera diferencial a la búsqueda o el mantenimiento de un empleo en el colectivo de jóvenes menores de 30 años, desde un punto de vista experiencial.

Método

Participantes

La muestra del proyecto se compone de 11 jóvenes menores de 30 años, empleados y desempleados, organizados en dos *focus group*.

En el primer *focus group* participaron 6 jóvenes trabajando en activo durante 2 años mínimo (en activo en el momento de llevar a cabo el experimento) de los cuales 3 eran mujeres y 3 hombres, todas y todos menores de 30 años. Las profesiones de las mujeres eran: docente (trabajando durante 3 cursos escolares), enfermera (desde el 2011) y cocinera (6 meses). Las de los hombres; psicólogo del ámbito de los Recursos Humanos (desde hace 3 años), psicólogo investigador estudiante de doctorado (desde este año académico) y un ingeniero (anteriormente trabajó en una refinería pero a día de hoy llevaba sobre 3 meses como administrativo).

El segundo grupo estuvo compuesto por 5 participantes en desempleo durante mínimo 6 meses y en búsqueda activa en la actualidad, de los cuales 3 eran mujeres y 2 hombres, todas y todos menores de 30 años. Las profesiones de las mujeres eran: estudiante de Traducción e Interpretación (1 año y 2 meses en desempleo), estudiante de Publicidad (en desempleo desde hace 7 meses) y estudiante de Psicología (desempleada desde hace 4 años y 2 meses). En el caso de los hombres: estudiante de Psicología (desempleado desde hace 9 meses) y redactor *freelance* (es autónomo pero lleva buscando un trabajo por cuenta ajena desde hace 8 meses).

Materiales y procedimiento

Este estudio ha sido realizado dentro de un proyecto más amplio denominado «Calidad de vida en jóvenes empleados y desempleados: el papel de la regulación emocional», subvencionado por la Universitat Jaume I, y llevado a cabo por el equipo de investigación MPAGER.

Los y las participantes fueron reclutados mediante anuncios publicados por el recinto universitario y mediante personas conocidas contactadas a través de las redes sociales. Su participación era voluntaria y los datos han sido tratados de forma anónima. No obstante ésta fue remunerada una vez finalizada.

Se organizaron 2 *focus group* (uno de jóvenes con empleo y otro de jóvenes sin empleo). Al comienzo de cada una de las sesiones la dinamizadora se encargó de explicar a los componentes de los grupos en qué consistía el estudio realizado por el grupo MPAGER. Posteriormente se hicieron auto-presentaciones de las personas asistentes. En el caso de las personas desempleadas, estas explicaron su experiencia laboral hasta ese día y desde cuándo se encontraban en situación de desempleo y en búsqueda activa de éste. Y en el caso de las personas empleadas comentaron cuáles eran sus estudios, los trabajos que habían tenido anteriores y en cuál se encontraban en la actualidad. Una vez finalizadas las presentaciones de los/las participantes se pasó a completar un cuestionario dividido en varias partes (diferentes para cada *focus group*) que era la base de los *focus* de manera individual. Posteriormente se hizo una puesta en común, acabando reuniéndose las conclusiones sobre cada una de las preguntas planteadas por parte de la dinamizadora. La duración de las sesiones fue en torno a 2 horas cada una.

La primera parte de los *focus group* consistió en contestar preguntas sociodemográficas entre las cuales se les preguntaba cuántos miembros componen su unidad familiar, su nivel de estudios y el ingreso del hogar, entre otras. En el caso de las personas sin empleo debían indicar cuánto tiempo (en años y meses) se encontraban en situación de desempleo y cuánto era el tiempo (en años y meses) que se encontraban buscando un trabajo de forma activa.

En cambio en el cuestionario de las personas con empleo debían indicar si trabajaban por cuenta ajena o por cuenta propia, el tipo de contrato que tenían y el nivel de ocupación, entre otros.

La última parte estaba formada por preguntas relacionadas con su experiencia en el ámbito profesional (como están viviendo la situación de desempleo o si sienten inseguridad laboral), si el género influye en éstas y si habían sido víctimas de discriminaciones laborales por cuestión de género o conocían a alguien que lo hubiera sido.

Las preguntas de esta parte para el *focus group* de las personas empleadas fueron:

- ¿Sientes inseguridad laboral? En caso afirmativo, ¿cómo estás viviendo esta experiencia en el empleo?
- ¿Crees que por ser varón/mujer tu experiencia de inseguridad laboral es diferente a la del otro género? Explícalo.
- ¿Has sufrido alguna vez discriminación de género o conoces alguna situación de discriminación de género hacia un compañero de trabajo? Si se da el caso, explícalo.
- ¿En las experiencias laborales que has tenido y tienes, es el salario el mismo para hombres y mujeres? ¿Por qué crees que ocurre esto?
- ¿Cuáles crees que son tus cualidades que hacen que sigas en dicho puesto?
- Las preguntas para esta parte del *focus group* de las personas desempleadas:
- ¿Cómo estás viviendo la experiencia de desempleo?
- ¿Crees que por ser varón/mujer tu experiencia es diferente a la del otro género? Explícalo.
- ¿Crees que el tipo de trabajo que buscas está influenciado en alguna medida por ser varón o mujer?
- ¿Sientes que tienes más fácil o más difícil la búsqueda de empleo por ser varón/mujer? Si se da el caso, explícalo.

- ¿Has sufrido alguna vez discriminación de género o conoces alguna situación de discriminación de género hacia un compañero de trabajo cuando estabas trabajando? Si se da el caso explícalo.

Análisis cualitativo de los datos

Las entrevistas fueron transcritas y para su análisis se creó una tabla con diversas pautas que se evaluaron en los dos *focus group*.

Las pautas para el análisis del contenido de la sesión del *focus group* de las personas en situación de desempleo fueron:

- Si el género influye en la búsqueda de empleo.
- Si el género influye en los puestos de trabajo.

Las pautas para el análisis del contenido de la sesión del *focus group* de las personas en situación de empleo fueron:

- Inseguridad laboral relacionada con el género.
- Segregación de género en el empleo.
- Género y condiciones laborales.

Tres juezas rellenaron cada una de estas tablas siguiendo las pautas de manera independiente. Posteriormente, se hizo una puesta en común de los resultados para llegar a acuerdos. En caso de que alguna de las juezas no estuviera de acuerdo, se discutió hasta llegar a un acuerdo.

Resultados

Los resultados obtenidos en la investigación con respecto a las personas *con empleo* muestran que los hombres tienen experiencia laboral en empleos dirigidos a la producción (por ejemplo, ingeniería), mientras que las mujeres tienen experiencia laboral en empleos dedicados al cuidado y atención de los demás. En el caso de las mujeres podemos hablar de *empleos externalizados*, es decir, tareas que han llevado a cabo desde hace mucho tiempo dentro de casa y que después se han externalizado (enfermera, maestra y cocinera). Estas diferencias de empleo se conocen como *empleos estereotipados*.

Por otra parte, las mujeres buscan seguir en el puesto actual y si se les propone mejorar no lo tienen claro. En cambio, los hombres presentan una mayor flexibilidad mental y buscan un desarrollo de carrera. A continuación, se puede ver claro este aspecto. Ante la misma pregunta, podemos ver la respuesta de ambos: M (mujer); V (varón).

Dinamizadora: ¿Piensas en alguna mejora o seguir en el puesto que estas exactamente?

M: Ahí estoy bien.

V: Cosas que me gustaría hacer y que pienso que haré en algún momento, pues intentar conseguir o experiencia internacional o experiencia por lo menos en una empresa que sea multinacional.

Como hemos dicho anteriormente, existe una *segregación horizontal y vertical* que podría estar afectando a la empleabilidad a través del acceso y mantenimiento del empleo en función del género. Los participantes empleados de la investigación refieren que sí hay una segregación de género en el empleo. Por ejemplo, afirman lo siguiente:

V: Yo, mi experiencia, con igualdad y con empleo, yo sí, yo vivo la discriminación de las mujeres día a día, constantemente en todos los niveles de la sociedad. Hay casos en los que hay mujeres trabajando a jornada completa que cobran lo mismo que sus compañeros a media jornada. La segregación horizontal es brutal, es decir, empresas en las que te encuentras, departamento de administración, 98 % mujeres, departamento de producción 99 % hombres o 100 % hombres, es decir si tenemos 50 hombres y 50 mujeres, pero todas la mujeres son administrativas y todos los hombre son de producción.

M: Yo dentro de mi profesión, como maestra o maestro, vamos igual, en el colegio donde yo estoy somos tanto mujeres como hombres y tal, pero si sé de, por ejemplo, mi pareja, está trabajando en una empresa donde no contratan a mujeres, está allí y no contratan a ninguna mujer y ya está o amigas mías que son ingenieras o químicas que también hay empresas que no las contratan, no sé por el tema de tener hijos, que se queden embarazadas, no sé.

Las diferencias de género también se hacen visibles en el salario y las jornadas laborales. Existen casos en los que mujeres a jornada completa cobran lo mismo que hombres a media jornada (el salario en mujeres es del 27 al 35 % menor que en hombres).

Por otro lado, con respecto a los y las participantes sin empleo podemos apreciar que los hombres fomentan el autoempleo mientras que la experiencia laboral de las mujeres son trabajos relacionados con la atención a los demás. En cuanto a la influencia del género en la búsqueda de empleo, uno de los participantes desempleados comenta que no ha visto diferencias, solamente en el caso de las tiendas de ropa (*segregación horizontal*).

V: En tiendas como de ropa sí que mayormente cogen chicas. Un chico que quiera optar al puesto, no sé, no por el tipo de ropa, sino que llegan a coger solamente a chicas. Y para puestos también del tipo de supermercados hay chicos, pero la gente que está normalmente en cajas son chicas. A lo mejor por el hecho de que están cara al público y prefieren a lo mejor mujeres porque piensan que son... más agradables, más amables, más yo qué sé...

En cuanto a la influencia del género en los puestos de trabajos, ambos géneros opinan lo mismo: existe una *segregación vertical* que imposibilita a las mujeres acceder a los puestos de alto cargo.

V: Creo que hay chicas que tienen más fácil algunos tipos de puestos. Ahora, a cargos más altos y demás sí que es verdad que a puestos directivos sí que hay minoría en las mujeres.

M: Eh... es que claro, si nos estamos refiriendo a niveles más profesionales y más a perfiles de empresas grandes y empresas con éxito... yo he visto que la mayoría son hombres o varones los que ocupan puestos importantes de trabajo o los que están mejor remunerados.

Discusión y conclusiones

Como hemos podido comprobar, el género sí es un factor influyente para el mantenimiento o la búsqueda de empleo. De acuerdo a los datos y los conceptos aportados en la introducción, es posible apreciar una segregación de género, donde mayormente es el género femenino el perjudicado. Esto se contrasta con los resultados obtenidos, ya que hemos encontrado tanto segregación de tipo vertical (problemas a la hora de acceder a un empleo por el género como por ejemplo en el puesto del ámbito de la enfermería), como de tipo horizontal (problemas para ascender a un empleo por ser mujer).

Por otra parte, hemos podido encontrar todavía la existencia de empleos estereotipados, ya sea por los que tienen o han tenido cada participante o por sus experiencias propias contadas en las entrevistas (departamento de administración 98 % mujeres, y departamento de producción 99 % o 100 % hombres).

Sigue siendo también notoria que las características de los empleos entre hombres y mujeres no son equitativas. Por ejemplo, el salario de las mujeres sigue siendo inferior al de los hombres. Esto se puede explicar por la teoría de congruencia de rol de género propuesta por Eagly y Karau (2002). Las mujeres experimentan discriminación en puestos de trabajo dominados habitualmente por hombres (éstas se perciben como incongruentes en su rol de género) y la consiguiente segregación de hombres y mujeres en los diferentes puestos de trabajo.

A pesar de estos resultados obtenidos, debemos recalcar que dichas diferencias van siendo menores conforme avanzan los años; sin embargo, todavía queda mucho trabajo por hacer en un futuro para que éstas sean completamente equitativas. Para que estas medidas sean efectivas y se lleve un control se creó la Red Europea de Mainstreaming de Género, en la que participa el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Entre las acciones que lleva a cabo esta institución podemos encontrar: informaciones y datos desagregados por sexo, utilización de un lenguaje no sexista, y un enfoque transversal de género, entre otras.

Referencias bibliográficas

- Barberá, E., Matrtínez Benlloch, I., y Bonilla Campos, A. (2004). *Psicología y género*. Madrid: Prentice Hall.
- Casali, A., Rios, L., Teixeira, J. E., y Cortella, M. S. (1997). *Empregabilidade e Educação. Novos caminhos no mundo do trabalho*. São Paulo: Educ/ Rhodia.
- Cejka, M. A., y Eagly, A. H. (1999). Gender stereotypic images of occupations correspond to the sex segregation of employment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 413-423.
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eagly, A. H., y Karau, S. J. (2002). Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological Review*, 109, 573-598.
- Eagly, A. H., Karau, S. J., y Makhijani, M. G. (1995). Gender and the effectiveness of leaders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 117, 125-145.
- Eagly, A. H., Wood, W., y Diekmann, A. B. (2000). Social role theory of sex differences and similarities: A current appraisal. En T. Eckes y H. M. Trautner (eds.), *The developmental social psychology of gender* (pp. 123-174). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Espín (coord.) (2005). *Publicitat i sexisme: la mirada crítica de l'alumnat universitari*.
- Fausto-Sterling, A. (1994). Myths of gender. *Biological theories about women and men*, 2ª ed. Nueva York: BasicBook.

- Fleming, M. (2005). Género y autonomía en la adolescencia: las diferencias entre chicos y chicas aumentan a los dieciséis años. *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 3, 23-35.
- Grant Thornton International Ltd (2014). *Grant Thornton Women in Business Report*. España: Grant Thornton.
- García-Retamero, R y López-Zafra E. (2006). Congruencia de rol de género y liderazgo: El papel de las atribuciones causales sobre el éxito y el fracaso. *Revista latinoamericana de Psicología*, 38, 245-257.
- Heilman, M. E. (2001). Description and prescription: How gender stereotypes prevent women's ascent up the organizational ladder. *Journal of Social Issues*, 57, 657-674.
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2015). Extraído desde <http://www.ine.es/> el 29 de marzo de 2015.
- Jacobs, J. A. (1999). The sex segregation of occupations: Prospects for the 21st century. En G. N. Powell (eds.), *Handbook of gender and work* (pp. 125-144). Londres: SAGE.
- Kohlberg, L., Ullian, D. Z. (1974). Stages in the development of psychosexual concepts and attitudes. En R. C. Friedman, R. M. Richart, y R. L. Wiele (eds.), *Sex differences in behavior*. Nueva York: Wiley.
- López-Sáez, M. (1994). Procesos culturales e individuales implicados en la estereotipia de género. Una aproximación empírica a la elección de carrera. *Revista de Psicología Social*, 9, 213-230.
- López-Zafra, E., y del Olmo, S. M. (1999). Estereotipia de género y liderazgo transformacional en contextos de trabajo típicamente femeninos. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9, 53-71.
- Organización Internacional del Trabajo (2003). *Convenio sobre la discriminación en materia de empleo y ocupación*, pp. 15-16.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud tal y como fue adoptada por la Conferencia Internacional de Salud, Nueva York, 19-22 junio, 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados (archivos oficiales de la OMS, núm. 2, pág. 100) y entrada en vigor el 7 de abril de 1948. Obtenida de <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- Slaby, R. G., y Frey, K. S. (1975). Development of gender constancy and attention to same-sex models. *Child Development*, 47, 849-856.
- Van Engen, M. L., van der Leeden, R., y Willemsen, T. M. (2001). Gender, context, and leadership style: A field study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 581-598.
- Van Vianen, y Fischer, A. H. (2002). Illuminating the glass ceiling: The role of organizational culture preferences. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 315-337.
- Walker, S., y Barton, L. (eds.) (1983). *Gender, class and education*. Nueva York: Falmer Press.

Aplicación individual del programa de entrenamiento metacognitivo en la esquizofrenia: dos estudios de caso

CRISTINA MONFORT ESCRIG
al073891@uji.es

JOSEP PENA-GARIJO
jpena@uji.es

Resumen

Introducción: El programa de entrenamiento metacognitivo (MCT) es una intervención dirigida a los sesgos, creencias y errores cognitivos en la esquizofrenia. Con el objetivo de evaluar la eficacia de esta intervención en la sintomatología de dos sujetos, se hipotetizó que el MCT: 1) disminuirá los síntomas psicóticos positivos y negativos 2) fomentará interpretaciones y atribuciones apropiadas y 3) mejorará la calidad de vida, conciencia de enfermedad y estado de ánimo. **Método:** Diseño de caso único subtipo AB (pre y post evaluación) y posterior seguimiento. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de síntomas positivo y negativo (PANSS), Inventario de ideas delirantes de Peters-21 (PDI-21), Inventario de depresión de Beck II (BDI-II), Escala de la Calidad de Vida (QLS) y Escala de la discapacidad (WHO/DAS). La intervención fue aplicada a dos varones diagnosticados de: a) Esquizofrenia de tipo indiferenciado y b) esquizofrenia paranoide. **Resultados:** Se observaron cambios clínicamente significativos en la psicopatología y el funcionamiento psicosocial de ambos sujetos. Se observó una reducción más significativa para los síntomas positivos e ideas delirantes. La evaluación psicosocial destacó por una mejoría de la conciencia de enfermedad, funciones intrapsíquicas e interpersonales y funcionamiento familiar. **Conclusiones:** El MCT fue eficaz en ambos casos, mejorando los síntomas positivos (ideas delirantes), el *insight* y la conciencia de enfermedad, y la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial general de ambos sujetos.

Palabras clave: metacognitivo, MCT, esquizofrenia, caso único.

Abstract

Introduction: The Metacognitive Training for Schizophrenia (MCT) is an intervention that addresses biases, beliefs and cognitive errors. In order to evaluate the efficacy of this intervention in the psychopathology of two subjects, we hypothesized that MCT: 1) decreases the positive and negative symptoms 2) promotes appropriate interpretations and attributions and 3) improves the quality of life, insight and mood. **Method:** A single case design based on subtype AB (pre and post) and follow-up was evaluated by following assessment instruments: Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), Peters Delusions Inventory-21 (PDI-21), Beck Depression Inventory II (BDI-II), the Quality of Life Scale (QLS) and the Disability Scale (WHO/DAS). The intervention was imple-

mented in two outpatient males diagnosed of A) Chronic Undifferentiated Schizophrenia and B) Paranoid Schizophrenia. **Results:** Clinically significant changes in psychopathology and psychosocial functioning in both subjects were observed. Regarding psychopathology, a significant reduction of positive symptoms and delusions was observed, whereas no changes were observed in the BDI-II. The psychosocial assessment highlights a significant improvement in awareness of cognitive biases, intrapsychic and interpersonal functions and family functioning. **Conclusions:** The present study shows the efficacy of an individualized MCT program improving positive symptoms, delusional thinking, insight and awareness of cognitive biases, as well as quality of life and psychosocial functioning in both cases.

Keywords: metacognitive, MCT, schizophrenia, single case.

Introducción

El tratamiento de elección para la esquizofrenia ha venido siendo la intervención farmacológica con antipsicóticos, los cuales que han mostrado grandes beneficios en la reducción de la sintomatología. No obstante, muchos pacientes no responden a ellos y tan solo producen mejorías limitadas en los síntomas negativos, funciones cognitivas, funcionamiento social y calidad de vida (Kane, 2007; Lemos y cols., 2009).

En este sentido, intervenciones tales como la terapia cognitivo-conductual, han demostrado eficacia en la reciente investigación. Pero también, nuevos enfoques terapéuticos como el entrenamiento metacognitivo han demostrado ser un complemento o incluso una alternativa a los tratamientos al uso.

El entrenamiento metacognitivo para la esquizofrenia (MCT; MCT+ para la versión individual) es una intervención basada en conceptos tradicionales de la psicoeducación, la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en cognición social y teoría de la mente (TOM) y la terapia cognitivo-conductual (TCC). El programa tiene como objetivo modificar errores y sesgos cognitivos comunes en la esquizofrenia, partiendo del supuesto de que estas distorsiones pueden evolucionar hasta la creación de falsas creencias o, en última instancia, convertirse en delirios (Freeman, 2007; Moritz y Woodward, 2007; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt y Woodward, 2010). El programa se desarrolla a través de ocho módulos cuyas sesiones tienen por objeto aumentar la conciencia del paciente sobre estas distorsiones y enseñarles a reflexionar sobre ellas de una forma crítica, a complementar, a cambiar y a ampliar su actual repertorio de solución de problemas y sus habilidades cognitivas.

Una serie de estudios, en su mayoría pequeños y medianos, han investigado la aceptación y la eficacia del entrenamiento metacognitivo (Moritz y cols., 2014). Los resultados han mostrado mejorías significativas, sobre todo en combinación con los tratamientos habituales, en los síntomas psicóticos y en los sesgos cognitivos. Varios estudios han demostrado una reducción considerable en la gravedad de los delirios y una mejoría en el conocimiento de los engaños, en la atribución de los delirios y en el conocimiento de la enfermedad, acompañado también por una reducción en los síntomas depresivos (Favrod, Maire, Bardy, Pernier y Bousack, 2011; Favrod y cols., 2013). El MCT, en comparación con los tratamientos habituales, mostró también una mejoría de los síntomas positivos (Kumar, Zia Ul Haq, Dubey y cols., 2010; Moritz, Kerstan, Veckenstedt y cols., 2011). Los resultados del estudio de Naughton, Nulty, Abidin, Davoren, O'Dwyer y Kennedy (2012) demostró que los pacientes expuestos al MCT

mejoraron su capacidad de dar consentimiento al tratamiento y que, cuantas más sesiones recibían, mayor fue la mejoría en esta capacidad de toma de decisiones, debido principalmente a la mejoría en la comprensión y el razonamiento.

Otro aspecto relevante del programa MCT es su posible influencia en los síntomas negativos de la esquizofrenia, habida cuenta de que los actuales tratamientos farmacológico y psicológico proporcionan hasta ahora un beneficio bastante modesto. Un reciente estudio (McLeod y cols., 2014) ha mostrado que la adición de las puntuaciones de metacognición mejora los resultados de predictores ya conocidos de los síntomas negativos como la escala PANSS. Estos resultados sugieren que los errores en el procesamiento cognitivo podrían ser determinantes importantes de la expresión de los síntomas negativos durante las primeras etapas de la psicosis.

La evidencia de la eficacia del MCT, aunque todavía preliminar, subraya la importancia del programa como complemento a la terapia habitual de los síntomas positivos, ya que mejora los sesgos cognitivos y el *insight* en la esquizofrenia (Moritz y cols., 2014). En este sentido, el presente estudio pretende observar y evaluar los cambios clínicos y psicosociales en dos sujetos diagnosticados de esquizofrenia, como paso previo a diseñar un estudio más complejo sobre la influencia de los sesgos cognitivos en la esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico.

Método

Objetivo

Evaluar los efectos de la aplicación de un programa de entrenamiento metacognitivo sobre la sintomatología presente en dos sujetos con diagnósticos clínicos de esquizofrenia. Se hipotetizó que el entrenamiento metacognitivo: 1) disminuirá la presencia de psicopatología psicótica positiva y negativa; 2) fomentará la generación de interpretaciones y atribuciones de los acontecimientos más apropiados; 3) mejorará la calidad de vida general, la conciencia de enfermedad y el estado de ánimo.

Diseño

Se trata de un diseño cuasi-experimental de caso único de tipo AB con pre- y post-evaluación y posterior seguimiento. Los dos sujetos del estudio fueron expuestos a dos condiciones experimentales. En la primera (A) se llevó a cabo la evaluación del problema para establecer la línea de base, mientras que en la segunda (B) se aplicó el tratamiento correspondiente, llevándose a cabo evaluación post-intervención de las medidas objetivo y un posterior seguimiento a los 1,5 meses.

Sujetos

La intervención fue aplicada a dos pacientes procedentes de la Unidad de Salud Mental Illes Columbretes del Hospital General de Castelló.

El sujeto A era un varón de 43 años de edad, soltero, estudios medios y de nivel socioeconómico medio que cumplía criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2004) para esquizofrenia de Tipo Indiferenciado de curso crónico con predominio de síntomas negativos. El inicio de la enfermedad se estima hace 4 años coincidiendo con un presunto episodio de acoso laboral. El

paciente ha ido evolucionando hacia un estancamiento emocional en el suceso del despido con proporciones de ideación delirante, síntomas apático-búlicos, escaso *insight* y poca motivación de cambio. Estos síntomas han afectando a la convivencia familiar con descontrol de impulsos, consumo de alcohol y posteriores soliloquios psicóticos y heteroagresividad verbal.

El sujeto B era un varón de 40 años de edad, soltero, con estudios superiores, que convive en el domicilio familiar con su madre y abuela con integración a las labores doméstica y cumple criterios para esquizofrenia paranoide de curso crónico. El paciente lleva tratamiento psiquiátrico desde hace veinte años por continuos episodios psicóticos de tipo delirante que se iniciaron en un permiso del servicio militar. El curso ha evolucionado con marcadas alteraciones en la forma y contenido del lenguaje que se caracterizan por un discurso tangencial, circunstancial y con pararespuestas que repercuten en la aparición generalizada de ideación esquizotípica de los acontecimientos y experiencias vitales del sujeto.

Las pautas farmacológicas no se vieron modificadas durante la intervención en ninguno de los sujetos.

Instrumentos

1. Entrevista clínica estructurada para trastornos de eje I del DSM IV (SCID-I). Permite establecer los diagnósticos clínicos más importantes del eje I del DSM-IV (APA, 1994) de una forma totalmente estandarizada, la prevalencia del trastorno, problemas psicosociales y ambientales y, la actividad global. Su duración oscila entre 45 y 90 minutos, y ha mostrado unos índices de fiabilidad y validez adecuados.
2. Escala de síntomas positivo y negativo (PANSS). Desarrollada por Kay y colaboradores (1987) y basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), la PANSS consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico y, categorial, que clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto. Se evalúa mediante una entrevista semi-estructurada de 30-40 minutos de duración y consta de 30 ítems (síntomas).
3. Adaptación española del inventario de ideas delirantes de Peters-21 (PDI-21). Diseñada para la valoración de los síntomas delirantes en la población general (Peters, Joseph, Day y Garety, 2004). La adaptación española del PDI-21 (López-Ilundain, Pérez-Nievas, Otero y Mata, 2006) es un instrumento heteroaplicado que consta de un total de 21 ítems en formato de respuesta dicotómica sí/no. Además cuenta con tres subescalas que miden el grado de convicción, preocupación y estrés.
4. Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Es una escala autoaplicada de 21 ítems que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Permite establecer cortes para clasificar entre: mínima depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave.
5. Escala de la calidad de vida (QLS) (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984). Desarrollada para evaluar la disfunción del paciente debido al defecto esquizofrénico. Sin embargo, en la mayor parte de los estudios se aplica con la intención de determinar el nivel de calidad de vida del paciente. La escala consta de 21 ítems que se agrupan en cuatro categorías o factores: funciones intrapsíquicas, relaciones interpersonales, rol instrumental y el uso de objetos comunes y actividades cotidianas.
6. Escala de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS). La DAS es un instrumento sencillo heteroaplicado desarrollado por la OMS (1988) para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos graves.

Consta de 7 ítems que se agrupan en 3 apartados: período cubierto por la valoración, áreas específicas de funcionamiento (dimensiones) y capacidades específicas del sujeto.

Procedimiento

Los pacientes fueron derivados por un psiquiatra de la unidad. Se requirió el consentimiento informado y se les explicó la finalidad de la intervención. Ésta se llevó a cabo durante un total de 15 sesiones individuales. Las sesiones se distribuyeron según las fases definidas del estudio, así como otras consideraciones propias de la fase de evaluación y de la adecuación del tratamiento a los pacientes. Por último, se realizó una evaluación de seguimiento a los 1,5 meses de haber finalizado la intervención.

Resultados

El análisis de las diferencias entre puntuaciones puede considerarse clínicamente significativo a partir de los cortes propuestos por los instrumentos, así como de la comparación y concordancia de los resultados con otros estudios. Un análisis más concreto de la efectividad del tratamiento se ha realizado mediante el análisis visual de gráficos para cada instrumento de evaluación a nivel psicopatológico y del funcionamiento psicosocial y de la calidad de vida.

Psicopatología

Las puntuaciones obtenidas en la Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) muestran para ambos casos una disminución de los síntomas de las escalas positiva, negativa y psicopatología general. La disminución de los síntomas en el caso A, aunque es menos significativa para las tres subescalas, muestra una mejoría clínica de los síntomas negativos, así como de la psicopatología general (figura 1). En el caso B, la disminución de los síntomas psicóticos para las tres subescalas es importante, sobre todo la escala de síntomas positivos (figura 2). Las puntuaciones se mantienen estables en la primera evaluación de seguimiento.

La evaluación realizada con el Inventario de ideas delirantes de Peters-21 (PDI-21) pone de manifiesto para el caso A, ideas delirantes enmascaradas de contenido autorreferencial y religioso, que se han visto disminuidas levemente en los tres niveles de gravedad (figura 1). En el caso B, donde destacaba un buen ajuste intrapsíquico sobre la creencia de las ideas delirantes, disminuyeron los niveles de las tres subescalas (figura 2), manteniéndose estables en la fase de seguimiento.

Los resultados obtenidos mediante el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) no mostraron cambios en las puntuaciones de ambos sujetos. Se mantuvo un grado de depresión leve para el caso A y ausencia de depresión para el caso B.

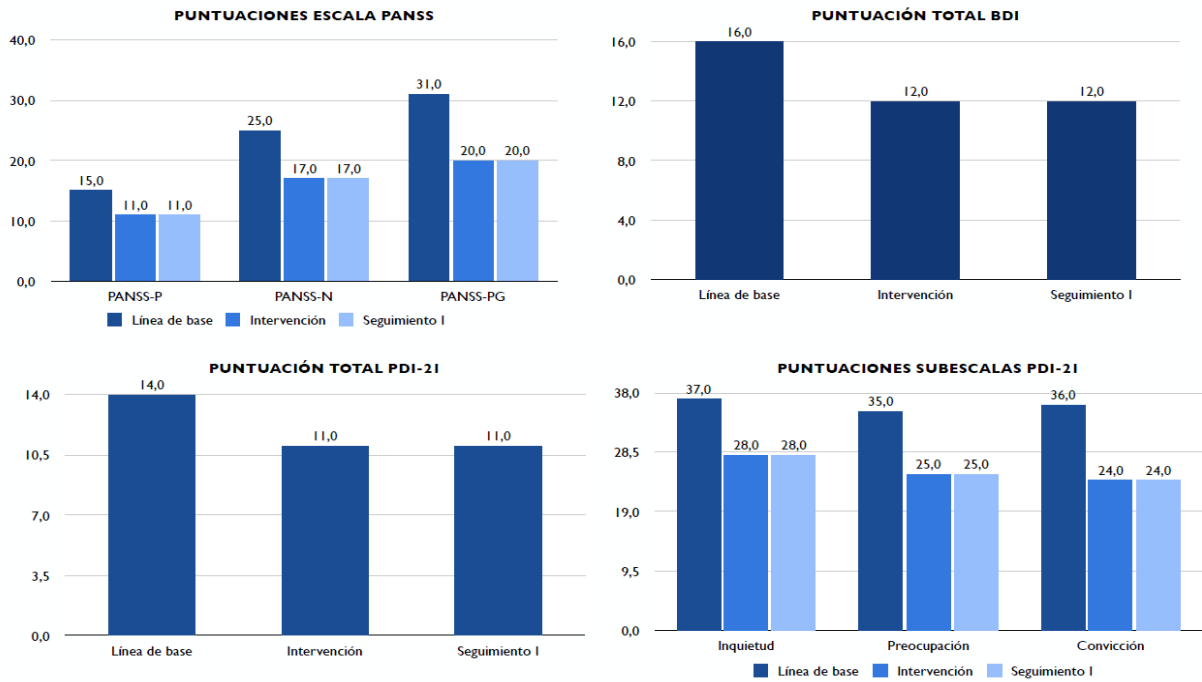


Figura 1. Caso A, escalas psicopatología

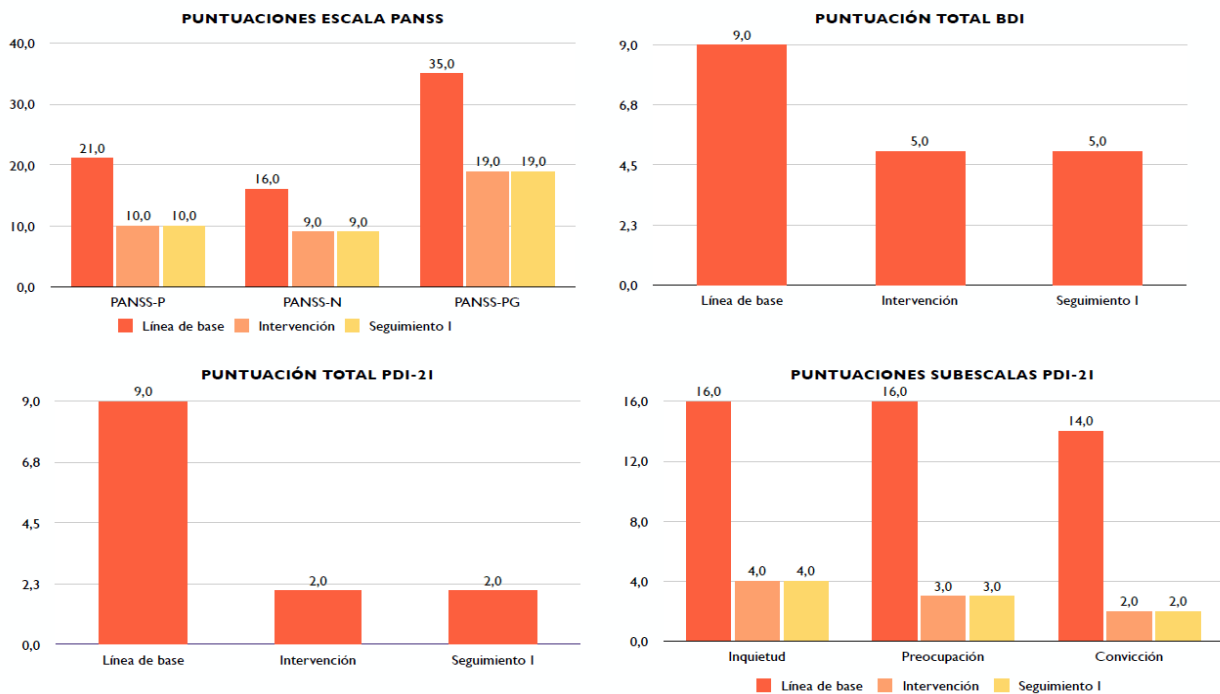


Figura 2. Caso B, escalas psicopatología

Funcionamiento psicosocial y calidad de vida

La calidad de vida y el funcionamiento psicosocial han sido evaluados con la Escala de la calidad de vida (QLS) y la Escala de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS), siendo los resultados para ambos pacientes clínicamente menos significativos al cambio. Los resultados de la calidad de vida del caso A (figura 3), destacan una mayor conciencia de enfermedad y motivación de cambio, aunque el funcionamiento psicosocial sigue manteniéndose en niveles bajos. Por lo que se refiere a la evaluación de la discapacidad, denota una leve mejoría en el funcionamiento familiar y social inmediato (figura 3). Los resultados del segundo paciente (figura 4) muestran una mejoría de la calidad de vida con niveles significativos para las funciones intrapsíquica e interpersonales, con inicio de contacto social, y mayor predisposición y motivación hacia actividades de ocupación del tiempo en el ámbito familiar y social. Por otro lado, la evaluación de la discapacidad muestra un incremento de los niveles de funcionamiento ocupacional y social. Las puntuaciones se mantienen estables para la fase de seguimiento.

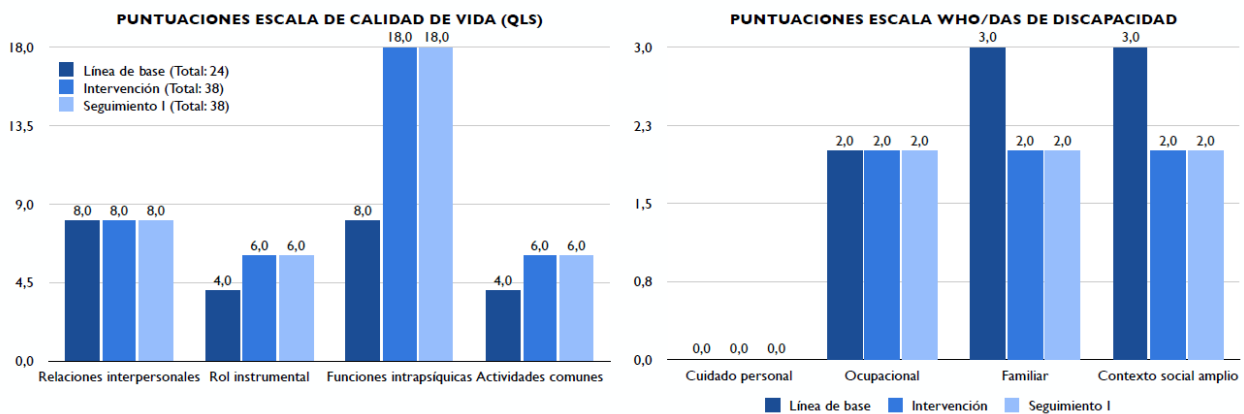


Figura 3. Caso A, escalas psicosociales

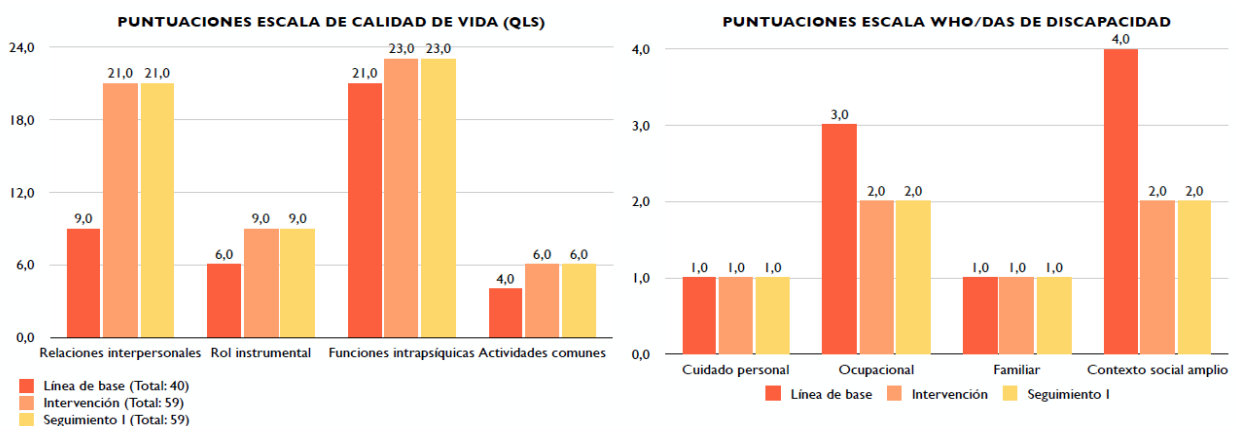


Figura 4. Caso B, escalas psicosociales

Discusión y conclusiones

Efectos del entrenamiento metacognitivo

Los resultados indican un cambio significativo en las variables psicopatológicas y de funcionamiento psicosocial de ambos sujetos a partir de la inclusión en el tratamiento, de acuerdo a las hipótesis del estudio. Los resultados obtenidos han demostrado cambios clínicamente significativos tras la aplicación del tratamiento en los valores de la Escala para el síndrome positivo y negativo (PANSS). Ambos pacientes, que referían severas sintomatologías psicóticas, en el primero de los casos de contenido negativo y en el segundo de desorganización conceptual, han visto disminuidos tales síntomas a niveles de significación entre leves (caso A) y moderados (caso B), siendo la reducción más significativa para los síntomas positivos. Estos resultados están de acuerdo con los de otros estudios sobre la efectividad del entrenamiento metacognitivo en la disminución de la sintomatología psicótica de los pacientes con esquizofrenia. En el estudio de Favrod y cols. (2010, 2013) los resultados mostraron una mejoría considerable en el pensamiento delirante, confirmados también por los resultados en las escalas PSYRATS y SUMD. Por otro lado, los resultados del estudio de Kumar y cols. (2010) mostraron una reducción significativa de los síntomas positivos de la escala PANSS. Esta reducción fue también más significativa en comparación a los resultados del grupo que solo fue expuesto a tratamiento habitual (TAU). También se encontró mejoría en otro estudio sobre la efectividad del EMC individual (Moritz y cols., 2011) para los síntomas positivos, sobre todo, los delirios.

Las puntuaciones del Inventario de ideas delirantes de Peters (PDI-21) mostraron mejoría en el *insight* y conciencia de las ideas delirantes en ambos pacientes. Estos resultados, de acuerdo a las hipótesis planteadas, sugieren una creciente generación de interpretaciones y atribuciones más apropiadas y un aumento de la conciencia de enfermedad. Estos datos están en consonancia con los del estudio de Favrod y cols. (2010) que encontraron un progreso estadísticamente significativo en la atribución de los delirios a la enfermedad y la conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento, evaluados con la escala SUMD. Por otro lado, el estudio de Naughton y cols. (2012) mostró también una mejoría en la comprensión y razonamiento de la necesidad de tratamiento evaluados con la escala MacCAT-T.

Sin embargo, los resultados de la evaluación del estado de ánimo con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) no han sido clínicamente significativos, a diferencia del estudio de Favrod y cols. (2010), en el que sí se observó una reducción de la escala de depresión de la PANSS. Esto pudo deberse a que, en nuestro caso, utilizamos el BDI, que es una medida más sensible y más relacionada con los cambios producidos en la terapia cognitiva. En la intervención que hemos implementado, los síntomas depresivos no se abordan directamente, pudiendo esto justificar por qué no se han observado cambios.

Por otro lado, cabe señalar también los cambios producidos en ambos sujetos en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial medidos por los valores de la Escala de calidad de vida (QLS) y la Escala de discapacidad de la OMS (WHO/DAS). En ambos casos se produjo una mejoría clínicamente significativa de leve (caso A) a moderada (caso B), tanto en las relaciones interpersonales y funciones intrapsíquicas de la calidad de vida como en el funcionamiento social. Estos resultados están a favor de la hipótesis de que el entrenamiento metacognitivo mejora la calidad de vida general y el funcionamiento social de los pacientes. En el estudio de Naughton y cols. (2012), los resultados también mostraron mejoría en el nivel de funcionamiento psicosocial de la escala GAF. Por otro lado, el estudio de Moritz y cols. (2011) mostró también

una mejoría significativa en la percepción de la calidad de vida, sobre todo referida al bienestar psicológico y en las relaciones sociales.

Limitaciones y nuevas perspectivas

El estudio diseñado desde el enfoque cuasi-experimental con un programa de intervención bien estructurado, se ciñe a los efectos de la intervención individual, por lo que estos resultados no pueden extrapolarse a la eficacia del entrenamiento metacognitivo en general sino al efecto particular sobre los casos aquí descritos. No obstante, aunque no se han obtenido estadísticos de significación debido a la limitación de los sujetos muestrales, los resultados analizados mediante análisis visual gráfico parecen ir en consonancia con los resultados de otros estudios reseñados en el documento. A pesar de estas limitaciones, este estudio abre las puertas a futuras vías de investigación en el campo de la intervención clínica y psicosocial. El estudio aquí presentado puede tomarse como una investigación preliminar a otras más exhaustivas con una muestra de sujetos mayor, con grupos control y con diseños aleatorizados que permitan extraer inferencias sobre factores clínicos, psicosociales o de efectividad del tratamiento en trastornos del espectro psicótico o, incluso, en otros trastornos clínicos en los que se evidencian errores y sesgos cognitivos similares.

Finalmente, podemos considerar que el programa de entrenamiento metacognitivo que hemos descrito fue un tratamiento eficaz en los dos casos estudiados, sobre todo, si tenemos en cuenta que ambos pacientes estaban siendo tratados en la Unidad de Salud Mental desde hacía tiempo y que, sobre todo en uno de ellos, la mejoría había sido muy limitada y la tendencia de los síntomas era hacia la cronicidad.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition revised) Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). Arlington: VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier, S. y Bonsack C. (2011). Improving insight into delusions: A pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 401-407.
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S., Conus, P. y Bonsack, C. (2013). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. *European Psychiatry*, 29, 275-281.
- Freeman D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425-457.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. y Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Kane J. M. (2007). Treatment resistant schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 35-40.

- Kay, R., Fiszbein, A. y Opler, A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kay, R. y Sevy, S. (1990). Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 537-545.
- Kumar, D., ZiaUIHaq, M., Dubey, I., Dotivala, K. N., Siddiqui, S., Prakash, R., Abhishek, P. y Nizamie, S. H. (2010). Effect of metacognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12, 149-158.
- Lemos Giráldez, S., Vallina Fernández, O., Fernández Iglesias, P., Fonseca, E. y Paino, M. (2010). Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis / New trends in treatment for psychosis. *Clínica y Salud*, 21, 299-318.
- López-Ilundain, J. M., Pérez-Nievas, F., Otero, M. y Mata, I. (2006). Inventario de Experiencias Delirantes de Peters (PDI) en población general española: fiabilidad interna, estructura factorial y asociación con variables demográficas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 94-104.
- McLeod, H. J., Gumley, A. L., Macbeth, A., Schwannauer, M. y Lysaker, P. H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal of Psychiatry Research*, 54, 109-115.
- Moritz, S., Andreou, C., Klingberg, S., Thoering, T. y Peters, M. J. (2013). Assessment of subjective cognitive and emotional effects of antipsychotic drugs. Effect by defect? *Neuropharmacology*, 72, 179-186.
- Moritz S., Kerstan A., Veckenstedt R., Randjbar S., Vitzthum F., Schmidt C. y cols. (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 151-157.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S. y cols. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 151, 61-69.
- Moritz S., Veckenstedt R., Randjbar S., Vitzthum F. y Woodward T. S. (2011). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: Metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, 41, 1823-1832.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R. y Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 561-569.
- Moritz, S., Voight, M., Köther, U., Leighton, L., Kjahili, B., Babur, Z., Jungclaussen, D. y cols. (2014). Can virtual reality reduce reality distortion? Impact of performance feedback on symptom change in schizophrenia patients. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 45, 267-271.
- Moritz, S. y Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry*, 10, 69-78.
- Moritz, S., Woodward, T. S. y Burlon, M. (2005). *Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT) Manual*. Hamburg: Van Ham Campus.
- Naughton, M., Nulty, A., Abidin, Z., Davoren, M., O'Dwyer, S. y Kennedy, H. G. (2012). Effects of group metacognitive training (MCT) on mental capacity and functioning in patients with psychosis in a secure forensic psychiatric hospital: A prospective-cohort waiting list controlled study. *BMC Research Notes*, 5, 302.
- Peters, E., Joseph, S., Day, S. y Garety, P. (2004). Measuring Delusional Ideation: The 21-Item Peters y cols. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.

- Rocha, N. B. y Queirós, C. (2013). Metacognitive and social cognition training (MSCT) in schizophrenia: A preliminary efficacy study. *Schizophrenia Research*, 150, 64-68.
- Woodward, T. S., Moritz, S. y Chen, E. Y. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions: a study in an Asian sample with first episode of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 83, 297-298.

Estudio de la resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón

YAZMÍN MONTEAGUDO CÁCERES
al295809@uji.es

AURORA VICENTE GARCÍA
aurora.vicente@aecc.es

MARÍA ISABEL PERALTA RAMÍREZ
mperalta@ugr.es

Resumen

Introducción: La resiliencia en relación con el cáncer es más que la aptitud de resistir a la destrucción preservando la integridad, por ello el objetivo de nuestro estudio ha sido comprobar si existen diferencias entre hombres y mujeres que han sufrido cáncer de laringe o mama en resiliencia y variables relacionadas con el estrés. **Método:** Para ello hemos evaluado a una muestra de 20 pacientes oncológicos, de ellos 8 (40 %) con laringotomía total y 12 (60 %) con cáncer de mamas con una media de edad de 50,2 años (d. t. = 3,2), los cuales fueron captados en la Asociación contra el cáncer de Castellón. **Resultados:** El análisis de Mann-Whitney U muestra que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable percepción del estrés ($Z = -2,25$; $p \leq 0,02$), siendo las puntuaciones medias de hombres menores (27) que el de las mujeres (29). También se encontraron diferencias en la variable resiliencia ($Z = -1,9$; $p \leq 0,02$), siendo las puntuaciones de los hombres (media= 74,5, dt = 10,16) mayores que las de las mujeres (media = 66,33, dt = 6,45). Los análisis de correlación muestran que la resiliencia correlaciona con la dimensión de personalidad resistente de control ($r = -0,58$; $p = 0,007$). No se encontraron diferencias con las otras variables. **Conclusiones:** Los resultados han mostrado que sí existen diferencias entre los dos sexos resiliencia y en la percepción del estrés, siendo la resiliencia mayor en hombres que en mujeres y menor en la percepción del estrés.

Palabras clave: resiliencia, cáncer, percepción del estrés.

Abstract

Introduction: Resilience in relation to cancer is more than the ability to resist destruction in preserving the integrity circumstances. Given the importance of the issue and the problem we propose general objective-Check if there are differences between men and women who have undergone breast or laryngeal resilience and stress-related variables cancer. **Method:** Research is conducted in the AECC Castellón province during the May-June 2014, with a sample of 20 cancer patients of which 8 (40 %) with com-

plete laryngectomy and 12 (60 %) with breast cancer where the average age is 50.2 years (SD = 3.2) who were recruited directly into the Association. **Results:** Among the results are statistically significant differences in perceived stress variable ($Z = -2.25$, $p \leq 0.02$) where the mean scores of lesser men (26.62) than women (29.16). Variable differences in resilience ($Z = -1.9$, $p \leq 0.02$) were also found to be the lowest of the top men in resilience (74) for women with (66). It shows that resilience correlated with hardiness in their control dimension (correlation = -0.58 , $p = 0.007$). No differences were found with the other variables. **Conclusions:** The results showed that there are differences between the sexes resilience and stress perception, being more resilient in men than in women and lower in the perception of stress.

Keywords: resilience, cancer, stress perception.

Introducción

¿Cómo enfrenta la gente los eventos difíciles que cambian su vida? ¿Cómo reacciona a eventos traumáticos como la muerte de un ser querido, la pérdida del trabajo, una enfermedad difícil, un ataque terrorista y otras situaciones catastróficas? La psicología actual se enfrenta a nuevas investigaciones y campos de estudio a raíz de la importancia del estudio de la normalidad y los problemas cotidianos que presentan a las personas a lo largo del ciclo vital, tales como la presencia de alguna enfermedad crónica que puede convertirse en mortal, como es el cáncer. La enfermedad oncológica y su vivencia por parte de los enfermos y sus familiares representa un reto para los profesionales de la salud que los atienden, los cuales deben lidiar con las creencias y actitudes personales, familiares y culturales sobre la enfermedad. Estas creencias subyacen a los estilos explicativos de los acontecimientos y a su afrontamiento, que favorecen o limitan la ayuda que pueda ser brindada al paciente y sus familiares. Generalmente, las personas logran adaptarse con el tiempo a las situaciones que cambian dramáticamente su vida. ¿Qué les permite adaptarse? Es importante haber desarrollado resiliencia, la capacidad para adaptarse y superar la adversidad. Ésta se aprende en un proceso que requiere tiempo y esfuerzo y que compromete a las personas a tomar una serie de pasos.

La resiliencia es una de las variables más estudiadas en la actualidad por las implicaciones que tiene para la prevención y la promoción del desarrollo humano. En sus trabajos Rutter tomó este término de la física, denotando la capacidad de un cuerpo de resistir, ser fuerte y no deformarse. Adaptado al ser humano, resiliencia es la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades. Caracteriza a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. En la actualidad, la deducción más importante que se desprende de las investigaciones sobre resiliencia es la formación de personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, constituyéndose en personas productivas, felices y saludables.

Las investigaciones en resiliencia se han orientado fundamentalmente de dos maneras diferentes. Por un lado, verificar la existencia del fenómeno y, por otro lado, indagar los factores que contribuyen a desarrollarla. Dentro del primer grupo, la mayoría son estudios de casos, pero es necesario advertir el sentido con que se usa este término, pues no todos quieren decir lo mismo cuando lo utilizan (Bonnano, 2004).

La resiliencia es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras.

Resiliencia corresponde a la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido e, incluso, transformado. Dentro de los factores que se estudian en la resiliencia se encuentra el estrés siendo conceptualizado como: el proceso psicológico que se produce cuando el individuo evalúa el entorno como amenazante o desbordante y peligroso para su bienestar (Lazarus, 1978). Para ello se lleva a cabo una evaluación primaria (demandas psicosociales), evaluación secundaria (recursos personales) y reevaluación.

En esta línea es importante considerar que factores como la evaluación de la amenaza o la naturaleza del estresor son determinantes para el estudio de las diferencias de género. La forma de afrontamiento ante el estrés no se produce del mismo modo entre hombres y mujeres, incluso en las distintas etapas en las que se puede dividir el ciclo vital son diferentes. Los hombres y las mujeres comúnmente tienen diferentes estilos de afrontamiento, así, el comportamiento masculino gira generalmente en torno a dos conjuntos aparentemente opuestos, enfrentarse directamente al problema y negar el problema; mientras que las mujeres presentan una respuesta más emocional a los problemas y suelen utilizar un afrontamiento basado en el apoyo social. En esta misma línea de resultados muchos autores indican que ambos sexos, a menudo, muy mediatizadas por la educación y los valores culturales tienden a desarrollar diferentes respuestas. De este modo, los roles femeninos se dirigen a la capacidad de experimentar, expresar y comunicar emociones a los demás, así como empatizar con los sentimientos de los demás, mientras que los papeles masculinos van en la línea de reprimir y controlar las emociones de uno mismo.

La resiliencia en relación con el cáncer es más que la aptitud de resistir a la destrucción preservando la integridad en circunstancias difíciles: es también la aptitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir basándose en las fuerzas propias del ser humano. No es solo sobrevivir a pesar de todo, sino que es tener la capacidad de usar la experiencia derivada de las situaciones adversas para proyectar el futuro.

El cáncer es una enfermedad potencialmente peligrosa para la vida y a menudo conduce a la angustia psicológica o trauma. De hecho, un número de pacientes con cáncer sufren de síntomas clínicamente a nivel emocional, como la depresión y la ansiedad. Tal angustia emocional disminuye sustancialmente su calidad de vida, así como potencialmente interfiere con el cumplimiento del tratamiento. Por tanto, es importante evaluar con regularidad y gestionar adecuadamente las emociones de socorro de esta población.

Los comportamientos resilientes y el afrontamiento efectivo son variables que inciden directamente en la disminución de la mortalidad de los pacientes enfermos de cáncer. Alrededor de los años 50 algunas investigaciones sugerían que los pacientes de cáncer, con características psicológicas específicas, aumentaban los índices de supervivencia, por ejemplo, los individuos cuya enfermedad había empeorado pero presentaban características como la amabilidad, capacidad de cooperación, menor expresión de emociones negativa, menor hostilidad, eran más propensos a aumentar su esperanza de vida. En la literatura se denominó a estos pacientes como *emocionalmente expresivos* (Baider, 2003).

En pacientes con cáncer esta aptitud ha sido estudiada por muchos autores que examinaron los cambios en la salud después de un evento significativo de enfermedad o muerte en la familia a 5.007 empleados cuyos niveles de optimismo y pesimismo fueron medidos en 1997 y los eventos críticos en el 2000. La presencia de síntomas de enfermedad después del evento fue menor y retornaron al nivel anterior más rápido en individuos con mayor optimismo que sus compañeros con bajo optimismo.

Estos resultados sugieren que el optimismo reduce el riesgo de problemas de salud y está relacionado con una más rápida recuperación después de un evento crítico. Otra investigación realizada por Derhagopian (2005) en 163 mujeres con cáncer de mama evaluó su ajuste psicosocial en el primer año de tratamiento y posteriormente a los 4-5 años del mismo encontrando que la información previa de bienestar fue un fuerte predictor de los resultados encontrados en las segundas mediciones. Optimismo inicial y el estatus marital también fueron predictores de ajuste. En contraste las variables médicas iniciales no jugaron un rol predictivo. Los resultados parecieran indicar una sustancial continuidad del bienestar subjetivo por muchos años entre las sobrevivientes del cáncer conectado con variables sociales y de personalidad.

Desde el diagnóstico y tratamiento del cáncer con frecuencia se ha percibido éste como un evento potencialmente traumático, el nivel individual de la capacidad de recuperación se podría esperar para influir en los problemas emocionales en respuesta al cáncer.

Estos autores plantean que se debiera hablar entonces de tipos de resiliencia según el contexto y la situación que enfrentan las personas sin olvidar la incorporación y estudio de los conceptos asociados como el de vulnerabilidad, afrontamiento, apoyo y redes. En investigaciones realizadas sobre la medición de la resiliencia se plantea también la dificultad de medir la resiliencia producto de la falta de una definición común entre los autores, ya que para algunos teóricos la resiliencia es una capacidad global de la persona de mantener la adaptación eficaz, y para otros es un conjunto de factores o mecanismos de interacción que se ponen en juego durante el desarrollo de la persona.

Con respecto a la resiliencia y cáncer se han estudiado los cambios de salud después de un evento significativo de enfermedad y sus resultados sugieren que el optimismo reduce un riesgo de salud y está relacionado con la mejor recuperación. Otros estudio llevado a cabo por Carver, Smith, Antoni (2005) en mujeres con cáncer indica que un mayor bienestar subjetivo conectado con variables sociales y de personalidad. Relacionado con las emociones positivas encontramos las investigaciones de Bárbara Fredrickson (2001), que encontraron que las emociones positivas contribuyen a hacer más resistentes a las personas ante la adversidad y construir la resiliencia frente a experiencias traumáticas. La resiliencia no solo se relaciona con los estados psicológicos de los pacientes con cáncer, sino que también se han relacionado con los índices de supervivencia en pacientes con características de personalidad específica las características como la amabilidad, capacidad de cooperación, menor expresión de emociones negativa, menor hostilidad, eran más propensos a aumentar su esperanza de vida este campo de investigación aún está en los inicios y se sustenta en las teorías de la resiliencia como capacidad que se puede desarrollar.

Dados la importancia del tema y las escasas publicaciones existentes sobre las diferencias de género en resiliencia y cáncer, nuestro objetivo general ha sido comprobar si existen diferencias en resiliencia y variables relacionadas con estrés entre hombres y mujeres que han sufrido cáncer de laringe o mama.

Método

Participantes

La investigación se realiza en la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) de la provincia de Castellón durante el periodo de mayo-junio del 2014, con una muestra de 20 pacientes oncológicos, 8 hombres y 12 mujeres, coincidiendo que ellos 8 (40 %) presentaban laringectomía total y ellas, 12 (60 %), presentaban cáncer de mama donde la media de edad fue de 50,2 años (d. t. = 3,2), los cuales fueron captados directamente en la asociación en las

consultas de psicología. El tiempo de evolución de los pacientes fue de entre 5 a 10 años en 5 casos y de entre 10 a 15 años: 15 casos. El nivel de estudios fue de educación primaria 7 (35 %) y 13 (65 %) de Bachillerato. Todos ellos accedieron a la investigación y tras leer la hoja de información firmaron el consentimiento informado siguiendo los principios éticos de Helsinki.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes oncológicos con un diagnóstico establecido.
- Más de 5 años de evolución.
- Saber leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- Comorbilidad con otra enfermedad.
- Presentar algún trastorno en el momento de la evaluación.

Instrumentos

Para la evaluación de la resiliencia, autoeficacia, personalidad resistente y estrés percibido hemos administrado los siguientes instrumentos:

1. *Perceived Stress Scale* o la escala de estrés percibido (PSS). Fue desarrollada por Cohen, Kamarck, y Mermelstein en 1983 y utilizada por primera vez para valorar situaciones estresantes de la vida en un grupo de estudiantes universitarios. Es un cuestionario autoaplicado de una sola dimensión, diseñado para medir el grado en que los individuos aprecian las situaciones en su vida como estresantes en el último mes, evaluando el grado en el cual las personas consideran que la vida es impredecible, incontrolable, o sobrecargada.
2. Escala de autoeficacia general (AE-G), de Baessler y Schwarzer (1996). El único cambio introducido en el cuestionario original, que consta de 10 ítems con escalas tipo Likert de 4 puntos, fue el formato de respuesta a escalas de 10 puntos. Tal como se indicó anteriormente, evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes.
3. La escala de Connor-Davidson Resilience (CD-RISC) validado por (Connor y Davidson, 2003). La estructura de la fiabilidad, la validez y el factor de análisis de la escala fueron evaluados, y se calcularon los valores de referencia para el estudio de muestras. La sensibilidad a los efectos del tratamiento se estudió en sujetos de los ensayos clínicos de TEPT. La escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas y el análisis factorial arrojó cinco factores. A medidas repetidas, ANOVA mostró que un aumento en la puntuación de CD-RISC se asoció con una mayor mejoría durante el tratamiento. El cuestionario mostró buenas propiedades psicométricas en el estudio de validación en la población estadounidense (alfa de Cronbach de 0,89). Para definir la versión final de la escala se tuvo en cuenta la versión traducida al español que proporcionaron los autores de la original (Bobes, Bascaran, García-Portilla, Bousoño, Sáiz y Wallance, 2001), que contiene 25 ítems, con cinco opciones de respuesta de tipo Likert y que se agrupan en cinco dimensiones.
4. Inventario de vulnerabilidad al estrés en versión española validada (Robles-Ortega y Peralta-Ramírez; Navarrete-Navarrete, 2006). Este inventario evalúa cómo es la predisposición del individuo al verse influido por el estrés percibido. Presenta alta consis-

tencia interna ($\alpha = 0,87$). Con respecto a la validez convergente, existe una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con el STAI-R ($r = 0,70$), el BDI ($r = 0,69$), el ESS-R ($r = 0,43$) y el SRLE ($r = 0,47$), en pacientes crónicos y en personas sanas.

5. Cuestionario de personalidad resistente (CPR). Para evaluar el constructo de personalidad resistente se ha utilizado un cuestionario de personalidad resistente elaborado por Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000). El instrumento empleado consta de 21 ítems, que permite evaluar las tres dimensiones del constructo (control, compromiso y reto) anteriormente descritas. Respecto a la cuantificación del test pueden obtenerse puntuaciones de cada una de las escalas, y/o también una puntuación de total del test para referirse a personalidad resistente. El rango de respuesta de los ítems va de 1 («totalmente en desacuerdo») a 4 («totalmente de acuerdo»). Las puntuaciones altas indican mayor personalidad resistente. En el presente estudio la fiabilidad (alfa de Cronbach) para las tres dimensiones de la personalidad resistente fue de 0,74, 0,79 y 0,83 para control, compromiso y reto, respectivamente.

Análisis estadísticos

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de la muestra que incluía medias, desviaciones típicas y porcentajes de las principales variables sociodemográficas.

En segundo lugar con el objetivo de comprobar si existían diferencias entre hombres y mujeres en las variables de resiliencia, estrés percibido, autoeficacia y personalidad resistente se llevaron a cabo diferentes análisis de comparación de medias. En concreto utilizamos el análisis no paramétrico de Mann-Whitney U, dado que la muestra no cumplía el supuesto de normalidad ni el de homogeneidad de las varianzas.

En tercer lugar, para comprobar las variables relacionadas con la resiliencia en estos pacientes, se llevaron a cabo diferentes correlación bivariadas de Pearson. El análisis de datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Análisis descriptivo de la muestra

La muestra estudiada cuenta con 20 pacientes oncológicos de ellos 8 (40 %) con laringectomía total por cáncer de laringe y 12 (60 %) con cáncer de mama donde la media de edad es de 50,2 años (d. t. = 3,2). Las medias encontradas en función del tipo de cáncer y los instrumentos aplicados son los siguientes:

Tabla 1
Descripción de las medias y desviaciones típicas de los instrumentos utilizados en los pacientes con cáncer de mama y los de cáncer de laringe

Instrumentos aplicados	Cáncer de mama Media (d. t.)	Cáncer de laringe Media (d. t.)	Total Media (d. t.)
Percepción del estrés	29,16 (2,28)	26,62 (1,76)	28,15 (2,4)
Autoeficacia general	49,83 (10,5)	52,12 (13,9)	50,75 (11,72)

Instrumentos aplicados	Cáncer de mama Media (d. t.)	Cáncer de laringe Media (d. t.)	Total Media (d. t.)
Capacidad de resiliencia	66,33 (6,45)	74,5 (10,16)	69,60 (8,89)
Vulnerabilidad al estrés	13,91 (3,14)	15,62 (3,02)	14,60 (3,13)
Personalidad resistente reto	2,82 (0,6)	2,51 (0,49)	2,7 (0,57)
Personalidad resistente implicación	2,43 (0,46)	2,49 (0,41)	2,5 (0,43)
Personalidad resistente control	2,96 (0,43)	2,78 (0,24)	2,9 (0,53)

Estadístico MANN-WHITTNEY

Los resultados han mostrado que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable percepción del estrés ($Z = -2,25$; $p \leq 0,02$) entre hombres y mujeres, siendo las puntuaciones medias de hombres menores (26,62) que el de las mujeres (29,16).

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres en la variable «resiliencia» ($Z = -1,9$; $p \leq 0,002$), siendo las puntuaciones de los hombres superiores en resiliencia (74) que en las mujeres (66).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las demás variables.

La correlación de Pearson

Por último comprobamos con qué otras variables psicológicas se correlacionan la resiliencia en las personas que han sufrido cáncer. Los resultados nos mostraron que la resiliencia correlaciona de forma negativa con personalidad resistente en su dimensión control ($r = -0,58$; $p=0,007$).

No se encontró correlación de la resiliencia con ninguna otra variable.

Discusión y conclusiones

El objetivo de nuestro estudio fue comprobar si existían diferencias entre hombres y mujeres que han sufrido cáncer de laringe o mama en resiliencia y variables relacionadas con el estrés. Los resultados han mostrado que si existen diferencias entre los dos sexos y las puntuaciones en resiliencia, siendo la resiliencia mayor en hombres que en mujeres. Además, la percepción del estrés es menor en hombres con cáncer que en mujeres, lo cual guarda relación con las diferencias encontradas en la resiliencia. Sin embargo, al contrario de lo que esperábamos, las puntuaciones totales en resiliencia no correlacionaron con las de estrés percibido.

En relación con otros estudios nuestros resultados coinciden con los trabajos que sustentan la base teórica y la hipótesis planteada, donde se corrobora que en la capacidad de resiliencia desarrollada por pacientes oncológicos está muy vinculada con la personalidad resistente y con la percepción del estrés que los hombres con cáncer. En los resultados obtenidos también podría tener un papel importante el tipo de cáncer, ya que aunque ambos son

devastadores, el cáncer de mama que implica muchas veces una operación drástica como puede ser la mastectomía, que hace que una vez superado el cáncer, la cicatriz siga exponiendo a la mujer a una situación estresante.

Estos datos coinciden con los encontrados por muchos investigadores, los cuales plantean que los hombres y las mujeres, comúnmente tienen diferentes estilos de afrontamiento, y por lo que desarrollan la capacidad de resiliencia de formas diferentes. En esta misma línea de resultados, Yu y Zhang (2010) indican que ambos sexos, a menudo, muy mediatizadas por la educación y los valores culturales, tienden a desarrollar diferentes respuestas.

Las limitaciones del trabajo de investigación están en que la muestra está formada por pequeño número de participantes, pudiendo ampliarse para estudiar las diferencias dadas entre género y resiliencia con mayor muestra. Otra limitación está dada por solo incluir dos tipos de cáncer, pudiendo en otras investigaciones incluir más tipos para compararlos viendo si las diferencias de la resiliencia y el género están influenciadas por el tipo de cáncer, el cual en nuestro estudio coincide con la distribución del sexo.

Los resultados encontrados en este estudio nos demuestran que las mujeres que sobreviven al cáncer desarrollan menor resiliencia y mayor estrés que los hombres, esto implica la necesidad de hacer especial énfasis en que se realicen programas de desarrollo de la resiliencia y control del estrés con las mujeres oncológicas. Los factores psicológicos, los cuales están compuestos por la parte cognitiva, emocional, motivacional, producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que ésta se desenvuelve, influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. Y, a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico, por lo que es necesario siempre desarrollar programas de prevención, promoción de salud.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ahmed, A. S. (2007). Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 369-375.
- Argimon J. M., Jiménez J. (2004) Validación de cuestionarios. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier
- Baek, H. S., Lee, K. U., Joo, E. J., Lee, M. Y. y Choi, K. S. (2010). Reliability and Validity of the Korean Version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Psychiatry Investigation*, 7, 109-15.
- Baider, L. (2003). *Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos*. *Revista internacional de psicología Clínica y de la Salud*, 1, 505-520.
- Bonnano, G. A. (2004). Loss, trauma and health resilience. Have we underestimated the human capacity thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonnano, G. y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 20, 1-30.
- Bonnano, G., Lehman, D., Tweed, R., Haring, M., Wortman, C. Sonnega, J., Carr, D. y Nesse, R. (2002). Resilience to Loss and Chronic Grief: a Prospective Study from Preloss to 18-Months Postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.

- Campbell-Sills L. y Stein M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1019-28.
- Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S., y Derhagopian, R. (2005). Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being Among Long-term Survivors of Breast Cancer. *Health Psychology, 24*, 508-516.
- Coín-Mejías M. A., Peralta-Ramírez M. I., Callejas-Rubio J. L., Pérez-García M. (2007). Personality disorder and emotional variables in patients with lupus/Trastornos de personalidad y variables emocionales en pacientes con lupus. *Salud Mental, 30*, 19-24.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Cyrlunik, B. (2005). El amor que nos cura. Barcelona: Gedisa.
- Danner, D., Snowdon, D. y Friesen, W., (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of personality and social psychology, 80*, 804-813.
- Derhagopian, R. (2005). Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being among Long-term Survivors of Breast Cancer. *Health Psychology, 24*, 508-516.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-built theory of positive emotions, *American psychologist, 56*, 218-226.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Dinamarca: Organización Mundial de la Salud.
- Gist, R. y Woodall, J. (2000). There are no simple solutions to complex problems. En J. M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues and perspectives* (pp. 81-96).
- Kivimaki, M., Elovaino, M., Singh-Manoux, A., Vahtera, J., Helenius, H., y Pentti, J. (2005). Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology, 24*, 413-421.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer (Versión castellana de Martínez Roca, 1986).
- Martire, L., Lustig, A., Schultz, R., Miller, G. y Helgeson, V. S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology, 2*, 599-611.
- Masten, A. y Reed, M. G. (2002). Resilience in Development. En C. R. Snyder y S. J. López (eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 74-88). Oxford: University Press.
- Paton, D., Smith, L. M., Violanti, J. M. y Eraen, L. (2000). Work related traumatic stress: risk, vulnerability and resilience. En J. M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp. 10-42).
- Peralta-Ramírez, M. I., Jiménez-Alonso, J., Godoy-García, J. F., Pérez-García, M. (2004). The effects of daily stress and stressful life events on the clinical symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosomatic Medicine, 66*, 788-94.
- Robles-Ortega, H., Peralta-Ramírez, M. I., y Navarrete-Navarrete, N. (2006). Validación de la versión española del inventario de vulnerabilidad al estrés de Beech, Burns y Scheffield. En *Avances en psicología de la salud*. Granada: Ediciones Sider.
- Yu, X., Lau, J. T. F., Mak, W. W. S., Zhang, J., Lui, W. W. S. y Zhang, J. (2010). *Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents*. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 218-24.
- Yu, X. y Zhang, J. (2007). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience-scale (CD-RISC). *Social Behavior and Personality, 35*, 19-30.

Diferencias en la predicción afectiva entre población normal y clínica: un estudio preliminar

JUAN ENRIQUE NEBOT GARCÍA
juan.nebot@uji.es

GUADALUPE MOLINARI
molinari@uji.es

ÁNGEL ENRIQUE ROIG
angel.enrique@uji.es

BERENICE SERRANO ZÁRATE
bserrano@uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA
botella@uji.es

Resumen

Introducción: Las predicciones emocionales que hacemos frente a acontecimientos futuros son conocidas como *predicciones afectivas* (Wilson y Gilbert, 2003). Diversos estudios han identificado que tendemos a sobreestimar la intensidad de nuestras emociones (e.g., Loewenstein, 2011; Wilson y Gilbert, 2003); esto es definido como *sesgo de intensidad* (Loewenstein, 2011). **Objetivo:** someter a prueba la predicción afectiva de población normal y clínica ante futuros eventos positivos. **Método:** Participaron 20 voluntarios de los cuales 11 concluyeron el estudio (80 % mujeres). Los participantes realizaron una tarea en la que imaginaron y visualizaron su futuro de la mejor forma posible (*best self*). Posteriormente, se les pidió que estimaran la intensidad de varias emociones (felicidad, tristeza, ansiedad y enfado) en caso de que ocurriera alguno de los eventos que habían imaginado. Seis meses después, y en caso de que hubiera ocurrido lo que imaginaron, se evaluó la intensidad real de sus emociones. **Resultados:** Fueron identificadas diferencias significativas solo entre la predicción y la emoción real en felicidad y en la población normal, lo cual sugiere que solo se ha generado el «sesgo de intensidad» en esa emoción, y que la población normal pudo haber sobreestimado su intensidad. **Conclusiones:** La presencia del «sesgo de intensidad» en la población normal sugiere que la sobreestimación de la emoción de felicidad podría estar asociada con padecer o no un problema de salud físico o psicológico. Por otro lado, los resultados sugieren que las emociones negativas podrían presentar un mejor ajuste entre la predicción y la emoción real, respecto a las emociones positivas.

Palabras clave: predicción afectiva, sesgo de intensidad, emociones, *best self*, imaginación.

Abstract

Introduction: The forecast that we do about the emotions in the face of future events are known as «affective forecasting» (Wilson & Gilbert, 2003). Several studies have found that we tend to overestimate the intensity of our emotions (e.g., Loewenstein, 2011; Wilson & Gilbert, 2003); this is defined as «intensity bias» (Loewenstein, 2011). **Objective:** To test the affective forecasting in normal and clinic population in the face of positive future events. **Method:** Twenty volunteers participated of which only eleven completed the study (80 % female). The participants carried out a task in which they imagined and visualized their future in the best possible way (best self). Later, they were asked to forecast the intensity of various emotions (happiness, sadness, anxiety, and anger) in case of any of the events they imagined would happen. Six months later, and in case that the event they imagined happened, the real intensity of their emotions was assessed. **Results:** Significant differences were found between the predicted emotion and the real emotion in happiness and in the normal population; this suggests that only was generated the «intensity bias» in that emotion and that the normal population could have overestimated its intensity. **Conclusions:** The presence of the «intensity bias» in the normal population suggests that the overestimation of happiness could be associated with suffering or not a physical or psychological health problem. Furthermore, the results suggest that the negative emotions could present a better fit between the predicted emotion and the real emotion compared to positive emotions.

Keywords: affective forecasting, intensity bias, emotions, best self, imagination.

Introducción

La predicción afectiva empezó a estudiarse en 1990, cuando se observó que, incluso cuando la gente puede predecir con exactitud el resultado de sus decisiones, puede que no sean capaces de predecir acertadamente cómo se sentirán ante esos eventos (Kahneman y Snell, 1992, citados en Loewenstein, 2011). Predecir adecuadamente las reacciones emocionales futuras tiene implicaciones importantes para el comportamiento y la toma de decisiones (D'Avanzato, 2010; Dunn y Laham, 2006; Lowenstein, 2011). Si bien es cierto que algunos estudios sugieren que las personas son capaces de predecir la valencia de sus emociones ante eventos futuros, también se ha identificado que esas predicciones pueden estar «sesgadas» respecto a la intensidad, la duración y el impacto de dichas emociones (Lowenstein, 2011). Por ejemplo, inicialmente una persona podría predecir que conseguir un trabajo le hará sentir la emoción de felicidad con una intensidad muy elevada y, en el futuro, cuando realmente ocurra ese acontecimiento, podría sentirse menos feliz que lo que inicialmente había estimado. Esto podría explicarse, debido a que muchas veces los eventos futuros no se dan de manera aislada y nuestra reacción emocional se ve afectada por una diversidad de circunstancias (Dunn y Laham, 2006; Gilbert y Wilson, 2007). La predicción afectiva puede realizarse en cuatro ámbitos: (1) pronosticar sobre la valencia de los propios sentimientos futuros (positivos versus negativos), (2) determinar las emociones específicas que se experimentarán (tristeza, alegría, enfado, sorpresa, etc.), (3) la intensidad de las emociones y, (4) su duración (Wilson y Gilbert, 2003).

Algunos autores refieren que, en general, la gente hace predicciones bastante exactas sobre la valencia afectiva y las emociones específicas que provocará un evento futuro, espe-

cialmente si han tenido alguna experiencia previa (Loewenstein, 2011; Wilson y Gilbert, 2003). No obstante, suelen cometer un «sesgo de impacto» a la hora de predecir la durabilidad e intensidad de sus emociones ante el evento futuro (Kushlev y Dunn, 2012; Wilson y Gilbert, 2003). Concretamente, la gente tiende a creer que las emociones que pronostican (tanto positivas como negativas) durarán más de lo que realmente lo hacen; a esto se le conoce como *sesgo de duración* (Gilbert, Pinel, Wilson, Blumberg y Wheatley, 1998 citados en Loewenstein, 2011). En cuanto a la intensidad, generalmente, aparece el sesgo de intensidad: una tendencia a sobreestimar la intensidad de las futuras reacciones emocionales (Buehler y McFarland, 2001). No obstante, en el estudio de Levine, Lench, Kaplan y Safer (2012) observaron que cuanto más concreto era el evento que los participantes tenían que imaginar, más precisos eran los pronósticos afectivos. Estos sesgos tienen varias explicaciones; por ejemplo, en el sesgo de durabilidad se tiende a no tener en cuenta las acciones que uno puede realizar en el futuro para regular el estado de ánimo y adaptarse así a los acontecimientos (Loewenstein, 2011), a esto se le conoce como *negligencia inmune* (Hoerger, Quirk, Lucas y Carr, 2009). Otra explicación sería que las personas, a menudo, tienen teorías intuitivas incorrectas sobre cómo los acontecimientos futuros los harán sentir; esto se debe al hecho de que, para realizar la predicción afectiva, las personas recurrimos a nuestra memoria para observar cómo nos sentimos en el pasado ante eventos iguales o similares, y como nuestra memoria no es muy precisa, tendemos a cometer sesgos de estimación (Loewenstein, 2011). Concretamente, parece ser que ante un determinado evento, tendemos a recordar más vivamente aquellas situaciones en las que el desarrollo del acontecimiento fue el mejor, el peor, o el más reciente, dejando de lado las más habituales, ya que al ser más usuales, no se recuerdan tanto (Gilbert y Wilson, 2007). No obstante, si no tuviésemos en cuenta nuestras experiencias pasadas, nuestros pronósticos afectivos aún serían más intensos y, por tanto, menos acertados (Buehler y McFarland, 2001). Otro de los sesgos que cometemos al predecir los estados emocionales, es el hecho de imaginar el evento futuro de forma pobre y escueta, obviando elementos que también pueden afectar a nuestro estado de ánimo futuro (Gilbert y Wilson, 2007), esto es definido como *focalismo* (Dunn y Laham, 2006; Wilson, Wheatley, Meyers, Gilbert y Axsom, 2000). Además, también tendemos a imaginar solamente el principio de dicho evento, dejando de lado que, con el tiempo, solemos adaptarnos y que la intensidad de la reacción emocional suele bajar (Gilbert y Wilson, 2007). Por otro lado, otro aspecto que puede producir estos sesgos es que la gente suele predecir sus reacciones emocionales basándose en su actual estado de ánimo, pero no tiene en cuenta que puede ser que en el futuro ya no se sienta así o que hayan desaparecido las necesidades emocionales que ahora están presentes (Buehler, McFarland, Spyropoulos y Lam, 2007; Gilbert y Wilson, 2007).

No obstante, existen investigadores que encuentran positivo alguno de estos sesgos. Por ejemplo, Kwong, Wong y Tang (2013) distinguen la predicción emocional que se hace en referencia al resultado (conseguirlo o no) de la predicción que se hace en función de los esfuerzos realizados para conseguir ese resultado. Estos investigadores sugieren que realizar una sobreestimación de lo mal que se sentirán si, pese a todo el esfuerzo realizado no consiguen ese objetivo, puede ser un proceso adaptativo para poner más ímpetu por conseguir dichos objetivos.

Todos estos resultados en la predicción afectiva también dependen de la motivación que tengan los participantes y de las estrategias cognitivas que sean capaces de utilizar para regular su estado de ánimo. Así, las personas pueden generar pronósticos afectivos más positivos si están motivados para incrementar su estado de ánimo actual, utilizando una visión del problema más reflexiva, que consistiría en tener la sensación de que los sentimientos son claros, estar abierto a la experiencia de los sentimientos negativos, un deseo de distraerse del propio problema, y una capacidad percibida de poder afrontar la situación. En cambio, una orientación

más rumiativa haría que tuviéramos una tendencia más negativa a la hora de predecir afectivamente. Esta visión consistiría en sentir que las emociones son confusas, no querer experimentar los propios sentimientos, centrarse en las causas y consecuencias del propio malestar, y no verse capaz de superar dicha situación (Buehler y cols., 2007).

La mayoría de los estudios en predicción afectiva se han centrado principalmente en población general. Una excepción es el trabajo de D'Avanzato (2010), que se centró en la predicción afectiva que realizaban los pacientes deprimidos. Se observó que los participantes con síntomas severos de depresión eran más propensos a pronosticar emociones negativas (tristeza e ira) ante acontecimientos positivos. También comprobó que había una correlación entre altas puntuaciones en la escala de depresión de Beck (BDI) y la utilización de técnicas como la rumiación. Wenze, Gunthert y German (2012) encontraron datos similares; en su estudio observaron que los síntomas depresivos y ansiosos estaban ligados a altos niveles de pesimismo y, solamente en el caso de la depresión, también a bajos niveles de optimismo.

En base a todo lo anterior, el objetivo del presente trabajo es explorar la predicción afectiva en población general y población clínica ante la imaginación de un evento positivo. Concretamente, se pretende: (1) determinar si hay presencia del sesgo de intensidad en la predicción afectiva de ambas poblaciones y, (2) comprobar si existen diferencias en la predicción afectiva hecha por la población general y la población clínica. Se establecieron las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: Se observarán diferencias significativas entre la intensidad de la emoción predicha al imaginar el evento positivo y la emoción real tras haber sucedido el evento. En ambas poblaciones (general y clínica) estará presente el sesgo de intensidad.
- Hipótesis 2: Se identificarán diferencias significativas en la predicción de las emociones entre ambas poblaciones. Se espera que el grupo de población clínica obtenga puntuaciones menores en la emoción positiva (felicidad), y más elevadas en las emociones negativas (tristeza, ansiedad y enfado).

Método

Participantes

La muestra se integró por 20 participantes, de los cuales solo 11 fueron evaluados en el post-test, ya que informaron que aquellos acontecimientos que habían imaginado en el experimento realmente habían ocurrido. La muestra final se distribuyó en dos grupos: clínico (n = 6), el cual estaba integrado por participantes con dolor crónico o trastorno alimentario y población general (n = 5). La edad media era de 33 años (d. t. = 15,62), el 81,8 % son mujeres, y el 45,5 % tenían estudios universitarios, el 45,5 % tenían estudios de bachiller, y el 9 % restante tenía menos de ocho años de escolaridad. Como criterios de inclusión, todos los participantes debían ser mayores de 18 años y firmar un consentimiento informado manifestando su voluntad de participar. En cuanto a los criterios de exclusión, los participantes del grupo población normal no debían padecer una enfermedad física o psicológica grave.

Medidas

Se diseñaron y adaptaron dos cuestionarios específicos para este estudio:

- PRE_AF: escala tipo VAS con un rango de puntuación de 1 (para nada) a 9 (extremadamente). El cuestionario evalúa cuatro estados emocionales (felicidad, tristeza, ansiedad y enfado) respecto a la ocurrencia en el futuro de un evento positivo.
- POST_AF: escala tipo VAS con un rango de puntuación de 1 (para nada) a 9 (extremadamente). El cuestionario evalúa cuatro estados emocionales (felicidad, tristeza, ansiedad y enfado) respecto a la ocurrencia real de un evento positivo previamente predicho.

Procedimiento

Para llevar a cabo el experimento, los participantes utilizaron dos sistemas. El primero de ellos es un sistema por ordenador llamado *Libro de la vida*, el cual consiste en un diario personal en el que los participantes pueden escribir y seleccionar imágenes, videos y audios para complementar su narrativa. El segundo, es un sistema web llamado *TEO*, el cual permite crear y enviar material personalizado a los participantes a través de Internet. El sistema cuenta con una base de datos de textos, audios, imágenes y video, y cuenta con dos plataformas: una para el usuario y otra para el experimentador.

El experimento se realizó en el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I. A todos los participantes se les informó de que iban a participar en un estudio para predecir eventos positivos futuros. El experimento se realizó de manera individual. A los participantes se les condujo a una sala, y se les pidió que imaginaran la mejor manera en que creían que su vida podría desarrollarse en cuatro ámbitos: personal, profesional, social y de la salud. Para esta tarea, recibieron un manual de uso y escucharon las instrucciones en audio. El investigador dejó a los participantes en la sala durante 20 minutos para que hicieran la tarea.

Los participantes tenían que imaginar su «mejor yo posible» (*best self*) prediciendo eventos positivos futuros. Enseguida tenían que describirlo en forma de diario dentro del «Libro de la vida», apoyándose por el uso de imágenes, música y videos. Posteriormente se les pidió que dedicaran cinco minutos a visualizar lo que habían descrito. Una vez realizada esta tarea, se les pidió que contestaran el cuestionario PRE_AF para que valoraran el nivel de tristeza, felicidad, ansiedad y enfado que sentirían si eso que habían imaginado ocurriera.

Como tarea para casa y para que continuaran imaginando su «mejor yo posible», a los participantes se les brindó acceso al sistema *TEO*. Previamente el experimentador accedía al sistema y creaba las sesiones para enviar a los participantes. El material que se les enviaba era aquel que habían creado los participantes durante el experimento (diario, imágenes, audios, etc.), con el objetivo de que siguieran trabajando en el ejercicio de imaginación desde casa.

Seis meses después de haber realizado el experimento, se volvió a contactar con los participantes y, en caso de que lo que habían imaginado hubiese ocurrido, se les pasaba el cuestionario POST_AF para que volvieran a valorar el nivel de tristeza, felicidad, ansiedad o enfado que habían sentido al haber ocurrido realmente el evento.

Resultados

Para analizar las diferencias entre la predicción y la emoción real, se realizó la prueba de Wilcoxon. En la población general, se identificaron diferencias significativas solo en la emoción

de felicidad ($Z = -2,07$; $p < 0,05$). Por lo que respecta a la población clínica, en ninguna de las emociones se encontraron diferencias significativas.

Los resultados sugieren que solo se ha generado el sesgo de intensidad en la emoción de felicidad en la población normal, y que en la población clínica hay un mejor ajuste entre la predicción y la intensidad real de esta emoción. En relación a las emociones negativas, los resultados sugieren que éstas podrían presentar un mejor ajuste entre la predicción y la emoción real respecto a las emociones positivas, con independencia de padecer o no un problema de salud físico o mental.

En las figuras 1 y 2 se muestran las medias pre-test y post-test en cada una de las emociones en ambos grupos.

Para analizar si existían diferencias en la predicción afectiva entre ambas poblaciones, se realizó la prueba de U Mann-Whitney. No se identificaron diferencias significativas en la predicción de ninguna de las emociones entre población general y clínica.

POBLACIÓN GENERAL

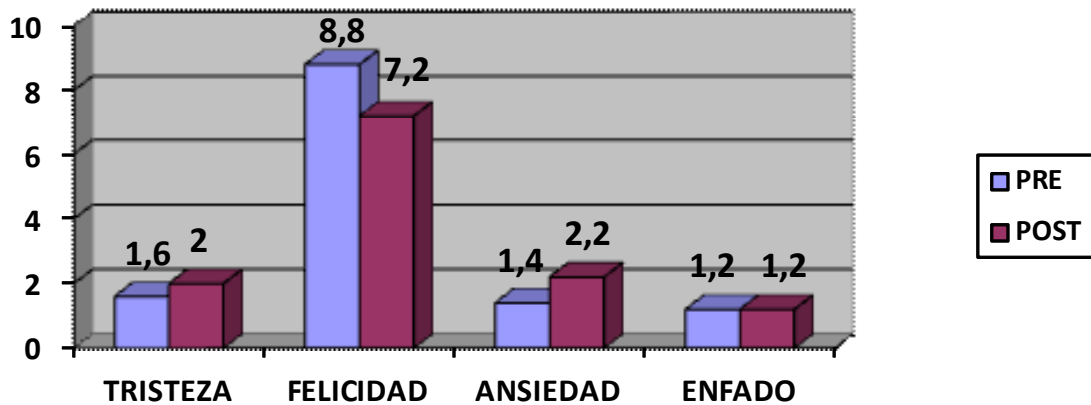


Figura 1. Diferencias entre la estimación y la emoción real en la población general

POBLACIÓN CLÍNICA

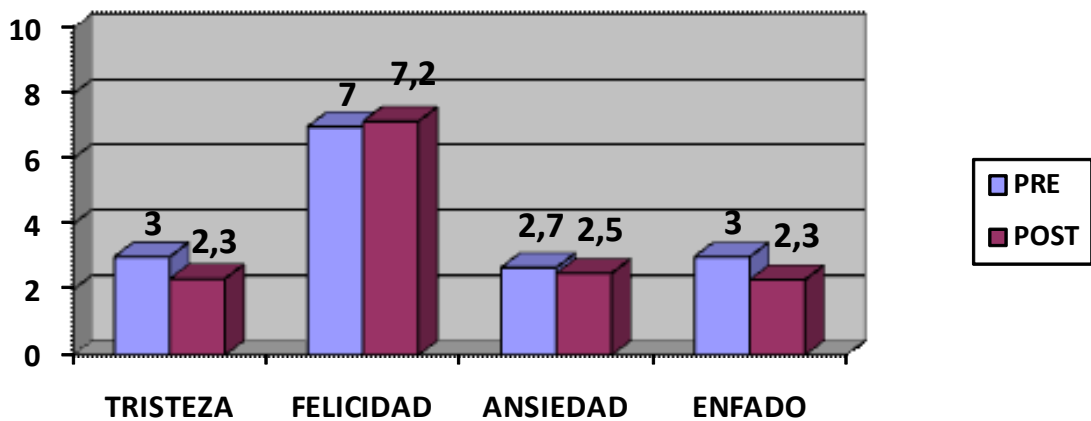


Figura 2. Diferencias entre la estimación y la emoción real en la población clínica

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio fue explorar la predicción afectiva ante un evento positivo, tanto en población general como en población clínica. Concretamente, se quería comprobar si se presentaba el sesgo de intensidad en la predicción afectiva; y explorar si existían diferencias significativas entre la predicción de ambas poblaciones.

Los resultados apoyan parcialmente la hipótesis 1 respecto a que se observarían diferencias significativas entre la intensidad de la emoción predicha y la emoción real, generando un sesgo de intensidad. Este efecto solo se pudo observar en la emoción de felicidad en la población normal. Por otro lado, aunque no se encontraron diferencias significativas, se observa una tendencia en el siguiente sentido: el grupo de población general subestima la intensidad de tristeza y ansiedad, y sobreestima la intensidad de felicidad. Por su parte, la población clínica sobreestima la tristeza, ansiedad y enfado y; subestima la intensidad de felicidad. Vemos que cada grupo sigue tendencias diferentes para cada emoción; no obstante, esas diferencias solo reflejan el sesgo de intensidad en el caso de la felicidad en población general. Tal como refieren varios autores (e.g., Gilbert y Wilson, 2007; Lowenstein, 2011; Wilson y Gilbert, 2003), este fenómeno podría explicarse por las sobreestimaciones o subestimaciones que cometemos a la hora de predecir nuestras reacciones emocionales.

Los resultados no apoyan la hipótesis 2 en relación a la presencia de diferencias significativas en la predicción de las emociones entre ambas poblaciones. Sin embargo, se observa una tendencia en la población clínica a predecir la felicidad con menor intensidad y las emociones negativas (tristeza, ansiedad y enfado) con mayor intensidad. Esto podría explicarse por el pesimismo que experimentan las personas con algún padecimiento psicológico, tal y como refieren los estudios de D'Avanzato (2010) y Wenzel y cols. (2012). En ambos estudios identificaron que las personas que padecían ansiedad y/o depresión pronosticaban su futuro de forma más negativa respecto a quienes no tenían ningún padecimiento; predecían que en el futuro experimentarían con mayor probabilidad emociones negativas y con menor probabilidad emociones positivas.

Por último, entre las limitaciones que encontramos en este estudio, debemos resaltar el escaso tamaño muestral, debido en gran medida a que no en todos los casos ocurrieron los acontecimientos positivos que se predijeron, con lo cual no fue posible su posterior evaluación. Para futuros estudios, será necesario incrementar el tamaño de la muestra para obtener resultados más concluyentes. Por otra parte, también se identificó la necesidad de modificar las instrucciones de la tarea «el mejor yo posible» para que los participantes imaginen el evento futuro a los seis meses como máximo, dado que en el post-test se identificó que algunos participantes habían realizado la tarea pensando en un futuro a largo plazo, lo que conllevó a que lo que habían imaginado aún no hubiera ocurrido en el momento de la post evaluación, y por lo tanto no fuera posible evaluar la emoción real.

Referencias bibliográficas

- Buehler, R. y McFarland, C. (2001). Intensity bias in affective forecasting: The role of temporal focus. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1480-1493.
- Buehler, R., McFarland, C., Spyropoulos, V., y Lam, K. C. (2007). Motivated prediction of future feelings: Effects of negative mood and mood orientation on affective forecasts. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 1265-1278.
- D'Avanzato, C. M. (2010). Affective forecasting in depression: The effects of rumination versus reappraisal. Tesis doctoral: Univertricity of Miami, Estados Unidos.

- Dunn, E. W., y Laham, S. A. (2006). A user's guide to emotional time travel: Progress on key issues in affective forecasting. En *Hearts and minds: Affective influences on social cognition and behavior* (pp. 177-193).
- Gilbert, D. T., y Wilson, T. D. (2007). Propection: Experiencing the future. *Science*, 317, 1351-1354.
- Hoerger, M., Quirk, S. W., Lucas, R. E., y Carr, T. H. (2009). Immune neglect in affective forecasting. *Journal of Research in Personality*, 43, 91-94.
- Kushlev, K., y Dunn, E. W. (2012). Affective forecasting: knowing how we will feel in the future. En S. Vazire y T. Wilson (eds.), *Handbook of self-knowledge* (pp. 277-292). Nueva York: Guilford Press.
- Kwong, J. Y., Wong, K. F., y Tang, S. K. (2013). Comparing predicted and actual affective responses to process versus outcome: An emotion-as-feedback perspective. *Cognition*, 129, 42-50.
- Levine, L. J., Lench, H. C., Kaplan, R. L., y Safer, M. A. (2012). Accuracy and artifact: reexamining the intensity bias in affective forecasting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 584-605
- Loewenstein, G. (2011). Affect regulation and affective forecasting. En J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 180-203). Nueva York: Guilford Press.
- Meevissen, Y. M., Peters, M. L., y Alberts, H. J. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: Effects of a two week intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 371-378.
- Wilson, T. D., Wheatley, T., Meyers, J. M., Gilbert, D. T., y Axsom, D. (2000). Focalism: a source of durability bias in affective forecasting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 821-836.
- Wilson, T. D., y Gilbert, D. T. (2003). Affective forecasting. *Advances in Experimental Social Psychology*, 35, 345-411.
- Wenze, S. J., Gunthert, K. C., y German, R. E. (2012). Biases in affective forecasting and recall in individuals with depression and anxiety symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 895-906.

La reducción de los niveles de dopamina no altera la conducta de «atracción de comida» en ratones, pero la cafeína modula el consumo en función de los niveles de ansiedad

RÉGULO OLIVARES
al266243@uji.es

NOEMÍ SAN MIGUEL
nsanmigu@uji.es

JOSÉ MANUEL PÉREZ-GARCÍA
al225841@uji.es

JOAN CAMAÑES
al239830@uji.es

MERCÈ CORREA
correa@uji.es

Resumen

Introducción: La conducta de «atracción» consiste en consumir, en un período breve de tiempo, más cantidad de alimentos del que se consumiría normalmente en situaciones similares y en un plazo de tiempo igual. Es una conducta desadaptativa caracterizada por episodios compulsivos y que va acompañada por la sensación subjetiva de pérdida de control. **Método:** Con el objetivo de evaluar la implicación de los sistemas dopaminérgico y adenosinérgico en la conducta de atracción, y averiguar si el patrón de acceso a la comida dulce modifica los niveles de consumo compulsivo, se compararon dos grupos de animales con diferentes condiciones de acceso a *pellets* de comida dulce (50 % de sucrosa): condición de acceso diario y condición de acceso intermitente (lunes, miércoles y viernes). Los animales tenían una hora de acceso a un número ilimitado de *pellets*. El resto del tiempo, tuvieron acceso a comida estándar. A cada grupo se le administraron dos manipulaciones farmacológicas: tetrabenazina (inhibidor del transportador vesicular 2 de monoaminas que produce una reducción de los niveles de dopamina) y cafeína (antagonista de los receptores A1/A2A de adenosina). **Resultados:** Ambos regímenes de acceso a comida dulce produjeron un patrón de atracción. El peso de los animales de ambos grupos incrementó de igual manera. El consumo de comida estándar fue ligeramente superior en el grupo intermitente y el de comida dulce fue ligeramente mayor en aquellos que la consumían a diario. La depleción dopaminérgica, incluso a dosis altas, no produjo cambios en el consumo dulce, ni en condiciones familiares ni en situaciones ansiogénicas. Sin embargo, la cafeína a dosis altas incrementó el consumo de comida dulce en condiciones familiares y la redujo en condiciones ansiogénicas. **Conclusiones:** El sistema dopaminérgico no pare-

ce implicado en el atracón bajo condiciones que no requieren esfuerzo en la búsqueda de comida. El antagonismo adenosinérgico, sin embargo, ejerce una modulación bidireccional dependiendo de los niveles de ansiedad.

Palabras clave: atracón, cafeína, tetrabenazina, obesidad, dopamina, adenosina.

Abstract

Introduction: Binge eating is a maladaptative behavior characterized by the consumption of more food in a brief period of time, than would normally be consumed under similar conditions and within a similar period of time. It is accompanied by compulsive episodes and a sensation of loss of control. **Method:** To investigate the involvement of dopamine and adenosine systems in binge eating behavior, and assess the influence of different patterns of access to sweet food on levels of binge eating, we compared two groups of animals with different access conditions to sweet food pellets (50 % sucrose): daily access group and intermittent access group (Monday, Wednesday and Friday). Mice had an hour of unlimited access to sweet pellets. The rest of the day they had free access to standard food pellets in the home cage. Each group received two pharmacological conditions: tetrabenazine (a dopamine depletor) and caffeine (an adenosine receptor antagonist). **Results:** Both groups of access to sweet food produced a pattern of binge eating. Mice body weight increased independently of the access pattern. Standard food consumption was higher in the intermittent group, but among the daily group, sweet pellets consumption was higher than among the intermittent group. Dopamine depletion, even at high doses, produced no changes in the amount of sweet food consumed, neither under familiar conditions nor under anxiogenic conditions. However, high doses of caffeine increased consumption of sweet pellets under familiar conditions and it reduced consumption under anxiogenic conditions. **Conclusions:** The dopaminergic system does not seem to be involved in binge eating when getting access to food does not require effort. However, adenosine antagonism has a bidirectional modulation depending on anxiety levels.

Keywords: Binge eating, caffeine, tetrabenazine, obesity, dopamine, adenosine.

Introducción

El consumo excesivo de alimentos, en especial los que contienen un alto contenido calórico, constituye un problema creciente en las sociedades occidentales donde la obesidad es un problema de salud que está en aumento (Corwin, Avena, y Boggiano, 2011). El estudio de los mecanismos etiológicos y el desarrollo de tratamientos para la obesidad se han convertido en un tema de estudio en auge. Uno de los patrones conductuales que puede contribuir a la obesidad es el consumo compulsivo de comida, que en muchas ocasiones es comida rica en calorías. Esta conducta alimentaria desajustada se conoce con el término inglés *Binge Eating* o *atracción*, y se refiere a episodios compulsivos caracterizados por la sensación subjetiva de pérdida de control, que consisten en el consumo de una mayor cantidad de alimentos en un breve período de tiempo, del que se consumirían normalmente en condiciones similares y en un plazo de tiempo similar (American Psychiatric Association, 2000). Esta conducta se convier-

te en problemática cuando se produce con frecuencia, es decir, varias veces a la semana durante meses o años (American Psychiatric Association, 2000).

Aunque uno de los factores que contribuyen a la obesidad es el atracón, se ha observado que tener una conducta alimentaria no homeostática, puede ocurrir independientemente de la obesidad, dependiendo ésta de otros muchos factores. A pesar de no existir una relación de causa-efecto entre la conducta de atracón y la obesidad, existe comorbilidad entre ambas, hasta el punto de que se estima que, alrededor del 35 % de las personas que realizan la conducta de atracón de forma regular son obesos (Hudson, Hiripi, Pope, y Kessler, 2007; Stunkard y Wadden, 1992; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, y Merikangas, 2011). Por otro lado, el riesgo de recuperación del peso después de un tratamiento es mayor en las personas que previamente mantenían conductas de atracón que en otros tipos de obesos (Hudson y cols., 2007; Stunkard y Wadden, 1992; Swanson y cols., 2011). Además, se estima que el 76 % de los adultos y el 85 % de los adolescentes que llevan a cabo el atracón de forma regular presentan comorbilidades psicológicas que complican el tratamiento, como depresión y ansiedad (Corwin y cols. 2011).

Muchos estudios experimentales que abordan los mecanismos neurobiológicos que sustentan estos patrones de consumo de atracón, han utilizado dietas con un alto contenido en grasa o sucrosa y por ello con un alto grado de palatabilidad para inducir la sobrealimentación y la obesidad en roedores. Estos estudios relacionan los patrones de acceso intermitentes a este tipo de alimentos, con el establecimiento de este patrón de atracón (Wojnicki, Babbs, y Corwin, 2010). Estos estudios relacionan la activación del sistema dopaminérgico con la sensación de satisfacción inmediatamente posterior a la realización de una conducta placentera, como puede ser el caso de un atracón de comida, lo que atribuye un componente hedónico a la dopamina (DA) (Wojnicki y cols. 2010). Sin embargo, existen muchas evidencias en contra de la implicación de la DA en la regulación de los componentes emocionales de las conductas motivadas (Berridge, 2009; Salamone y Correa, 2012).

En el presente grupo de experimentos, utilizando el modelo animal, estudiamos si las diferencias en el acceso a la comida dulce inducen diferencias en el patrón de consumo y si este produce diferencias en la evolución del peso corporal. Además evaluamos si la DA está implicada en la regulación de este consumo una vez haya sido establecido. Por otro lado, estudiaremos el impacto del bloqueo de los receptores de adenosina mediante cafeína en estos patrones. La cafeína parece inducir el consumo de ciertos reforzadores, en especial se ha estudiado su papel en el incremento del consumo de alcohol (Kunin, Gaskin, Rogan, Smith, y Amit, 2000). Finalmente, compararemos el consumo de alimentos bajo condiciones familiares con el consumo de alimentos bajo condiciones ansiógenas y en qué manera las manipulaciones dopaminérgicas y de los receptores de adenosina pueda contribuir a modular el consumo en esas condiciones.

Métodos

Sujetos

Los experimentos se llevaron a cabo con ratones macho Swiss CD1 (con un peso de 33,5-40,8 gramos al inicio del experimento) procedentes de Janvier (Francia). Los ratones fueron estabulados en grupos de tres animales por caja con comida de laboratorio estándar y agua disponible ad libitum. La temperatura de la colonia se mantuvo a 22 ± 1 °C con el periodo de luz de 8h a 20h. Todos los procedimientos experimentales cumplían con la European Community Council directive (86/609/ECC) para el uso de animales de laboratorio con el *Gui-*

delines for the Care and Use of Mammals in Neuroscience and Behavioral Research (National Research Council, 2003).

Fármacos

Todas las drogas fueron administradas intraperitonealmente (IP). La cafeína (1,3,7- trimethylxanthine) (Sigma-Aldrich, SA, Spain) fue disuelta en solución salina (0.9 % w/v) y se administró 30 minutos antes del test. La tetrabenazina (TBZ) (Cymit Quimica, SL, Spain) fue disuelta en DMSO 20 % y se administró dos horas antes del test.

Procedimiento conductual

Para el experimento de Binge Eating bajo condiciones de familiaridad (no ansiógena) se utilizaron cajas de alojamiento similares a las cajas de estabulación. Se dividió la muestra en dos grupos de animales con distintas condiciones de acceso a *pellets* de comida dulce (45 mg de peso con un contenido de 50 % de sucrosa) durante 60 minutos. Un grupo tuvo acceso diario (de lunes a viernes) y el otro grupo tuvo acceso intermitente (lunes, miércoles y viernes). El experimento de Binge Eating bajo condiciones no ansiógenas se llevó a cabo de 17h a 18h (tres horas antes del inicio del período de oscuridad). Los sujetos permanecieron durante 6 semanas bajo estas condiciones de acceso. Cuando la línea base de ingesta fue estable, y dos semanas antes de comenzar la fase de test, los animales fueron habituados a la inyección salina una vez a la semana. Durante la fase de test, se dividió a cada grupo en dos subgrupos en función del fármaco a administrar: cafeína o tetrabenazina. Esta fase tuvo una duración de cinco o seis semanas dependiendo de las dosis a administrar.

Tras finalizar la fase de test del procedimiento anterior, se realizó el experimento de Binge Eating bajo condiciones ansiógenas. Este experimento se llevó a cabo de 15.30h a 18. h. Este paradigma está basado en el conflicto producido entre la tendencia innata de los ratones a explorar nuevos espacios contra la evitación de lugares abiertos e iluminados (Blumstein, L. y Crawley, J. (1983). La caja de luz/oscuridad está compuesta de dos compartimentos: uno cerrado y oscuro, y otro iluminado. En este experimento se colocaron *pellets* de comida dulce en el compartimento iluminado y se registró el número de *pellets* consumidos durante 15 minutos.

Resultados

Experimento 1. Evolución del peso corporal, consumo de comida estándar y consumo de comida dulce en dos grupos de acceso a comida dulce

El ANOVA de medidas repetidas mostró un incremento del peso corporal de los animales entre el primer y el último día de test en ambos grupos [F(1,1)=164,1 p<0,06] (p<0,01 en ambos casos) (figura 1). No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos.

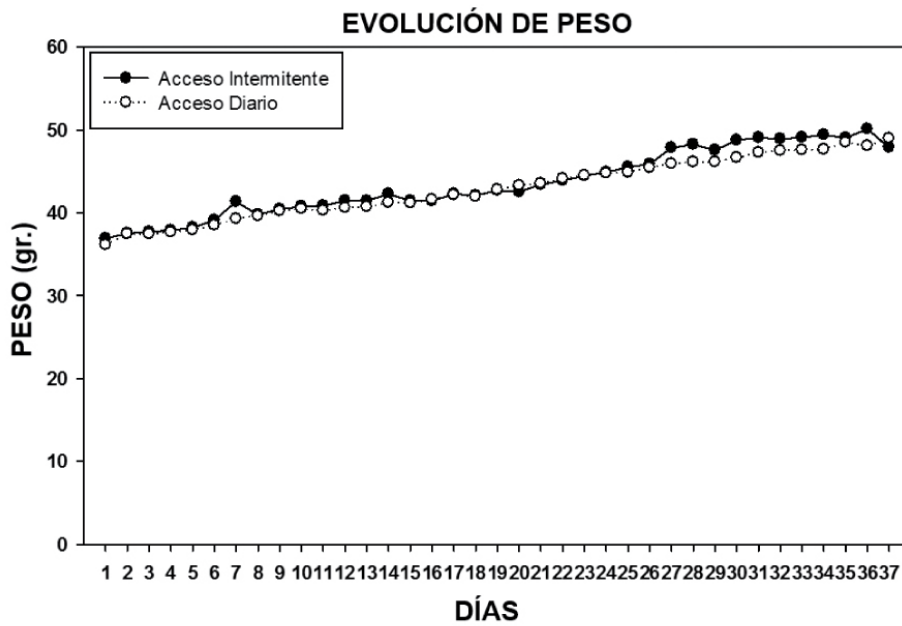


Figura 1. Evolución del peso corporal de los sujetos comparando los grupos de acceso intermitente y acceso diario. Media del grupo en gramos y error estándar

El ANOVA de medidas repetidas indicó un incremento del consumo de comida estándar entre el primer y el último día de test en ambos grupos [F(1,1)=39,70, n.s.] (figura 2). No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos.

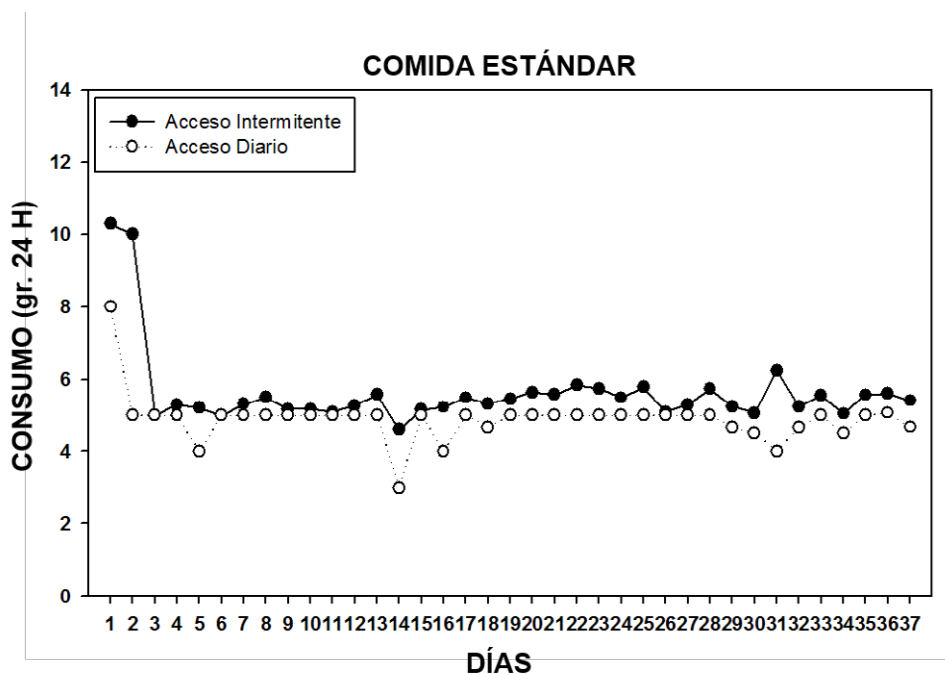


Figura 2. Consumo de comida estándar en gramos durante 24 horas

El ANOVA de medidas repetidas demostró un incremento en el consumo de comida dulce entre el primer y el último día de test en ambos grupos [$F(1,1)=110,67$, $p<0.05$] (Figura 3). No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos.

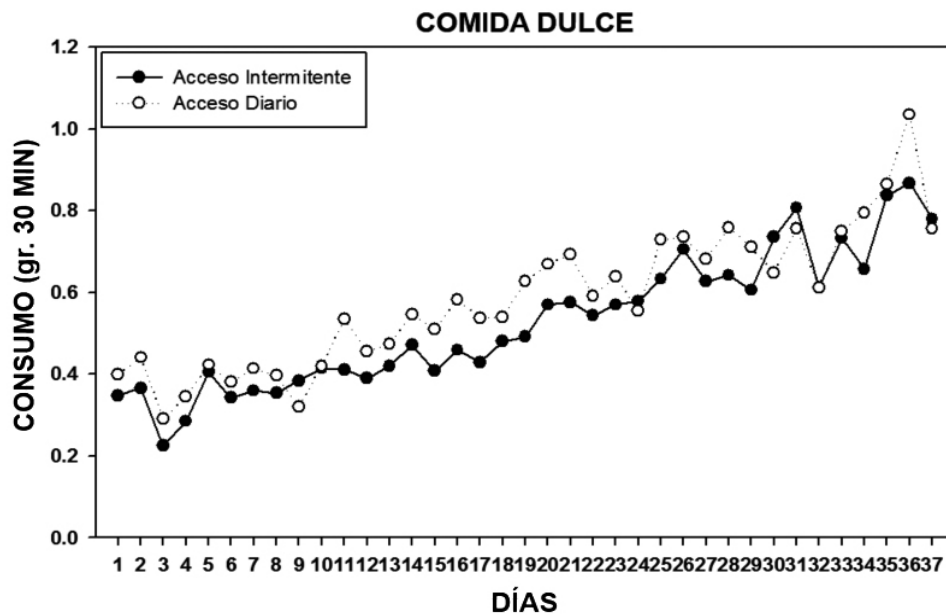
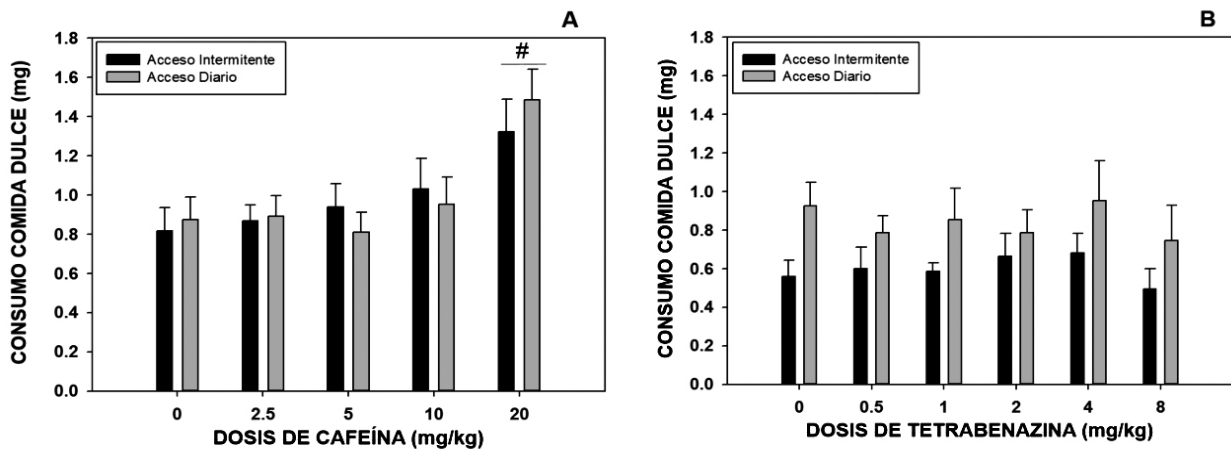


Figura 3. Consumo de comida dulce en gramos durante sesiones de 30 minutos

Experimento 2. Efecto de la tetrabenazina y de la cafeína en el consumo de comida dulce en condiciones habituales

El ANOVA factorial (dosis de cafeína x acceso a comida dulce) reveló un efecto significativo del factor dosis de cafeína [$F(4,56)=9,92$, $p<0,01$], pero no de la condición de acceso [$F(1,14)=0,00$, n.s.]. La interacción entre condición y dosis no fue significativa [$F(4,56)=0,66$ n.s.] (figura 4). Tomando únicamente el factor dosis de cafeína, la comparación *post hoc* mediante la prueba LSD de Fisher mostró que la dosis más alta de cafeína incrementó el número de *pellets* de comida dulce en condiciones habituales independientemente de la condición de acceso ($p<0,01$).

El ANOVA factorial (dosis de tetrabenazina x acceso a comida dulce) no fue significativo; ni en el caso del factor dosis de tetrabenazina [$F(5,60)=1,27$, n.s.], ni en la condición de acceso [$F(1,12)=2,74$, n.s.], ni en la interacción [$F(5,60)=0,53$, n.s.] (figura 4).

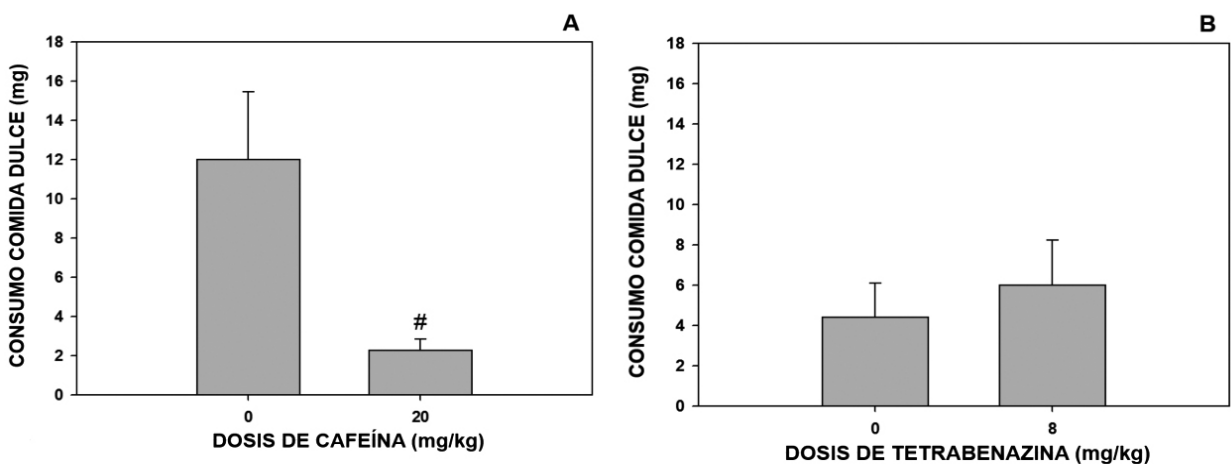


p<0.01 diferencias significativas respecto al grupo control

Figura 4. A. Efecto de la cafeína (0, 2,5, 5, 10 y 20 mg/kg, IP) en el consumo de comida dulce bajo condición habitual. B. Efecto de la tetrabenazina (0, 0,5, 1, 2, 4 y 8 mg/kg, IP) en el consumo de comida dulce bajo la condición habitual. Media y error estándar de los pellets de comida dulce consumidos en una hora de acceso para el grupo con acceso diario y para el grupo de acceso intermitente

Experimento 3: Efecto de la tetrabenazina y de la cafeína en el consumo de comida dulce en condiciones ansiogénicas

La prueba *t* de Student reveló diferencias significativas en el consumo de comida dulce en condiciones ansiogénicas tras la administración de la dosis más alta de cafeína (20 mg/kg) ($t(14)=2,42$, $p<0,05$) (figura 5). Sin embargo, no hubo diferencias significativas tras la administración de la dosis más alta de tetrabenazina (8 mg/kg) ($t(12)=0,50$, n.s.) (figura 5).



p<0.01 diferencias significativas respecto al grupo control

Figura 5. A. Efecto de la cafeína (20 mg/kg, IP) en el consumo de comida dulce bajo condición ansiogénica. B. Efecto de la tetrabenazina (0, 0,5, 1, 2, 4 y 8 mg/kg, IP) en el consumo de comida dulce en el test de luz-oscuridad. Media y error estándar de los pellets de comida dulce consumidos en la caja de luz oscuridad.

Discusión

Los resultados de estos experimentos indican que tanto el patrón de acceso intermitente como el patrón de acceso diario durante un tiempo limitado de tiempo a comida dulce inducen la conducta de atracón. Es posible que no se encontrarán diferencias, dado que ambos grupos solo tenían una hora de acceso a la comida dulce, lo cual en sí mismo constituye un acceso intermitente, ya que el animal no dispone de la comida durante 24 horas. Sin embargo, la progresión del peso corporal de los animales no indicó que se indujera obesidad. Mientras que el peso corporal de los animales se incrementó en un 8 %, a lo largo de todo el experimento (incremento normal si seguimos las curvas de crecimiento de esta cepa de ratones) y el consumo de comida estándar se mantuvo estable, la cantidad de comida dulce ingerida aumentó un 100 %. Esta disparidad en el incremento de consumo de comida dulce y peso corporal indica, al igual que han mostrado investigaciones previas (Corwin y cols. 2011), que la relación entre la conducta de atracón y obesidad no es una relación causal.

Por otro lado, la manipulación dopaminérgica no alteró el consumo de comida dulce, en ninguno de los grupos de acceso, y bajo ninguna de las condiciones emocionales (habitual o ansiogénica), resultado que va en la misma línea que los estudios que muestran que la DA aunque está implicada en la regulación de la obtención de reforzadores, sobre todo cuando éstos requieren cierto nivel de activación conductual, vigor o esfuerzo (Nunes y cols., 2013; Pardo, López-Cruz, San Miguel, Salamone, y Correa, 2015; Yohn y cols., 2015) no tiene un papel en la regulación del componente hedónico que poseen ciertos reforzadores como la comida, la sucrosa o el sexo (Salamone y Correa, 2012). El hecho de que en el paradigma utilizado para este estudio, la comida dulce estuviera disponible sin necesidad de realizar ningún esfuerzo, explica que la disminución dopaminérgica no alterara la cantidad de comida dulce ingerida, por lo tanto no afectando a las conductas consumatorias en sí mismas. Estudios previos muestran que la reducción de los niveles de DA o el antagonismo de sus receptores no altera tampoco las expresiones faciales innatas de agrado generadas por el consumo de soluciones dulces y que se observan consistentemente en múltiples especies (Berridge, 2009; Pardo y cols., 2015).

La relación entre la administración de cafeína y el consumo de comida muestra resultados opuestos en función de si la comida dulce se encuentra disponible en un ambiente familiar o si está disponible en un contexto ansiógeno. Cuando el contexto es familiar, la administración de cafeína a la dosis más alta (20 mg/kg) incrementó el consumo de comida dulce. Sin embargo, cuando la comida dulce se encontraba disponible en un ambiente ansiogénico, la administración de esta misma dosis de cafeína redujo el consumo de comida dulce. El incremento en el consumo de sucrosa está en la misma línea que los resultados de estudios que utilizan otros reforzadores como el alcohol (Kunin y cols., 2000). Mientras que la cafeína a dosis altas tiene efectos ansiogénicos en muchas especies (Correa y Font, 2008; López-Cruz y cols., 2014), el alcohol tiene efectos ansiolíticos (Correa y cols., 2008). A la luz de los presentes datos, el consumo combinado de altas dosis de cafeína y de alcohol en situaciones no familiares como situaciones de ocio, podría deberse a que el efecto sobre la ansiedad se cancela al consumir ambas sustancias; sin embargo, el efecto de incremento en el consumo habitual que produce la cafeína se mantiene.

Estos resultados indican que el uso de modelos animales, permite avanzar en el camino hacia la comprensión de las bases neurales que subyacen a la implantación y el mantenimiento de esta conducta desadaptativa, con lo que se puede contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de prevención.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Revised 4th ed. Washington, DC: Author; 2000.
- Berridge, K. (2009). 'Liking' and 'wanting' food rewards: brain substrates and roles in eating disorders. *Physiology & Behavior*, *97*, 537-350.
- Blumstein, L. y Crawley, J. (1983). Further characterization of a simple, automated exploratory model for the anxiolytic effects of benzodiazepines. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *18*, 37-40.
- Correa M., Font L. (2008). Is there a major role for adenosine A2A receptors in anxiety? *Frontiers Bioscience*, *13*, 4058-4070.
- Correa M., Manrique H., Font L., Escrig M. y Aragón, C. (2008). Reduction in the anxiolytic effects of ethanol by centrally formed acetaldehyde: the role of catalase inhibitors and acetaldehyde-sequestering agents. *Psychopharmacology*, *200*, 455-464.
- Corwin, R., Avena, N. y Boggiano, M. (2011). Feeding and reward: perspectives from three rat models of binge eating. *Physiological Behavior*, *104*, 87-97.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope Jr., H. y Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*, 348-358.
- Kunin, D., Gaskin, S., Rogan, F., Smith, B. y Amit, Z. (2000). Caffeine promotes ethanol drinking in rats. Examination using a limited-access free choice paradigm. *Alcohol*, *21*, 271-277.
- López-Cruz, L., Pardo M., Salamone J. y Correa, M. (2014). Differences between the nonselective adenosine receptor antagonists caffeine and theophylline in motor and mood effects: studies using medium to high doses in animal models. *Behavior Brain Research*, *270*, 213-222.
- Nunes, E., Randall, P., Hart E., Freeland, C., Yohn, S., Baqi, Y., ..., Salamone, J. (2013). Effort-related motivational effects of the VMAT-2 inhibitor tetrabenazine: implications for animal models of the motivational symptoms of depression. *The Journal of Neuroscience*, *33*, 19120-19130.
- Pardo, M., López-Cruz, L., San Miguel, N., Salamone, J. y Correa, M. (2015). Selection of sucrose concentration depends on the effort required to obtain it: studies using tetrabenazine, D(1), D (2), and D (3) receptor antagonists. *Psychopharmacology*, *232*, 2377-2391.
- Salamone, J., Correa, M. (2012). The mysterious motivational functions of mesolimbic dopamine. *Neuron*, *76*, 470-485.
- Stunkard, A. y Wadden, T. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *55*, 524S-532S.
- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J. y Merikangas, K. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 714-23.
- Yohn, S., Thompson, C., Randall, P., Lee, C., Müller, C., Baqi, Y., Correa, M. y Salamone, J. (2015). The VMAT-2 inhibitor tetrabenazine alters effort-related decision making as measured by the T-maze barrier choice task: reversal with the adenosine A2A antagonist MSX-3 and the catecholamine uptake blocker bupropion. *Psychopharmacology*, *232*, 1313-1323.
- Wojnicki, F., Babbs, R. y Corwin, R. (2010). Reinforcing efficacy of fat, as assessed by progressive ratio responding, depends upon availability not amount consumed. *Physiological Behavior*, *100*, 316-21.

Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el *coping* positivo

ALBERTO ORTEGA MALDONADO
aortega@uji.es

MARISA SALANOVA SORIA
salanova@uji.es

Resumen

Introducción: Esta revisión teórica sintetiza la evolución de los principales hallazgos científicos sobre el estrés y las estrategias y habilidades para su afrontamiento (*coping*). Se presentan de forma paralela tanto los diferentes modelos teóricos utilizados por los investigadores, como la evidencia que se ha ido acumulando mediante la investigación al respecto. **Resultados:** De la revisión se concluye que la evolución de los estudios en esta materia ha venido demostrando la coocurrencia de emociones negativas y positivas en el manejo de situaciones percibidas como estresantes. Estos resultados han derivado en la elaboración de propuestas que contemplan las emociones positivas como un elemento clave a la hora de afrontar eficazmente situaciones estresantes. En este sentido actualmente se plantea el concepto de *coping positivo* como aquel en el que se acepta la situación estresante, contemplándola como un reto u oportunidad, posibilitando así la aparición de emociones positivas que permitan escoger la estrategia de afrontamiento más eficaz. **Conclusión:** Desde una perspectiva aplicada es relevante profundizar en el conocimiento del rol de las emociones positivas en el proceso de afrontamiento al estrés, para diseñar intervenciones eficaces dirigidas al incremento de los niveles de bienestar personal.

Palabras clave: *coping*, estrategias de afrontamiento, *coping* positivo, emociones positivas, estrés, bienestar.

Abstract

Introduction: This theoretical review summarizes the evolution of the main scientific findings about stress and coping. Different theoretical models used by researchers are presented alongside with the evidence that has been developed during recent years of research. **Results:** A review of these studies concludes that the evolution of research in this area has been demonstrating the co-occurrence of both negative and positive emotions in stress and coping. These results have led to the development of proposals that consider positive emotions as a key element in selecting and implementing effective strategies for coping. In this regard it emerges nowadays the concept of «positive coping», understood as a kind of coping in which the stressful event is accepted, helping to perceive the situation as a challenge or opportunity, enabling therefore the oc-

currence of positive emotions that allow to choose the most effective coping. **Conclusion:** From an applied perspective it is very important to broaden the knowledge of the role of positive emotions in the process of stress and coping, in order to design effective interventions aimed at increasing levels of personal wellness.

Keywords: Coping, positive coping, positive emotions, stress, well-being.

Introducción

Desde una aproximación clásica, se entiende que el estrés se produce cuando en una situación valorada por la persona como significativa, se percibe un desequilibrio entre las demandas de la propia situación y los recursos disponibles para hacerle frente, percibiéndose éstos como insuficientes (Lazarus y Folkman, 1984). Actualmente el estrés y las consecuencias psicológicas y fisiológicas que conlleva, componen uno de los principales problemas y preocupaciones de salud. Por ejemplo, en Europa el estrés constituye el segundo problema de salud que más se denuncia a nivel laboral, generando tanto importantes costes de salud y calidad de vida a las personas, como cuantiosas pérdidas económicas a las administraciones públicas y las empresas privadas (OSHA, 2000; ENWHP, 2009). Es decir, se trata de un aspecto muy relevante para la vida de las personas, presente en nuestro día a día, y determinante para nuestra salud y bienestar.

Pero puesto que sentirse estresado realmente es una característica intrínseca y natural de la vida, el estrés por sí solo no influye directamente en el bienestar general de una persona, sino que como comenta Lazarus (2006), lo realmente trascendente para la felicidad personal es cómo se afrontan las situaciones de estrés. Según el propio Lazarus, si el afrontamiento de una situación estresante es ineficaz, puede derivar en consecuencias perjudiciales para la salud, el bienestar psicológico y el funcionamiento social. Por el contrario, si es eficaz, es probable que se mantenga la situación demandante bajo control, no solo evitando los posibles efectos perniciosos, sino posibilitando incluso crecimiento personal. Por tanto, este afrontamiento eficaz puede conllevar incrementos en los niveles de bienestar a través y a pesar de la situación adversa (Vázquez, Castilla y Hervás, 2007).

Las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes (*coping*) se definen como aquellos intentos constantes, tanto a nivel cognitivo como comportamental, que realiza una persona para gestionar una situación en la que no se perciben recursos suficientes para su superación (Lazarus y Folkman, 1984; Speirs y Martin, 1999; Zeidner, 1994). De esta forma, resultados de investigaciones al respecto han demostrado que tenemos un amplio repertorio de estrategias para afrontar el estrés, estando su eficacia relacionada con el proceso de ajuste entre las demandas de la situación y la persona, atendiendo a criterios como el bienestar subjetivo, funcionamiento social, o salud fisiológica (French, Caplan y Van Harrison, 1982; Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999). A este respecto, y debido a la necesidad detectada entre otros por Lazarus (2000) y Litman (2006), en los últimos años se han llevado a cabo diversas investigaciones dirigidas a conocer qué estrategias de afrontamiento son más eficaces en la gestión del estrés. En este sentido autores como Folkman (2010) sostienen que el estrés es un fenómeno fundamentalmente contextual, lo que quiere decir que se trata de una transacción o proceso entre la propia persona y el entorno o contexto en el que se encuentra en un momento determinado. Por lo tanto, según esta autora la eficacia de las estrategias de afrontamiento y los resultados asociados a ella dependen tanto de aspectos estables (características de la

personalidad, valores y creencias personales) como, sobre todo, de elementos inherentes a la propia situación, entre los que destacan las emociones que la persona siente en ese momento (Lazarus, 2000).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y siguiendo a Lazarus (2006), parece razonable la idea de la necesidad de profundizar en el estudio sobre el proceso de afrontamiento al estrés, para conocerlo mejor y determinar cuáles son las estrategias que desempeñamos para gestionar estresores y cuándo y en qué medida son eficaces dichas estrategias. Esta línea de investigación puede ser fundamental para la práctica profesional, pudiendo aportar diseños de intervenciones dirigidas a afrontar eficazmente los momentos estresantes que una persona vive en el día a día, contribuyendo a incrementar sus niveles de bienestar (Eacott y Frydenberg, 2009).

De esta forma Lazarus (2000), en su artículo sobre el estado del arte, apunta que desde sus inicios en los años 40 del pasado siglo hasta la actualidad, la investigación en estrés y *coping* ha ido incrementándose tanto desde el punto de vista de la cantidad como de la calidad y complejidad de los estudios, lo que ha contribuido a reducir la tradicional brecha entre la investigación y la práctica profesional. Este acrecentamiento del interés y actividad científica relacionada con el estudio del proceso de afrontamiento al estrés, se ha visto además influenciado por el creciente desarrollo de la investigación sobre las emociones positivas que, desde el surgimiento de la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), también se ha visto incrementado. Así, basándose en la teoría de ampliación y construcción de recursos de las emociones positivas (the broaden-and-build theory of positive emotions) (Fredrickson, 1998, 2001), estudios como el de Tugade, Fredrickson y Barret (2004) han relacionado las emociones positivas y el *coping*, encontrando que las emociones positivas contribuyen a través de un *coping* más eficaz al bienestar físico y psicológico de las personas. Más específicamente emociones positivas como el humor, permiten afrontar el estrés de forma más eficaz (Carbelo y Jáuregui, 2006).

Pero, ¿se pueden sentir emociones positivas en una situación estresante? En contra de lo que tradicionalmente se ha postulado tanto desde la cultura popular como desde la psicología científica, las emociones positivas coocurren en situaciones angustiosas y estresantes, teniendo la emoción positiva una función adaptativa (Folkman y Moskowitz, 2000, 2004). De hecho, el afecto positivo ayuda a afrontar el estrés de manera efectiva y a superar sus consecuencias nocivas más rápidamente, predisponiendo a evaluar la situación de estrés como un reto, lo que conlleva un incremento de la esperanza y el optimismo, que a su vez genera y sostiene más afecto positivo (Khosla, 2006). En este sentido, Kim, Suh, Kim y Gopalan (2012) encontraron que los jóvenes inmigrantes asiáticos emplean para afrontar el proceso de aculturación, estrategias de afrontamiento con las que experimentan emociones positivas, lo que contribuye a que mantengan un buen nivel de felicidad y bienestar. Es más, incluso en situaciones de estrés severo como en el caso de cuidadores de enfermos graves (Folkman, 1997) o de desempleados por un tiempo prolongado (Kerr, Dattilo y O'Sullivan, 2012), las emociones positivas coocurren con las negativas, contribuyendo a afrontar más eficazmente la situación y a reducir los niveles de malestar en estas personas.

Por tanto, la inclusión de las emociones positivas en los estudios sobre estrés y *coping*, puede considerarse como un elemento de ruptura en esta línea de investigación, lo que ha podido influir en el desarrollo de las diferentes propuestas teóricas sobre el afrontamiento. Como aportan Vázquez, Pérez y Sales (2003), los estados positivos proporcionan mejor resistencia ante estresores intensos cuando no solo se perciben las consecuencias negativas de lo sucedido, sino que también se aprecia y valora aquellos elementos positivos de la situación. Por lo que los modelos sobre el proceso de estrés *coping* han podido ser revisados en consonancia con la evidencia empírica sobre las emociones positivas y las situaciones de estrés.

Por este motivo, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión de las principales propuestas teóricas sobre las estrategias de afrontamiento al estrés, analizar su evolución e indagar sobre la inclusión de emociones positivas en estos modelos, para conocer el rol que se les atribuye en el proceso de estrés y *coping*.

Método

El presente estudio consiste en una revisión bibliográfica que pretende analizar y sintetizar el estado de la literatura relacionado con el proceso de percepción y afrontamiento del estrés.

La revisión de bibliografía se llevó a cabo siguiendo secuencialmente dos estrategias de búsqueda. En primera instancia, se realizó búsqueda inicial a través de tres bases de datos: PsycNet, Medline y Pubmed. Los criterios de búsqueda que se emplearon respondieron a diferentes combinaciones de las palabras clave *stress*, *coping*, *positive coping* y *positive emotion*. La búsqueda de las publicaciones revisadas se limitó a publicaciones que emplean el método de revisión de pares en el proceso de evaluación y aceptación de los trabajos.

Posteriormente, se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, las cuales facilitaron el acceso a otros estudios revisados.

Los estudios incluidos en la revisión correspondieron tanto a propuestas teóricas, como revisiones o estudios empíricos relacionados con el proceso de afrontamiento al estrés.

Resultados

La búsqueda dio como resultado la obtención de tres tipos de aportaciones: artículos empíricos centrados en conocer la relación entre las emociones positivas el estrés y el *coping*, trabajos teóricos sobre propuestas de modelos, y ensayos sobre el estado de la cuestión.

La totalidad de propuestas se centran en la idea de que existe una amplia gama de repertorios de estrategias de afrontamiento al estrés, que se emplean según las características y habilidades personales, y la situación demandante. Esta idea se basa en los resultados del análisis factorial realizado en los trabajos originarios sobre herramientas de medida de *coping*. Estos instrumentos coinciden en la base teórica en la que se soportan: modelo transaccional de estrés y afrontamiento (Lazarus, 1966; Folkman y Lazarus, 1980; Lazarus y Folkman, 1984; Folkman 1997; Folkman, 2008, Folkman, 2010). Pese a ello han obtenido resultados dispares en los análisis de factorización, lo que ha influido en que difieran en su propuesta sobre los tipos y la clasificación de las estrategias de afrontamiento. Las tres herramientas de medición de referencia en la mayoría de investigaciones son:

- WCC: Ways of coping checklist (Folkman y Lazarus, 1980).
- WAYS: Ways of coping questionnaire (Folkman y Lazarus; 1985, 1988)
- COPE Inventory (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Carver, 1997).

Pero la propuesta teórica sobre el estrés y su afrontamiento de Lazarus no constituye tan solo el armazón en el que se basa el diseño de las principales herramientas de medición. La totalidad de los trabajos encontrados en esta revisión (tanto teóricos como empíricos) parten de este modelo de evaluación cognitiva del estrés. Los artículos teóricos relacionados con este modelo muestran que el mismo ha ido sufriendo modificaciones a lo largo de los años. Así inicialmente el modelo no contemplaba la coocurrencia de emociones positivas y negativas

Tabla 1
Estrategias de afrontamiento positivo

Estrategia	Descripción
Reevaluación y reinterpretación positiva	Encontrar sentido a la situación a través de la interpretación de la situación en términos de valores y creencias profundamente arraigadas (Folkman, 1997; Folkman, Moskowitz, Ozer, y Park, 1997).
Creencias espirituales	Buscar significado existencial para conseguir ajuste emocional (Folkman, 1997; Folkman, Moskowitz, Ozer, y Park, 1997).
Saboreo de los acontecimientos ordinarios positivos	Planear y realizar actividades cotidianas infundiéndole significado positivo (Folkman y Moskowitz, 2000).
Aceptación	Asumir la diferencia y el cambio entre las expectativas generadas y la situación presente (Folkman, 2008).
Revisión de las metas	Adaptar las metas a la nueva situación para mantener la sensación de control y logro (Folkman, 1997; Folkman, Moskowitz, Ozer, y Park, 1997).
Focalización en los aspectos positivos	Atender a los aspectos positivos de la situación para permanecer optimista en cuanto a su solución (Eacott y Frydenberg, 2009).
Participación en actividades de ocio o recreativas	Realizar actividades físicas, relajantes y/o divertidas con personas cercanas (Eacott y Frydenberg, 2009).

En este sentido, y a colación de este giro en la concepción del estrés por parte de los teóricos del campo, se propone un nuevo tipo de estrategias de afrontamiento, denominado por Folkman (1997) como *coping centrado en el significado*, y plasmado en los estudios empíricos revisados y en la psicología positiva aplicada a la práctica profesional como *coping positivo* (Schwarzer y Knoll, 2003). Esta nueva concepción del afrontamiento de situaciones estresantes ya ha sido puesta en práctica tanto en el ámbito aplicado como en el científico. Así, el *coping* positivo parece ser un factor relacionado con el bienestar psicológico. Oaksford y cols. (2005) encontraron que el afrontamiento positivo facilita el ajuste psicológico y la adaptación en personas que han sufrido una amputación de alguna extremidad. Kerr y cols., (2012) encontraron mejoras en la salud mental asociadas al empleo de estrategias de *coping* positivo en personas desempleadas con algún tipo de discapacidad, que padecían estrés crónico. Pero el *coping* positivo también puede tener consecuencias beneficiosas a nivel fisiológico. Por ejemplo, Sakami y cols. (2003) hallaron que el *coping* positivo provoca cambios en el sistema inmunológico y efectos favorables para la salud.

Por otra parte, en el ámbito aplicado ya se han desarrollado programas centrados en el desarrollo de habilidades de afrontamiento positivas. Así, Eacott y Frydenberg (2009) probaron la eficacia de un programa psicoeducativo para desarrollo de habilidades de afrontamiento positivo para jóvenes, tanto para población general como con riesgo de depresión. El programa incluía el entrenamiento en las estrategias de centrarse en la solución del problema, consecución de logros, focalización en lo positivo, búsqueda de actividades divertidas y relajantes, ac-

tividad física y fomento de las relaciones sociales. Tras la aplicación se obtuvieron resultados tanto en su eficacia (incremento del uso de estrategias de afrontamiento productivas y reducción de las no productivas) como en los efectos sobre la población al que se le aplicó (ajuste persona-situación, bienestar subjetivo y social).

Pero esta nueva tendencia de investigación aún precisa de mucho más profundidad en cuanto al conocimiento generado sobre el *coping* positivo y sus efectos en el bienestar de las personas. Si bien es cierto que los estudios citados anteriormente evidencian que las emociones positivas generadas por este estilo de afrontamiento incrementan la eficacia a la hora de gestionar el estrés, no existe aún consenso en qué estrategias pueden identificarse con este tipo de *coping*. Entre las propuestas se encuentran tanto estrategias cognitivas o conductuales centradas en la situación estresante, como otras dirigidas a la generación de emociones positivas, como pueden ser la práctica de la amabilidad, la gratitud el mindfulness, o el desarrollo intencional de fortalezas personales. Por tanto, este nicho de investigación constituye un elemento clave para la ampliación sobre el conocimiento acerca de las estrategias de afrontamiento positivo. Se plantea necesario para un futuro cercano, precisar qué estrategias se pueden clasificar como *coping* positivo y qué eficacia tiene cada una de ellas en diferentes poblaciones. La transferencia de los resultados de estas investigaciones al ámbito de la práctica profesional se antoja decisiva a la hora de promover en la población un afrontamiento de los problemas diarios orientado a un mayor nivel de bienestar personal.

La propuesta del *coping* positivo es una buena oportunidad para fomentar bienestar, desarrollo, crecimiento y florecimiento personal en las sociedades. La psicología positiva y los investigadores y profesionales que nos dedicamos a ella contemplamos como se abre un campo de actuación muy interesante y enriquecedor, que puede ser determinante a la hora de contribuir a la felicidad desde ámbitos como la psicología de la educación, la psicología de la salud, o la psicología del trabajo. Depende de nuestro esfuerzo que este barco llegue a buen puerto. Hasta entonces, deberemos de aceptar la situación en la que nos encontramos, reinterpretar la misma y planificar la vía de consecución más acorde a nuestros recursos para llegar hasta nuestra meta.

Referencias bibliográficas

- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del psicólogo*, 27, 18-30.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., Scheier M. F. y Weintraub J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personal and Social Psychology*, 56, 267-83.
- Eacott, C. y Frydenberg, E. (2009). Promoting positive coping skills for rural youth: Benefits for at-risk young people. *The Australian Journal of Rural Health*, 17, 338-345.
- ENWHP: Red Europea de Promoción de la Salud en el trabajo (2009). A guide to the business case for mental health. Extraído de http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/8th_Initiative/MentalHealth_Broschuere_bussinescase.pdf.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21, 3-14.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psychooncology*, 19, 901-908.

- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. K. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T., Ozer, E. M. y Park, C. L. (1997). Positive meaningful events and coping in the context of HIV/AIDS. En B. H. Gottlieb (ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 293-314). Nueva York: Plenum Press.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- French, J. R. P., Caplan, R. B., y Van Harrison, R. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester: Wiley.
- Kerr, J. L., Dattilo, J., y O'Sullivan, D. (2012). Use of recreation activities as positive coping with chronic stress and mental health outcomes associated with unemployment of people with disabilities. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 43, 279-292.
- Khosla, M. (2006). Positive affect and coping with stress. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32, 185-192.
- Kim, J., Suh, W., Kim, S., y Gopalan, H. (2012). Coping strategies to manage acculturative stress: Meaningful activity participation, social support, and positive emotion among Korean immigrant adolescents in the USA. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7, 1-10.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1999). Hope: an emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research*, 66, 653-678.
- Lazarus R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-73.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of personality*, 74, 9-46.
- Lazarus R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D. y Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive-phenomenological analysis. *Theories of Emotion*, 1, 189-217.
- Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 273-284.
- Moore, P. J., Chrabaszcz, J. S., Peterson, R. A., Rohrbeck, C. A., Roemer, E. C. y Mercurio, A. E. (2014). Psychological resilience: the impact of affectivity and coping on state anxiety and positive emotions during and after the Washington, DC sniper killings. *Anxiety, Stress & Coping*, 27, 138-155.

- Oaksford, K., Frude, N. y Cuddihy, R. (2005). Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabilitation psychology*, 50, 266-277.
- OSHA: Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2000). Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo. Extraído de <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>.
- Sakami, S., Maeda, M., Maruoka, T., Nakata, A., Komaki, G. y Kawamura, N. (2003). Positive coping up-and down-regulates in vitro cytokine productions from T cells dependent on stress levels. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73, 243-251.
- Schwarzer, R. y Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. En S. J. López y C. R. Snyder (eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures.*, (pp. 393-409). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Speirs, T. y Martin, A. J. (1999). Depressed mood amongst adolescents: the roles of perceived control and coping style. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 9, 55-76.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. y Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, 72, 1161-1190.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2008). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (eds.), *Las emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9, 231-254.
- Zeidner, M. (1994). Personal and contextual determinants of coping and anxiety in an evaluative situation: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 16, 899-918.

Vías etiológicas en el consumo de alcohol: Un estudio de moderación entre la conducta antinormativa y los motivos a la hora de predecir el consumo de alcohol semanal

MARÍA AMPARO PÉREZ BARBERÁ
al89629@uji.es

LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN
lmezquit@uji.es

Resumen

Introducción: Estudios previos muestran la existencia de distintas vías etiológicas en el consumo de alcohol: 1) vía de regulación del afecto positivo (e.g., consumir alcohol para animarse); 2) vía de regulación del afecto negativo (e.g., para disminuir los síntomas depresivos); y 3) vía de tendencia a la desviación (i.e., la conducta de consumo es una más de entre un amplio abanico de conductas desviadas). El presente trabajo pretende estudiar la interrelación de estas vías a la hora de predecir el consumo. **Método:** Setecientos veintiséis personas de entre 18 y 53 años (63,8 % mujeres) completaron el cuestionario de conducta antisocial ACA, el cuestionario de motivos de consumo de alcohol M DMQ-R, y la cantidad de alcohol consumida a lo largo de la semana. **Resultados:** Los análisis de regresión mostraron que la conducta antisocial, los motivos de animación, los motivos de afrontamiento de la depresión y los bajos motivos de conformidad se asociaban con un mayor consumo de alcohol. Los gráficos de interacción mostraron que dentro de los participantes antinormativos, si éstos bebían para animarse, se multiplicaba el riesgo de consumir grandes cantidades de alcohol. Los motivos de conformidad ejercían un factor protector dentro del grupo de participantes más antinormativos. **Discusión:** De forma similar a los estudios previos, los resultados del presente trabajo evidencian la existencia de tres vías etiológicas del consumo de alcohol no excluyentes entre sí, y además muestra que la vía de regulación del afecto negativo y la vía de tendencia a la desviación se interrelacionan entre ellas.

Palabras clave: motivos de consumo, alcohol, vías etiológicas, conducta antinormativa.

Abstract

Background: Previous studies demonstrate the existence of distinct etiologic pathways in alcohol use and misuse: 1) the positive affect regulation pathway (e.g., drinking to get a high); 2) the negative affect regulation pathway (e.g., drinking alcohol to reduce depressive symptoms); and 3) the deviance proneness pathway (i.e., drinking behavior is one among a wide range of deviant behaviors). This paper tries to examine to what

extent these pathways are interrelated each other to predict the consumption of alcohol.

Method: The sample was composed of 726 participants (63.20 % female) who completed the antisocial behavior questionnaire ACA, the Modified DMQ-R and the alcohol consumption questionnaire AIS-UJI. **Results:** Regression analysis showed that antisocial behavior, enhancement motives, coping-with-depression motives and low conformity motives were associated with higher alcohol consumption. In addition, it was found that antisocial behavior interacted with enhancement motives and conformity motives to predict alcohol use. Interaction graphs showed that within high antinormative participants, if they drank for enhancement motives, the risk of consuming large amounts of alcohol multiplied. Conformity motives exerted a protective factor within the group of high antinormative participants. **Discussion:** Similar to previous studies, the results of this paper show the existence of three etiological pathways to alcohol consumption that are not exclusive to each other. It also shows an interrelation between the regulation of negative affect pathway and the deviance proneness pathway to predict alcohol use.

Keywords: drinking motives, alcohol, etiological pathways, antisocial behavior.

Introducción

El consumo de alcohol tiene una alta prevalencia, en España en torno al 90,9 % de la población ha consumido alguna vez en su vida bebidas alcohólicas, el 76,6 % las ha consumido en el último año y el 62,3 % lo hizo en el último mes (OED, 2013). Además, las mayores tasas se dan en la población de entre 15 y 34 años. Debido a la alta prevalencia en el consumo de alcohol se pone de relevancia la necesidad de estudiar las vías etiológicas del consumo y variables asociadas que pueden estar moderando el consumo.

Se ha propuesto la existencia de cuatro vías etiológicas no excluyentes entre sí, que explicarían el uso y abuso del alcohol (Mezquita, Ibáñez, Moya, Villa, y Ortet, 2014; Sher, Grekin, y Williams, 2005). Las tres vías más estrechamente asociadas a aspectos psicológicos son: (i) la vía de regulación del afecto negativo; (ii) la vía de regulación del afecto positivo; y (iii) la vía de propensión a las conductas antinormativas.

La vía de la regulación del afecto negativo, se asocia con características de personalidad de elevado neuroticismo. Las personas con mayor emotividad negativa tenderían a consumir para disminuir su ansiedad o depresión (Mezquita y cols., 2014; Mezquita, Stewart, y Ruipérez, 2010). Además, cada una de estos motivos por consumir se ha asociado con unas variables de consumo. Mientras que los motivos de afrontamiento de la ansiedad predice el consumo de alcohol entre semana como forma de afrontar los problemas de la vida diaria, los motivos de afrontamiento de la depresión predicen en mayor medida los problemas asociados al consumo.

La vía de regulación del efecto positivo se asocia con características de personalidad de emotividad positiva y de desinhibición. Así, a las personas más extrovertidas e irresponsables les motivaría beber para animarse y para disfrutar de la sensación. Los motivos de animación se han relacionado con un consumo de fin de semana (Mezquita y cols., 2014) con el consumo abusivo (Cooper, 1994) y con el consumo por atracón (Mezquita, Ibáñez y Ortet, 2011a). Además, los motivos de animación predicen los problemas derivados del consumo, pero a través de su asociación con los patrones de atracón, de consumo de fin de semana y consumo excesivo (Mezquita y cols., 2010, 2011, 2014).

La vía de propensión a las conductas antinormativas hace referencia a que en personas desinhibidas y antagonistas, el consumo de alcohol sería una de entre otras muchas conduc-

tas desviadas (e.g., consumo de otras drogas, trastorno de conducta) (Chapman y Cellucci, 2007; Jackson y Beaver, 2015; Waldman y Slutske, 2000) en la cual el rol de los motivos de consumo sería menos relevante (Mezquita y cols., 2011a, 2014).

Además de los motivos de consumo por afrontamiento de la ansiedad, de la depresión y de animación cuya fuente de refuerzo es interna, existen otras motivaciones por consumir menos relacionados con las vías etiológicas previamente expuestas y cuya fuente de refuerzo es externa. Estos son, los motivos sociales, que hacen referencia a consumir con fin de mejorar los encuentros sociales; y los motivos de conformidad, que hacen referencia a consumir para no sentirse excluido de un grupo de iguales (Cooper, 1994; Mezquita y cols., 2011). Mientras que los motivos sociales se asocian a consumos moderados de alcohol (Mezquita y cols., 2011), los motivos de conformidad se han asociado de forma inconsistente con el consumo y con los problemas relacionados con el consumo de alcohol (Cooper, 1994; Mezquita, 2011). El presente estudio trata de replicar la existencia de tres de las cuatro vías etiológicas de consumo de alcohol propuestas por Sher y cols. (2005). Debido a la falta de estudios previos, el segundo objetivo será explorar la interrelación entre las distintas vías etiológicas de consumo de alcohol a la hora de predecir el consumo de alcohol semanal.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 726 personas con un rango de edad de entre 18 y 53 años (63,8 % mujeres, media edad = 23,23, d. t.=3,61). El 75,1 % son estudiantes, el 15,6 % trabajadores, el 9,3 % desempleados y el 12,1 % presentaban otras ocupaciones. El nivel de estudios mayoritario es el universitario con un 68,5 %, seguido por estudios medios con un 25,9 %, un 4,7 % con estudios primarios y un 0,9 % sin estudios.

Instrumentos

El *Autoinforme de Conductas Antisociales* (ACA; Pérez, 1983) evalúa la conducta antisocial. Se compone de 37 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = *nunca* a 4 = *muy frecuentemente*). Un ejemplo de los ítems son: «He cogido un vehículo (bicicleta, motocicleta, coche) de otra persona y me lo he quedado», o «Fumé cigarrillos antes de los catorce años».

El *MDMQ-R* (Mezquita y cols., 2011b) evalúa los motivos de consumo de alcohol sociales, de afrontamiento de la depresión, de afrontamiento de la ansiedad, de animación y de conformidad. Dicho cuestionario está compuesto por 28 ítems en la que los participantes deben indicar en una escala Likert de 5 puntos (1 = *casi nunca/nunca* a 5 = *casi siempre/siempre*) con qué frecuencia consumen por cada una de las razones indicadas.

El *Alcohol Intake Scale-UJI* (AIS-UJI; Grau y Ortet, 1999) evalúa el número de cervezas, vasos de vino, de licores (e.g., ron, whisky, ginebra, brandy) y licores sin combinar. Dicho autoinforme permite el cálculo de unidades de bebida estándar de los informantes. En España, una UBE es equivalente a 10 g de alcohol (Rodríguez-Martos y cols., 1999).

Procedimiento

Los datos proceden por una parte de la última oleada de dos estudios longitudinales y por otra, de un estudio transversal. El primer estudio es del 2009, los instrumentos se comple-

taron a mano y fue remunerado con 30 euros la participación. El segundo estudio es del 2010, en este caso recibieron 40 euros y se completaron la mayoría de instrumentos vía online. El último de los estudios se realizó en 2013, también se completó en su mayoría por vía online y en este caso se remuneró con 20 euros.

Los participantes de los tres estudios recibieron información sobre los fundamentos y objetivos de las investigaciones y sobre la confidencialidad con la que se tratarían sus datos. Después de ello, dieron el consentimiento informado.

Análisis de datos

En primer lugar, con el fin de explorar las características de la muestra se realizaron análisis descriptivos. Asimismo, se calcularon las diferencias entre hombres y mujeres mediante la *t* de Student y el tamaño del efecto de Cohen (1992).

En segundo lugar, se realizaron análisis de correlación parcial para estudiar las relaciones entre los motivos de consumo, la conducta antinormativa y el consumo de alcohol.

Con el objetivo de estudiar la relación entre los motivos de consumo y la conducta antinormativa con el consumo de alcohol y ver el efecto sinérgico de ambas a la hora de predecir el consumo de alcohol se utilizaron análisis de regresión. Para estos análisis, se utilizó como variable dependiente la cantidad de alcohol. Tras controlar por sexo y edad, se introdujeron como variables predictoras los motivos de consumo, la conducta antinormativa y sus interacciones.

En último lugar, para interpretar las interacciones significativas entre los motivos de consumo y la conducta antinormativa a la hora de predecir el consumo de alcohol se realizaron gráficos de interacción y análisis de pendiente simple (Dawson, 2014).

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPSS Statistics versión 19.

Resultados

Los análisis descriptivos de toda la muestra y las diferencias entre grupos de sexo se muestran en la tabla 1. Se encontraron diferencias de género medias en el consumo total (hombres>mujeres) y las conductas antinormativas (hombres>mujeres), y diferencias de género pequeñas en los motivos de afrontamiento de la ansiedad (hombres>mujeres), de animación (hombres>mujeres) y de conformidad (hombres>mujeres).

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

	Total N=726	Hombres N=263	Mujeres N=463	<i>t</i>	<i>d</i>
Consumo total	10,925 (8,538)	14,019 (10,736)	9,184 (6,387)	7,586***	0,55
Conducta antinormativa	42,532 (7,021)	45,909 (8,706)	40,613 (4,918)	10,474***	0,75
Motivos sociales	2,602 (0,899)	2,562 (0,921)	2,625 (0,887)	-0,902	0,07
Motivos de afrontamiento de la ansiedad	1,448 (0,565)	1,537 (0,625)	1,397 (0,522)	3,225***	0,24
Motivos de afrontamiento de la depresión	1,327 (0,537)	1,375 (0,573)	1,299 (0,513)	1,818	0,04
Motivos de animación	2,139 (0,908)	2,237 (0,929)	2,083 (0,891)	2,210*	0,17
Motivos de conformidad	0,441 (0,441)	1,276 (0,502)	1,179 (0,398)	2,870**	0,21

Nota. Los valores de la *d* de Cohen en valor absoluto de 0,20 (pequeño), 0,50 (medio) y 0,80 (grande) (Cohen, 1992).

Las correlaciones entre la conducta antinormativa, los cinco motivos de consumo y el consumo total de alcohol están en la tabla 2. La conducta antinormativa se relacionó de forma significativa con todos los motivos de consumo. Los diferentes motivos de consumo se correlacionan entre sí de forma significativa. Por último, el consumo total de alcohol se correlacionó de forma significativa con la conducta antinormativa y con todos los motivos de consumo a excepción de los de conformidad.

Los análisis de regresión se presentan en la tabla 3. La conducta antisocial, los motivos de animación, los motivos de afrontamiento de la depresión y los bajos motivos de conformidad se asociaron con un mayor consumo de alcohol. Además, se encontró que la conducta antisocial interaccionaba con los motivos de animación y de conformidad a la hora de predecir el consumo de alcohol total.

Tabla 2
Correlaciones parciales (controlando el efecto de la edad y el género) entre motivos de consumo de alcohol, conducta antinormativa y consumo total

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Consumo total	1						
2. Conducta antinormativa	0,413***	1					
3. Motivos sociales	0,206***	0,247***	1				
4. Motivos de afrontamiento de la ansiedad	0,193***	0,315***	0,453***	1			
5. Motivos de afrontamiento de la depresión	0,193***	0,297***	0,272***	0,679***	1		
6. Motivos de animación	0,339***	0,415***	0,541***	0,567***	0,411***	1	
7. Motivos de conformidad	0,038	0,196***	0,363***	0,553***	0,538***	0,303***	1

Nota. *p < 0,05, ** p < 0,01, ***p < 0,001

Tabla 3
Análisis de regresión por pasos. VD: Consumo de alcohol total

	β	ΔR^2
Edad	-0,123***	0,314***
Sexo	-0,153***	
Conducta antisocial	0,667***	
Motivos de afrontamiento de la ansiedad	-0,042	
Motivos de afrontamiento de la depresión	0,124*	
Motivos sociales	0,39	
Motivos de animación	0,146***	
Motivos de conformidad	-0,089**	
Conducta antisocial x Motivos de afrontamiento de la ansiedad	0,074	
Conducta antisocial x Motivos de afrontamiento de la depresión	-0,026	
Conducta antisocial x Motivos sociales	-0,039	
Conducta antisocial x Motivos de animación	0,120**	
Conducta antisocial x Motivos de conformidad	-0,296***	

Nota. *p < 0,05, ** p < 0,01, ***p < 0,001

Por último, en las figuras 1 y 2 se representan los gráficos de interacción de la conducta antinormativa y los motivos de animación y de conformidad a la hora de predecir el consumo de alcohol.

En la figura 1, se observa que cuando el grupo que presenta altos niveles de conducta antinormativa bebe por motivos de animación se multiplicaba el riesgo de consumir grandes cantidades de alcohol.

En la figura 2, el grupo de personas con altos niveles de conductas antinormativas que consume alcohol por motivos de conformidad beben menos alcohol. Por lo tanto sería un factor protector para aquellas personas del grupo de alta conducta antisocial que beben por motivos de conformidad.

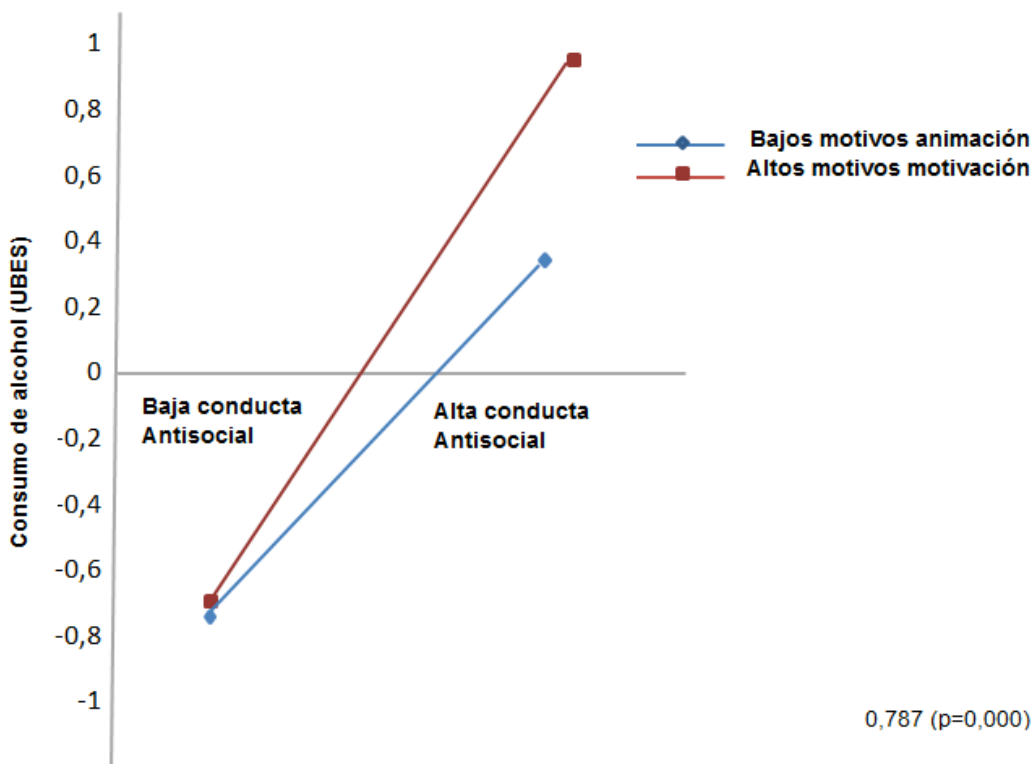


Figura 1. Gráfico de interacción entre los motivos de animación y la conducta antinormativa a la hora de predecir el consumo de alcohol

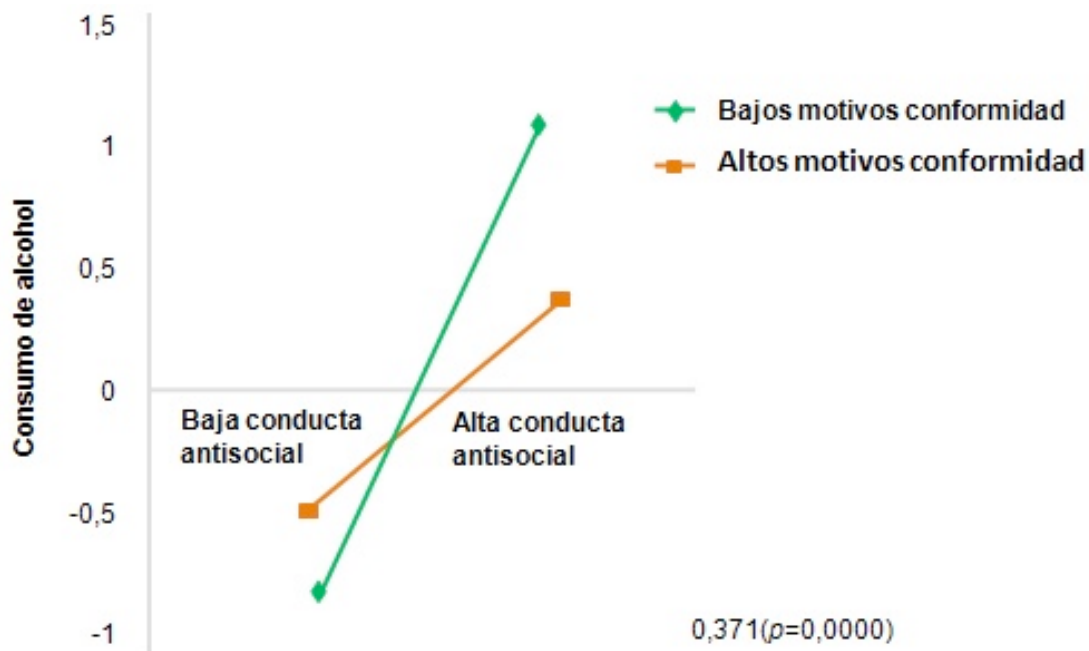


Figura 2. Gráfico de interacción entre los motivos de conformidad y la conducta antinormativa a la hora de predecir el consumo de alcohol

Discusión

Este trabajo trata de replicar la existencia de tres vías etiológicas y ver cómo éstas se relacionan entre sí a la hora de predecir el consumo de alcohol.

Los resultados apoyan la evidencia previa de la existencia de tres vías etiológicas que explicarían el uso y abuso del alcohol (Mezquita y cols., 2014; Sher y cols., 2005). Por una parte, los motivos de afrontamiento de depresión se han asociado a un mayor consumo de alcohol lo que apoyaría la existencia de la vía de regulación del afecto negativo en la línea de estudios anteriores (Mezquita y cols., 2011a, 2014). Además, se encuentran asociaciones entre los motivos de animación y consumo de alcohol lo que apoyaría la vía de regulación del afecto positivo en la línea de la literatura previa (Cooper, 1994; Mezquita y cols., 2011a, 2014). Las asociaciones encontradas entre conducta antinormativa y consumo de alcohol apoyarían la existencia de la vía de la propensión a las conductas antinormativas. Estudios previos ya apuntaban la existencia de dicha relación.

Por un lado, los resultados apuntan a que los motivos de conformidad actuarían como factor protector en el grupo de los antinormativos frente al consumo de alcohol. Esto se produciría porque aquellas personas que consumen simplemente porque no saben decir que no lo hacen pero sin motivación interna, por lo que no beben grandes cantidades.

Por el otro lado, los resultados indican que las personas antinormativas que además beben por motivos de animación beben más cantidad de alcohol, sería una interacción que promueve un mayor uso del alcohol. Sin embargo, no existe estudios previos que abarquen dichas interacciones.

En último lugar, tal y como apuntan estudios anteriores (Alati y cols., 2014), las conductas antinormativas que se producen de forma temprana se relacionan con el consumo de alcohol, y a su vez dependiendo de los motivos de consumo este será mayor o menor (Mezquita y cols., 2011a). Como consecuencia la intervención temprana sobre la conducta antinormativa y los motivos de consumo de alcohol reduciría la cantidad de alcohol consumida en la línea de estudios previos (Canale, Vieno, Santinello, Chieco, y Andriolo, 2015; Conrod, Stewart, Comeau, y Maclean, 2006).

Referencias bibliográficas

- Alati, R., Baker, P., Betts, K. S., Connor, J. P., Little, K., Sanson, A., y Olsson, C. A. (2014). The role of parental alcohol use, parental discipline and antisocial behaviour on adolescent drinking trajectories. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 178-184.
- Canale, N., Vieno, A., Santinello, M., Chieco, F., y Andriolo, S. (2015). The efficacy of computerized alcohol intervention tailored to drinking motives among college students: a quasi-experimental pilot study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41, 183-7.
- Chapman, A. L., y Cellucci, T. (2007). The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among incarcerated females. *Addictive Behaviors*, 32, 1131-1145.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Comeau, N., y Maclean, A. M. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 550-563.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- Dawson, J. F. (2014). Moderation in Management Research: What, Why, When, and How. *Journal of Business and Psychology*, 29, 1-19.
- Jackson, D. B., y Beaver, K. M. (2015). A shared pathway of antisocial risk: A path model of parent and child effects. *Journal of Criminal Justice*, 43, 154-163.
- Mezquita, L., Camacho, L., Ibáñez, M. I., Villa, H., Moya-Higueras, J., y Ortet, G. (2015). Five-Factor Model and alcohol outcomes: Mediating and moderating role of alcohol expectancies. *Personality and Individual Differences*, 74, 29-34.
- Mezquita, L., Ibáñez, M. I., Moya, J., Villa, H., y Ortet, G. (2014). A longitudinal examination of different etiological pathways to alcohol use and misuse. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38, 1770-9.
- Mezquita, L., Ibáñez, M. I., y Ortet, G. (2011a). El papel del maltrato, la personalidad y los motivos en el consumo de alcohol: un estudio prospectivo de cinco años en adultos jóvenes. Castellón: Editorial Académica Española.
- Mezquita, L., Stewart, S. H., Ibáñez, M. I., Ruipérez, M. A., Villa, H., Moya, J., y Ortet, G. (2011b). Drinking motives in clinical and general populations. *European Addiction Research*, 17, 250-261.
- Mezquita, L., Stewart, S. H., y Ruipérez, M. Á. (2010). Big-five personality domains predict internal drinking motives in young adults. *Personality and Individual Differences*, 49, 240-245.
- Sher, K. J., Grekin, E. R., y Williams, N. A. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 493-523.
- Waldman, I. D., y Slutske, W. S. (2000). Antisocial behavior and alcoholism: A behavioral genetic perspective on comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 20, 255-287.

Evolución terapéutica en paciente sometido a cirugía cardiotorácica

CARLA PITARCH ALBADO
cpitarch12@gmail.com

ISABEL PILAR ROS CARDO
isabelrc18@gmail.com

PAULA RECACHA PONCE
paularecacha@hotmail.com

AARÓN RIBES PORCAR
aaronribesporcar@gmail.com

MARÍA DESAMPARADOS BERNAT ADELL
bernatm@uji.es

Resumen

Introducción: Paciente que presenta una patología pulmonar, neoplasia del lóbulo inferior derecho, sometido a cirugía de lobectomía inferior derecha más linfadenectomía. **Método:** El trabajo se fundamenta en la aplicación del modelo de Virginia Henderson, basado en la clasificación de las 14 necesidades según el grado de dependencia e independencia, con el fin de llevar a cabo la valoración del paciente. Mediante los datos recogidos en esta valoración se identifican los problemas reales y potenciales del paciente, que ayudan en la elaboración de los diagnósticos de enfermería (NANDA). Una vez establecido el diagnóstico, se plantean unos NOC y NIC. **Resultados:** Mediante monitorización respiratoria de la saturación de O₂ y la frecuencia respiratoria, una media de 3 o 4 veces por día, y basándonos en la observación del adecuado uso de la musculatura accesoria el paciente, el día del alta clínica había superado el patrón respiratorio ineficaz. La inserción de drenajes torácicos, de catéter venoso periférico y la herida quirúrgica resultado de la intervención, motivaban un riesgo de infección, al alta el riesgo de infección queda suprimido. Se evidencia un riesgo moderado de caídas, una dificultad en la realización independiente de los autocuidados relacionados con la higiene, con vestir/desvestirse y con transferencia para el uso del inodoro, ya que necesitaba ayuda parcial y supervisión. El riesgo de caídas se controló y volvió a ser autónomo en autocuidados. **Conclusiones:** Identificar precozmente las necesidades del paciente permitió controlarlas y evitar riesgos.

Palabras clave: cirugía, enfermería, cuidados, tórax.

Abstract

Introduction: Patient with a pulmonary pathology, neoplasm of the right lower lobe, had surgery right lower lobectomy plus lymphadenectomy. **Method:** The work is based on applying the model of Virginia Henderson, based on the classification of the 14 requirements to the degree of dependence and independence, in order to carry out the evaluation of the patient. Using data collected in this assessment the patient's actual and potential problems, which help in the development of nursing diagnoses (NANDA) are identified. Once the diagnosis is established, a NOC and NIC arise. **Results:** By respiratory monitoring O_2 saturation and respiratory rate, an average of 3 or 4 times per day, and based on observation of the proper use of the accessory muscles the patient, the discharge day clinic had exceeded the ineffective breathing pattern. The insertion of chest tubes, peripheral venous catheter and the surgical result of the intervention, motivated a risk of infection, high risk of infection is suppressed. A moderate risk of falling, a difficulty in conducting independent self-care related to hygiene, to dress / undress and transfer to use the toilet is evidence, as needed partial care and supervision. The risk of falling is controlled and returned to be independent in self-care. **Conclusions:** Early identification of patients' needs allowed to control and avoid risks.

Keywords: surgery, nursing, care, thorax.

Introducción

Hombre de 62 años residente en Coimbra, que ingresó en el servicio de Cirugía Cardio-torácica del Hospital Universidad de Coimbra el día 13/01/2014.

El ingreso fue programado derivado a través del Servicio de Neumología del mismo hospital para ser sometido a cirugía (lobectomía inferior derecha más linfadenectomía el día 14/01/2014).

El paciente está casado y tiene una hija de 29 años, la cual no tiene pareja. Vive con ellas y tiene muy buena relación, de hecho ellas todos los días a la hora de las visitas están el hospital y pasan toda la tarde con él. Ninguna de ellas tiene antecedentes relevantes.

Es socialmente activo, aún ejerce de agricultor y tienen buenos lazos sociales y familiares. En cuanto a los estudios académicos, el paciente remarca tener estudios básicos obligatorios.

Este caso describe el periodo post-operatorio completo, con su respectiva evolución hasta el momento del alta clínica, de un paciente que presentaba una patología pulmonar, neoplasia del lóbulo inferior derecho, siendo sometido a cirugía de lobectomía inferior derecha más linfadenectomía.

Objetivos

- La aplicación de los fundamentos teóricos de la enfermería a la práctica asistencial mediante la realización de las intervenciones correspondientes.
- Desarrollo de la capacidad de valoración frente a la persona como unidad biopsico-social.
- Realización de las intervenciones de enfermería de forma individual, con la posterior evaluación en el cumplimiento de los objetivos atendiendo a las respuestas humanas dentro del proceso de salud-enfermedad.

Método

El trabajo comienza con la aplicación del modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, modelo basado en la clasificación de las necesidades según el grado de dependencia e independencia, con el fin de llevar a cabo la valoración del paciente (Henderson, 2009). Mediante los datos recogidos en esta valoración se identifican los problemas reales y potenciales del paciente que ayudan en la elaboración de los diagnósticos de enfermería mediante la clasificación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Una vez establecido el diagnóstico, se plantean unos objetivos NOC (Nursing Outcomes Classification) y unas intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) (metodología enfermera).

Resultados

El paciente ingresó en el servicio siendo autónomo en lo que respecta a las necesidades básicas de la vida diaria. Este caso presenta una breve cronología de la evolución del paciente en los días posteriores a la cirugía hasta el alta hospitalaria, recalcando el cumplimiento de los objetivos establecidos tras aplicación del modelo de Virginia Henderson, ver anexo 1.

El usuario durante el periodo postoperatorio (15/1/14,16/1/14,17/1/14) presentaba un patrón de respiración ineficaz en episodios diarios (1 vez por día) por presentar periodos de taquipnea, acompañada de manejo inadecuado de la musculatura accesoria. Mediante terapia respiratoria, monitorizando una media de 3 o 4 veces por día las saturaciones de O₂ y la frecuencia respiratoria, y basándonos en la observación del adecuado uso de la musculatura accesoria, el paciente el día del alta clínica (18/1/14) había superado este patrón de respiración ineficaz.

Debido a la inserción de drenajes torácicos anterior y posterior, del catéter venoso periférico en la mano derecha y de la herida quirúrgica derecha lateral-posterior-costal el paciente presentaba un riesgo de infección. El tercer día postoperatorio (17/1/14) fueron retirados los drenajes torácicos y el catéter venoso periférico, sin ninguna incidencia. En cuanto a la herida quirúrgica no presentaba ningún tipo de signo de infección (rubor, inflamación o enrojecimiento), con buen aspecto y proceso cicatricial normal. De tal modo, que el día del alta el riesgo de infección quedo suprimido.

Durante el periodo postoperatorio, el paciente debido al dolor agudo intermitente e intenso en la región derecha lateral donde tuvo lugar la incisión quirúrgica, y al tener colocados los drenajes torácicos y el sistema de suero, presentaba tanto un riesgo moderado de caídas

como una dificultad en la realización independiente de los autocuidados para higiene personal, para vestir/desvestirse y para desplazarse al inodoro, ya que necesitaba una ayuda parcial y supervisión. El tercer día del postoperatorio, cuando se retiraron los drenajes, el sistema se suero y el dolor había mejorado tras aplicación de medidas no farmacológicas (masaje y relajación), el riesgo de caídas se abolió y volvió a ser autónomo en los autocuidados. Junto con esto, el paciente presentaba una baja autoestima situacional al inicio del periodo postoperatorio, motivada por la pérdida de la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Al finalizar su periodo de ingreso hospitalario y reincorporarse al rol social mejoró su autoestima.

Discusión y conclusiones

Durante la realización de este estudio se han alcanzado y cumplido los objetivos propuestos para el mismo, partiendo de las teorías sobre valoración e intervención fue realizado el estudio, identificados diagnósticos de enfermería y realizados las intervenciones correspondientes a los mismos.

Referencias bibliográficas

- Henderson, V. (19 / marzo / 2009). «Aprende en Línea». Extraído de *Plataforma académica para pregrado y posgrado*. Universidad de Antioquia: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=61971>.
- Metodología Enfermera*, (sin fecha). Extraído de Listado de Diagnósticos NANDA. Actualización en enfermería: <http://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/>.

Anexo 1

Valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson

Necesidad	Manifestaciones de dependencia
1. Necesidad de respirar	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta episodios diarios (más o menos una vez al día) frecuencia respiratoria: >25 resp/min (taquipnea) con saturaciones de oxígeno bajas: 81 %. Por lo cual utiliza gafas nasales a 2L y respiración ineficaz y superficial, utilizando la musculatura accesoria para realizar los movimientos respiratorios (espiración e inspiración) y el paciente refiere dolor agudo intermitente en la zona de incisión quirúrgica y drenajes en dichos episodios. - Presenta dos drenajes torácicos derechos; uno anterior y el otro posterior, ambos permeables. El anterior; a nivel de la línea medio claviclar, y el posterior a la línea axilar. Ambos utilizados para drenar el derrame pleural post-cirugía (lobectomía inferior derecha más linfadenectomía).

2. Necesidad de eliminación	<p>Drenajes torácicos derechos permeables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anterior (línea medio clavicular derecha): Drenaje sin fugas aéreas y en pasiva. Cantidad adecuada: 1^{er} día: 500cc/24h con contenido serohemático. 2^o día: 350 cc de contenido serohemático. - Posterior (línea axilar): Drenaje sin fugas aéreas y en pasiva. Cantidad adecuada 1^{er} día postoperatorio; 200cc serohemático. 2^o día: 100 cc con contenido hemático. 3^{er} día: 50cc serohemático. - Ayuda parcial y supervisión para desplazarse al inodoro, durante los tres días posoperatorio, debido a la presencia del catéter venoso periférico colocado en la mano derecha con suero en perfusión, por la presencia de los drenajes torácicos y el dolor en la región local de inserción de los mismos, además del dolor lateral-posterior-superior costal donde se sitúa la herida quirúrgica.
3. Necesidad de nutrición e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> - Durante los 3 días postoperatorio mantiene catéter venoso periférico con suero en perfusión: 1^{er} día: 400ml/24h de suero. 2^o día: 300ml/24h de suero, 3^{er} día: 300ml/24h de suero
4. Necesidad de moverse y mantener buena postura	<p>Movimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad moderada para moverse: levantarse, sentarse, caminar. Debido al dolor agudo intermitente en la región torácica y costal derecha, concretamente en la región local de inserción de drenajes y en la zona de la herida quirúrgica, durante los tres días del posoperatorio. Evaluado el dolor mediante <i>la escala numérica</i>, el paciente refiere número 8. La puntuación corresponde a calificar el dolor como intenso. Otra causa por la cual se dificulta el movimiento, en concreto el desplazamiento, es la presencia de los drenajes y el sistema de suero. Dependiente en grado moderado en el desplazamiento. Ha sido evaluado el riesgo de caídas mediante la escala de Morse y ha obtenido una puntuación de 45, lo que se traduce por riesgo moderado para movilidad. <p>Nivel hematológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debido a la cirugía y a la merma en su movilidad, el paciente presenta riesgo de trombosis venosa profunda, por tanto, se le administra todos los días a las 9h enoxaparina sódica, bajo prescripción médica.

<p>5. Necesidad de evitar peligros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de dolor agudo intermitente en la región derecha lateral-posterior-superior costal donde está la herida quirúrgica, donde tuvo lugar la lobectomía y la linfadenectomía, y la inserción de los drenajes torácicos en la región derecha (línea medio clavicular y línea axilar). Este dolor es caracterizado como intenso, por la valoración mediante la escala numérica, la cual dio una puntuación de 8. - Predisposición a los accidentes: riesgo de caída moderado ya que se obtuvo una puntuación de 45. Valorado mediante la escala de Morse. Debido a: disminución en la marcha y la movilización (por causa de la presencia del dolor agudo intermitente intenso en el sitio de la intervención e inserción de drenajes, por la presencia de dichos drenajes y por el sistema de suero). - Predisposición a la inflamación e infección: por la presencia del catéter venoso periférico en perfusión en la mano derecha, y la presencia de los drenos torácicos derechos inseridos en el espacio pleural; anterior (línea medioclavicular) y posterior (línea media axilar). - Control del patrón respiratorio para evitar una insuficiencia respiratoria; controlando las Sat O₂, FR, y controlando el PaO₂, PaCO₂, pH mediante la realización de las gasometrías.
<p>6. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos</p>	<p>Aseo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Precisa de ayuda parcial en la higiene corporal: ayuda parcial en la transferencia hasta el baño y ayuda en la higiene de las piernas, pies y zona perianal. <p>Integridad piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de herida quirúrgica, en la zona lateral-posterior-superior costal derecha con suturas internas, buen aspecto, cicatrizante por primera intención y con ausencia de signos inflamatorios (rubor, calor e coloración enrojecida), sin apósito y ausencia de hemorragia, debido a la intervención quirúrgica de lobectomía y linfadenectomía. Zona de inserción de los drenajes torácicos anterior (línea media clavicular) y posterior (línea axilar) y catéter venoso periférico en la mano derecha, buen aspecto y con ausencia de signos inflamatorios. Ambos están cubiertos con un apósito.
<p>7. Mantener la temperatura corporal</p>	<p>No presenta manifestaciones de dependencia.</p>
<p>8. Vestirse y desvestirse</p>	<p>Precisa ayuda parcial para vestirse y desvestirse en concreto con los pantalones y los zapatos, durante los tres días pos operatorio debido a la movilidad reducida y viste el pijama del hospital.</p>
<p>9. Dormir y descansar</p>	<p>No presenta alteraciones de dependencia.</p>
<p>10. Ocuparse para realizarse</p>	<p>Muestra baja autoestima y se muestra poco asertivo.</p>

11. Comunicar	No presenta alteraciones de dependencia.
12. Actuar según sus creencias y valores	No presenta alteraciones de dependencia.
13. Aprender	No presenta alteraciones de dependencia.
14. Recrearse	No presenta alteraciones de dependencia.

El papel de las variables relacionadas con las expectativas y la satisfacción en la eficacia del tratamiento de los trastornos adaptativos

IRYNA RACHYLA
rachyla@uji.es

OLAIA ROYO-GRAU
al189536@uji.es

MAR MOLÉS
molesm@uji.es

SOLEDAD QUERO
squero@uji.es

Resumen

Introducción: En la actualidad, los trastornos adaptativos (TA) constituyen uno de los problemas psicológicos más frecuentes en atención primaria y hospitalaria. No obstante, existen pocos estudios sobre su tratamiento y las variables que influyen en la eficacia del mismo. El objetivo de este trabajo es explorar el papel de las expectativas y la satisfacción en la eficacia del tratamiento de los TA. **Método:** La muestra incluyó 46 participantes con TA (34 mujeres y 12 hombres). La edad media fue de 33,28 años (d. t.=8,47). Todos ellos recibieron un tratamiento cognitivo-conductual de 6-8 sesiones en 2 formatos (tradicional: N=22 y realidad virtual: N=24) y cumplieron las escalas de expectativas y satisfacción adaptadas de Borkovec y Nau (1972). Como medidas de eficacia se calcularon los índices de cambio fiable obtenidos tras el tratamiento y seguimiento a los 3 meses en el Inventario de Crecimiento Postraumático, el Inventario de Estrés y Pérdida (IEP) y la escala de afecto negativo del PANAS. **Resultados:** En el post-tratamiento, el cambio estuvo relacionado con la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido, concretamente con los aspectos relacionados con su utilidad y lógica. En el seguimiento, además de la satisfacción, las expectativas resultaron ser también una variable importante cuando se utilizó el IEP como medida de cambio terapéutico. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos ponen de manifiesto el papel que juegan las expectativas y satisfacción con el tratamiento en la eficacia terapéutica y, en consecuencia, la importancia de diseñar tratamientos psicológicos que sean no solamente eficaces, sino también bien aceptados por los pacientes.

Palabras clave: trastornos adaptativos, expectativas, satisfacción, eficacia terapéutica, índice de cambio fiable.

Abstract

Introduction: Nowadays, AD are one of the most prevalent psychological problems in primary care and hospital settings. However, few studies about its treatment and the variables that influence its efficacy are available. The aim of the present work is to explore the role of expectations and satisfaction in treatment efficacy of AD. **Method:** The sample included 46 participants with TA (34 women and 12 men). The mean age was 33.28 years (SD = 8.47). All they received 6-8 cognitive-behavioral therapy sessions in 2 formats (traditional: N=22 and virtual reality: N=24) and filled out the expectations and satisfaction scales adapted Borkovec and Nau (1972). As measures of treatment outcome reliable change indexes were obtained after treatment and at 3-month follow-up for the Posttraumatic Growth Inventory, the Inventory of Stress and Loss (IES) and the PANAS negative affect scale. **Results:** At post-treatment, change was associated with participants' satisfaction with the received treatment, specifically with aspects related to its utility and logic. At follow-up, in addition to satisfaction, expectations turned out to be also an important variable when the IEL was used as therapeutic change measure. **Conclusions:** Results highlight the role of expectations and satisfaction with treatment in the therapeutic efficacy and, therefore, the importance of designing psychological treatments that are not only efficacious but also to be well accepted by patients.

Keywords: adjustment disorders, expectations, satisfaction, therapeutic efficacy, reliable change index.

Introducción

El DSM-5 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 estresor identificable dentro de los 3 meses siguientes a la aparición de éste (APA, 2013). Los clasifica en el capítulo «Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés», junto con el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo entre otros.

Alrededor de los TA se ha generado una situación bastante paradójica. Pues, si bien por un lado, constituyen un problema muy frecuente en la práctica clínica (Carta, Balestrieri, Murru y Hardoy, 2009), principalmente en contextos de atención primaria y hospitalaria, y están asociados con un deterioro social y laboral significativo, causando un alto porcentaje de bajas laborales (Van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk, 2003); por otro, han recibido un escaso interés por parte de los investigadores. Como ponen de manifiesto Casey y Bailey (2011), se han llevado a cabo pocos estudios sobre el tratamiento de los TA, por lo que diversos autores se han centrado en establecer los principales objetivos a seguir en cualquier tratamiento para este problema y ofrecer directrices generales de tratamiento (e.g., Strain, 1995). En consecuencia, los pocos estudios experimentales realizados han abordado el tratamiento de los TA desde muy diversas aproximaciones terapéuticas: terapia de espejo (González-Jaimes y Turnbull-Plaza, 2003), terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Van der Klink y cols., 2003), terapia psicodinámica (Itzhak y cols., 2012), entrenamiento en meditación (Srivastava, Talukdar y Lahan, 2011) o psicoterapia de cuerpo mente-espíritu (Hsiao y cols., 2014).

El grupo de Botella ha desarrollado un programa TCC específico para el tratamiento de los TA que incluye estrategias de psicología positiva (Botella, Baños y Guillén, 2008). Este

protocolo puede aplicarse de forma tradicional o bien mediante la realidad virtual (RV). Concretamente para la aplicación del componente de elaboración del acontecimiento estresante se puede utilizar un dispositivo de RV flexible y adaptable denominado *El Mundo de EMMA*. Ya existen resultados preliminares de eficacia de este protocolo en dos estudios de caso (Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén y Baños, 2012; Baños y cols., 2008), en una serie de 13 casos (Quero y cols., en prensa) y en un estudio entre grupos que incluyó participantes con diversos trastornos relacionados con el estrés (trastorno de estrés postraumático, duelo complicado, y TA) en el que los programas de TCC aplicados de forma tradicional fueron igual de eficaces que los mismos programas pero apoyados por *El Mundo de EMMA* (Baños y cols., 2011).

Un siguiente paso es llevar a cabo estudios que exploren qué variables influyen en la eficacia del tratamiento. En este sentido, las expectativas de los pacientes han sido señaladas en la literatura desde hace más de 50 años como una de las variables que afectan al curso de la psicoterapia (Greenberg, Constantino y Bruce, 2006), aunque los resultados todavía no son igual de concluyentes para todos los trastornos mentales. Así, la investigación realizada con el trastorno obsesivo-compulsivo no encontró relación significativa entre las expectativas y la reducción de la sintomatología clínica en personas con este diagnóstico (Steketee y cols., 2011; Vogel, Hansen, Stiles y Gotestam, 2006). Sin embargo, dicha relación resultó ser positiva en un estudio realizado con pacientes con fobia a volar (Price, Anderson, Henrich y Rothbaum, 2008) y en otro con pacientes con fobia a volar, acrofobia y ansiedad social (Moldovan y David, 2014). En ambos trabajos se utilizó la RV como medio de exposición a los ambientes y estímulos temidos. En la misma línea, Price y Anderson (2012) aplicaron el mismo TCC para miedo a hablar en público en dos formatos diferentes. A uno de los grupos se le aplicó el componente de exposición en grupo, mientras que los participantes del otro grupo realizaron la exposición mediante RV. En ambas condiciones las expectativas mostraron ser una variable predictora de cambio clínico, no habiendo diferencias significativas entre ellas. Resultados similares se obtuvieron en un trabajo realizado con pacientes con trastorno de pánico y agorafobia, en el que se compararon dos condiciones experimentales: exposición interoceptiva tradicional *versus* exposición interoceptiva mediante RV (Quero y cols., 2013).

No se ha encontrado en la literatura ningún estudio que explore la relación entre expectativas y la eficacia terapéutica para los TA. Por ello, el objetivo de este trabajo es explorar la relación entre tener unas altas expectativas respecto al tratamiento y una buena satisfacción con el mismo, con obtener mejores resultados mediante la aplicación de éste.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 46 participantes (34 mujeres y 12 hombres) diagnosticados de TA, según el DSM-IV-TR (APA, 2000). Todos ellos solicitaron ayuda en el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I de Castellón (España). La edad media fue de 33,28 años (d. t.=8,47), oscilando el rango de 18 a 50. El 45,7 % de la muestra estaba casada, el 39,1 % casado o conviviendo con pareja y el 15,2 % estaba separada/divorciada o viuda. En cuanto al nivel educativo, la mayoría (76,1 %) habían cursado estudios universitarios y el 23,9 % tenían estudios primarios o secundarios.

Por lo que se refiere al subtipo de TA, la mayoría de los participantes (78,3 %) fueron diagnosticados de TA mixto con ansiedad y depresión, seguidos por el TA con estado de ánimo depresivo (15,2 %), el TA con ansiedad (4,3 %) y el TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (2,2 %). Los participantes incluidos en este estudio formaban parte de un

estudio de eficacia controlado entre grupos que incluía 3 condiciones experimentales: TCC con RV (N=15), TCC tradicional (N=15) y grupo control lista de espera (N=16).

Medidas

A todos los participantes se les aplicó un protocolo de evaluación más amplio que incluía instrumentos específicamente diseñados por el equipo para evaluar los TA e instrumentos que recogen aspectos relacionados con el problema. En este trabajo solamente se incluyen las medidas relativas a las expectativas y satisfacción con el tratamiento y los cuestionarios utilizados para calcular el cambio clínicamente significativo (Jacobson y Truax, 1991).

Escala de expectativas y escala de satisfacción con el tratamiento (Adaptación de Borkovec y Nau, 1972). La *Escala de expectativas* se administró a los pacientes una vez se les había explicado la base lógica del tratamiento que iban a recibir, pero antes de que éste diera comienzo. La información que nos permite recoger esta escala es referente a la opinión/expectativa que el paciente se ha formado de dicho tratamiento. La *Escala de satisfacción/opinión* se aplicó una vez se había concluido el tratamiento y recogía las mismas cuestiones que las planteadas en la Escala de expectativas, pero esta vez el paciente las evaluaba teniendo en cuenta su experiencia con el tratamiento. Los aspectos que se recogen en ambas escalas se refieren a lógica del tratamiento; la satisfacción experimentada con el mismo; el grado en que se lo recomendaría a un amigo que tuviera el mismo problema; el grado en el que se considera que podría ser útil para tratar otros trastornos psicológicos; el grado en que se considera que será útil en el propio caso; y el grado en que consideran que la intervención será o ha sido aversiva.

Inventario de estrés y pérdida (IEP; adaptado de Prigerson y cols., 1995): se llevó a cabo una adaptación del ICG (Prigerson 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 que el 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 (e.g., pérdida de trabajo, pérdida de una pareja...). Evalúa la intensidad con la que interfiere la situación o persona perdida en la vida de la persona en una escala de 0 («nunca») a 4 («siempre»). A diferencia de la versión original del ICG, el IEP consta de 17 ítems (y no de 19, ya que se eliminaron 2 ítems porque no eran adecuados para evaluar TA). 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). Para los casos incluidos en este estudio cuyo acontecimiento estresante fue la muerte de un ser querido se utilizó el Inventario de Duelo Complicado de Prigerson y cols. (1995).

Inventario de crecimiento postraumático (PTGI; Tedeschi y Calhoun, 1996). Este instrumento evalúa los posibles cambios positivos que pueden experimentar las personas tras haber sufrido un acontecimiento traumático o adverso. Es una escala de 21 ítems, puntuados de 0 («No experimenté este cambio como resultado de la crisis») a 6 («Experimenté este cambio en medida muy grande como resultado de la crisis»). Puntuaciones elevadas en este inventario indican un mayor grado de crecimiento postraumático percibido.

Escala de afecto positivo y negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Se trata de un cuestionario de 20 ítems que evalúa las dimensiones positiva (e.g., interesado, ilusionado, satisfecho) y negativa del afecto (e.g., angustiado, culpable, agresivo). En este trabajo solo se analizó la escala de afecto negativo. Los participantes tenían que valorar cada ítem en una escala de 1 a 5 (1=nada o muy ligeramente; 5=mucho) indicando el grado en el que cada ad-

jetivo describía mejor el estado de ánimo en el que se encontraban en el momento de responder al cuestionario.

Tratamiento

Todos los participantes recibieron un tratamiento cognitivo-conductual (Botella, Baños y Guillén, 2008) que contaba con un número variable de sesiones (entre 6 y 8), dependiendo de la situación clínica de cada paciente. Las sesiones eran de 90 minutos de duración y se realizaban con periodicidad semanal. Los componentes terapéuticos incluidos fueron: psicoeducación (una sesión), aceptación y elaboración del acontecimiento negativo (4-6 sesiones) y prevención de recaídas (una sesión). También se incluyeron estrategias de psicología positiva con la finalidad de aumentar la capacidad natural del ser humano para resistir y crecer ante la adversidad (Peterson y Seligman, 2004) y se utilizaron, por una parte, ejercicios dirigidos a extraer aspectos positivos a partir de lo vivido, basados en Neimeyer (2000) y, por otra, instruir en el afrontamiento de los problemas. Ahora bien, no se sigue el enfoque de D'Zurilla y Goldfried (1971) basado en dimensiones pues lo que se pretende es que el paciente llegue a considerar los problemas como algo absolutamente necesario para crecer y progresar.

Todos los participantes recibieron el mismo protocolo de TCC, pero aproximadamente la mitad de ellos recibió el componente de elaboración mediante RV (N=24) y la otra mitad de forma tradicional cara a cara (N=22). Como se ha mencionado anteriormente, se utilizó el sistema de RV *El Mundo de EMMA*, un ambiente virtual flexible que permite realizar una representación física de los significados y emociones que la persona asocia a diferentes situaciones problemáticas. El usuario puede controlar el aspecto de *El Mundo de EMMA* eligiendo entre 5 escenarios diferentes (un desierto, una playa, un bosque de zarzas, un paisaje nevado o un prado). Estos escenarios pueden ser personalizados manipulando diferentes efectos (e.g., el momento del día, la lluvia, la nieve, la tormenta con rayos y truenos, etc.) y su intensidad. Además, *El Mundo de EMMA* dispone de un conjunto de símbolos, imágenes, música y colores, a través de los cuales el usuario puede describir y representar el acontecimiento adverso. Gracias a estas propiedades, es posible generar ambientes clínicamente significativos para cada participante, capaces de evocar acontecimientos traumáticos diferentes (e.g., ruptura sentimental, enfermedad, problemas laborales, etc.). Una descripción más detallada de *El Mundo de EMMA* se puede encontrar en Baños y cols. (2011) y Quero y cols. (en prensa).

Procedimiento

Todos los participantes realizaron una entrevista de *screening*, seguida de dos sesiones de evaluación. Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio. En la primera sesión de evaluación se confirmó el diagnóstico de TA y se completaron las diferentes medidas de autoinforme. En la segunda sesión de evaluación se establecieron los objetivos terapéuticos. Finalizada la fase de evaluación, las personas consideradas aptas para el estudio fueron asignadas al azar a una de las tres condiciones experimentales (TCC RV, TCC Tradicional y grupo control lista de espera) utilizando, el programa informático «*RandomAlloc*». A continuación, las personas asignadas a las dos condiciones de tratamiento recibieron de 6 a 8 sesiones de intervención. Por su parte, tras finalizado el periodo de lista de espera, los participantes incluidos en este grupo fueron asignados a una de las dos condiciones de tratamiento: 7 fueron asignados a la condición tradicional y 9 a la condición de RV. Todos los participantes fueron evaluados de nuevo al

finalizar el tratamiento y a los 3 meses de seguimiento. En la aplicación de la evaluación y el tratamiento participaron un total de 5 terapeutas pertenecientes al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I. Todos ellos contaban con experiencia en la aplicación de programas de tratamiento de orientación cognitivo-conductual y en técnicas de RV y estuvieron supervisados por psicólogos clínicos expertos.

Resultados

Con el fin de analizar la capacidad de las variables relacionadas con expectativas y satisfacción para predecir la eficacia del tratamiento de los TA, se realizó un análisis de regresión lineal por pasos. Las escalas de expectativas y satisfacción fueron utilizadas como variables independientes, mientras que como variables dependientes se tomaron los índices de cambio fiable (ICF) de Jacobson y Truax (1991) calculados para las medidas PTGI, IEP y PANAS- en el post-tratamiento y el seguimiento a los 3 meses. El cambio clínicamente significativo obtenido a partir de los ICF para cada medida de eficacia terapéutica se puede consultar en la tabla 1.

Tabla 1
Cambio clínicamente significativo para PTGI, IEP y PANAS- en post-tratamiento y el seguimiento de los 3 meses

	PTGI		IEP		PANAS-	
	Post	Seguimien- to 3 meses	Post	Seguimien- to 3 meses	Post	Seguimien- to 3 meses
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Recuperado	4 (8,9 %)	6 (15 %)	24 (54,5 %)	25 (69,4 %)	20 (44,4 %)	20 (51,3 %)
Mejorado	15 (33,3 %)	10 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,6 %)
No cambio	26 (57,8 %)	24 (60 %)	20 (45,5 %)	11 (30,6 %)	25 (55,6 %)	18 (46,2 %)

Como se puede observar en la tabla 2, en el post-tratamiento el cambio estuvo relacionado únicamente con la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido, concretamente con aspectos relacionados con el grado en el que los participantes percibían el tratamiento recibido como útil para su problema, lógico y aversivo.

En el seguimiento a los 3 meses, la satisfacción con el tratamiento continuaba siendo una variable importante. De nuevo se encontró que el grado en el que los participantes percibían el tratamiento como lógico y útil para su problema influía en el cambio que presentaban al finalizar el programa de intervención. A estas dos variables se añadió el ítem que medía el grado en el que los participantes recomendarían el tratamiento recibido a otras personas. Además, en este momento de evaluación, cuando se consideró el IEP como medida de cambio terapéutico, se observó que las expectativas también predecían la mejoría clínica. Concretamente, el cambio se relacionó con el grado en el que los participantes se sintieron satisfechos con el tratamiento que se les había propuesto para solucionar su problema y el grado en el que recomendarían dicho tratamiento a otras personas con un problema parecido al suyo.

Por último, las variables de satisfacción y expectativas alcanzaron mayor capacidad de predicción cuando se utilizó IEP como instrumento de medida de cambio clínicamente significativo.

Tabla 2
Análisis de regresión por pasos entre las escalas de expectativas y satisfacción y el índice de cambio fiable para PTGI, IEP y PANAS- en el post-tratamiento y seguimiento a los 3 meses

Post-tratamiento		R ²	β	t	p
PTGI	Satisfacción: ítem utilidad del tratamiento para su problema	0,32	0,58	4,07	0,000**
IEP	Satisfacción: ítem lógica del tratamiento	0,34	-0,55	-3,74	0,001**
	Satisfacción: ítem aversividad del tratamiento		-0,40	-2,76	0,010*
PANAS-	Satisfacción: ítem utilidad del tratamiento para su problema	0,13	-0,40	-2,44	0,021*
Seguimiento 3 meses					
PTGI	Satisfacción: ítem utilidad del tratamiento para su problema	0,32	0,58	3,97	0,000**
IEP	Satisfacción: ítem lógica del tratamiento	0,43	-0,31	-2,03	0,052
	Expectativas: ítem recomendaría el tratamiento		0,68	3,62	0,001**
	Expectativas: ítem satisfacción		-0,57	-2,82	0,009**
PANAS-	Satisfacción: ítem recomendaría el tratamiento	0,20	-0,47	-2,93	0,006**

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

Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo fue explorar el papel de las expectativas y la satisfacción en la eficacia del tratamiento de los TA. Los resultados obtenidos revelaron que, al finalizar el tratamiento, la satisfacción con el mismo predecía la mejoría clínica. Se observó que el hecho de valorar el tratamiento recibido como útil y lógico para tratar el problema para el que se había utilizado y, además, percibirlo como poco aversivo, predecía la reducción de la sintomatología clínica. Por otro lado, en el seguimiento a los 3 meses, la satisfacción con el tratamiento continuaba prediciendo el cambio terapéutico. Aquellos participantes que valoraron el tratamiento como útil y lógico para su problema e indicaron que se lo recomendarían a otras personas mostraron un mayor cambio respecto al inicio de tratamiento. Además, en este momento de evaluación las expectativas también predecían el cambio terapéutico, concretamente en cuanto a la satisfacción percibida con respecto al tratamiento que iban a recibir y el grado en el que lo recomendarían a otras personas con su mismo problema.

Estos resultados van en la misma línea de otras investigaciones que sugieren la importancia de las expectativas en la eficacia de las psicoterapias (Glass, Arnkoff y Shapiro, 2001; Greenberg y cols., 2006). También son consistentes con los resultados de otros trabajos que han utilizado tratamientos apoyados en sistemas de RV (Moldovan y David, 2014; Price y cols., 2008). Sin embargo, no se ha encontrado en la literatura ningún estudio que haya investigado el papel de las expectativas en el tratamiento de los TA. Además, tampoco se ha encontrado ningún estudio que explore la importancia de la satisfacción con el tratamiento en la eficacia del mismo para este trastorno mental. El único estudio similar encontrado ha sido realizado con población con trastorno de pánico y agorafobia (Quero y cols., 2013). En este trabajo se

encontró que la satisfacción junto con las expectativas predecían la mejoría terapéutica en el post-tratamiento, mientras que en el seguimiento a los 3 meses solamente las expectativas continuaban prediciendo dicha mejoría. Por consiguiente, el presente trabajo aporta información novedosa en cuanto a factores que influyen en los resultados de los tratamientos psicológicos, específicamente de los TA, un diagnóstico clínico prevalente pero escasamente investigado por la comunidad científica.

Otro hallazgo a subrayar es el referente a los instrumentos de medida de eficacia terapéutica. De los instrumentos utilizados, el IEP fue la medida en la que más cambio se observó en los participantes. Además, se encontró que la satisfacción y, sobre todo, las expectativas predecían mejor la eficacia del tratamiento cuando se tomaba el IEP como instrumento de medida del cambio clínico, tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento a los 3 meses. Esto no es de extrañar dado que se trata de un instrumento de evaluación específico para los TA.

Para finalizar, es importante señalar que los resultados de este trabajo deben tomarse con cautela, pues presenta limitaciones. La más importante es la que se refiere al pequeño tamaño de la muestra incluida, teniendo en cuenta el gran número de variables independientes utilizadas en el análisis de regresión. No obstante, a pesar de esta limitación, los resultados obtenidos son sin duda innovadores y aportan conocimiento acerca de las variables que explican la eficacia en este caso del TCC (tradicional o apoyado con RV) para los TA.

En conclusión, los resultados obtenidos ponen de manifiesto el papel que juegan las expectativas y satisfacción con el tratamiento en la eficacia terapéutica y, en consecuencia, la importancia de diseñar tratamientos psicológicos no solamente eficaces, sino también que sean bien aceptados por los pacientes. Hacen falta más estudios que sigan aportando evidencias en este campo para, de esta forma, poder proporcionar un servicio más adecuado a las personas que lo necesitan, alcanzar mejores resultados terapéuticos y reducir el porcentaje de abandonos en los tratamientos psicológicos.

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. *Behavioral Psychology/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.
- 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.
- Borkovec, T. D. y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.

- 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). Bolbao: Desclée de Brouwer.
- 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. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, 10, 11-18.
- D'Zurilla, T. S. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 117-126.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B. y Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy: Teory, Research, Practice, Training*, 38, 455-461.
- 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, 924-932.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. y Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26, 657-678.
- Hsiao, F. H., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Yang, T. T., Liao, S. C., Ho, R. T. H., Ng, S. M., 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.
- Moldovan, R. y David, D. (2014). One session treatment of cognitive and behavioral therapy and virtual reality for social and specific phobias: Preliminary results from a randomized clinical trial. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 14, 67-83.
- Neimeyer, R. A. (2000). *Lessons of Loss*. Florida: Keystone Heights.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Price, M. y Anderson, P. L. (2012). Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*, 49, 173-179.
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C. C. y Rothbaum, B. O. (2008). Greater expectations: Using hierarchical linear modeling to examine expectancy for treatment outcome as a predictor of treatment response. *Behavior Therapy*, 39, 398-405.
- 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., 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*.
- Quero, S., Pérez-Ara, M. A., Bretón-López, J. M., García-Palacios, A., Baños, R. M. y Botella, C. (2013). Acceptability of virtual reality interoceptive exposure for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42, 123-137.

- 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.
- Steketee, G., Siev, J., Fama, J. M., Keshaviah, A., Chosak, A. y Wilhelm, S. (2011). Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 333-341.
- Strain, J. J. (1995). Adjustment disorders. En G. O. Gabbard (ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders* (2ª ed.) (pp. 1656-1665). Washington, DC: APA Press.
- 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., 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.
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C. y Gotestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 247-255.
- 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.

Atribuciones de intención y percepción de problemas en situaciones sociales ambiguas en niños y niñas rechazados de 6 años

CLARA RENAU ESCRIG
crenau@uji.es

ENRIQUE LLIN VAÑÓ
al297049@uji.es

ANDREA RUBIO BARRERA
barredaa@uji.es

FRANCISCO JUAN GARCÍA BACETE
fgarcia@uji.es

Resumen

Introducción: El presente trabajo se enmarca dentro de un estudio longitudinal realizado por el grupo GREI de la Universitat Jaume I sobre procesamiento de la información social y el rechazo entre iguales. Se utilizó una situación social hipotética de provocación ambigua en la que dos niños se chocan, uno que vuelve a su clase con una bandeja con pinturas y otro que sale de su clase, y la bandeja con las pinturas se cae al suelo. Los objetivos de la investigación son analizar la interpretación de la situación resultante como un problema y las atribuciones de intencionalidad. **Método:** En el estudio participaron 142 alumnos del primer ciclo de Educación Primaria, de los que se seleccionaron 140 en función del tipo sociométrico (51,4 % rechazados y 48,6 % promedios) y por género (59,2 % niños y 40,8 % niñas). **Resultados:** La mayor parte de los alumnos interpretaron que la situación supone un problema para el niño que llevaba la bandeja (68,1 %), pero mayoritariamente no atribuyeron intencionalidad al otro niño (76,8 %). No hay diferencias significativas ni en la interpretación de la situación como problema ni en intencionalidad, ni entre niños y niñas, ni entre promedios y rechazados. No obstante, sí se observa una mayor tendencia del grupo de los niños rechazados a realizar atribuciones de intencionalidad (33,3 %) y de los promedios varones (80,6 %) a interpretar la situación como problemática que los otros grupos.

Palabras clave: atribución de intención, percepción de problemas, rechazo entre iguales, educación primaria.

Abstract

Introduction: This work is part of a longitudinal study conducted by the research group GREI at the Universitat Jaume I on social information processing and peer rejection. A

hypothetical social situation of ambiguous provocation in which two children, one bringing a tray with paints for the class and the other coming out of the classroom, collide and the tray with all the paint falls onto the ground. The research objectives are to analyze the interpretation of the resulting situation as a problem and the attributions of intentionality. **Method:** The study involved 142 pupils of first cycle of primary education, among which 140 were selected according to their sociometric type (51.4 % rejected and 48.6 % average) and gender (59.2 % boys and 40.8 % girls). **Results:** Most of the children interpreted that the situation was a problem for the child with the tray (68.1 %), but they mostly do not attribute intentionality to the other child (76.8 %). No significant differences were found, either in the interpretation of the situation as a problem or in intentionality, either between boys and girls, or between average and rejected. However, in the group of rejected children a greater tendency to attribution of intentionality (33.3 %) is observed, as well as in the average boys (80.6 %) to interpret the situation more problematic than in the other groups.

Keywords: Attribution of intent, perception of problems, peer rejection, primary education.

Introducción

Para referirnos a la competencia social de los niños se utilizan expresiones como es un niño muy amable, tiene muchos amigos, se relaciona bien con sus compañeros, sabe resolver los problemas, etc., lo que viene a revelar que no todo el mundo habla de lo mismo cuando habla de competencia social. Rose-Krasnor (1997) señaló que aunque el aspecto central de la mayoría de definiciones es la efectividad en las interacciones, no existe acuerdo en los niveles más específicos. Según esta autora existen cuatro definiciones asociadas a la competencia socioemocional: poseer las habilidades sociales necesarias, la aceptación entre los iguales, la calidad de las relaciones de amistad y, por último, la funcionalidad de los procesos socioemocionales.

De manera más específica en los últimos años este concepto ha evolucionado desde la idea de entender que un niño es competente socialmente cuando posee una serie de conductas o habilidades sociales, a pensar que también son muy importantes los procesos cognitivos que el sujeto activa en las situaciones sociales (atribuciones, expectativas, estimación de resultados, perspectiva de los otros, etc.) Crick and Dodge (1994) propusieron el modelo de procesamiento de la información social que cuenta con mayor seguimiento entre los investigadores.

Otro aspecto que ha evolucionado con el paso de los años es el hecho de pensar que las personas simplemente eran competentes o incompetentes. Hoy en día sabemos que la competencia puede ir asociada a la situación social en la que se encuentra una persona en un momento dado o a las tareas sociales que tiene que hacer frente en estas situaciones sociales (Asher & McDonald, 2009).

Vinculando este hecho con la realidad que los niños y niñas viven diariamente en el colegio, se observa que estos continuamente participan en innumerables situaciones sociales que han de resolver satisfactoriamente. Dodge, McClaskey y Feldman (1985) crearon atendiendo a este aspecto, una taxonomía sobre las llamadas *tareas sociales más significativas*, es decir, aquellas situaciones más frecuentes en el transcurso de un día de un niño o niña de primaria.

En esta taxonomía podemos encontrar la tarea social que se ha utilizado para el presente trabajo, la *respuesta a la provocación*, como por ejemplo, cuando durante un juego algún compañero se le cuele; destacando las provocaciones ambiguas, como por ejemplo, cuando un niño está jugando con un compañero y éste accidentalmente le rompe el juguete).

Pero el proceso que refleja realmente los diferentes pasos para poder abordar estas situaciones sociales, es el llamado *Modelo de Procesamiento de la Información social* (Crick y Dodge, 1994). Dicho modelo consta de seis fases, desde la identificación de señales, pasando por su interpretación y la clarificación de objetivos, hasta la generación, selección y aplicación de alternativas, para poder abordar exitosamente una situación social cotidiana. Así pues, el presente estudio se centra en el análisis de las repuestas dadas por los escolares respecto a las dos primeras fases del modelo, la identificación e interpretación de señales sociales.

Uno de los aspectos básicos en estas dos fases, son los llamados procesos de atribución, es decir, aquellas explicaciones que las personas dan para entender la situación y de modo particular sobre las causas de los acontecimientos, que les ayudan a dar sentido y manejar la situación (Gómez, Gaviria y Fernández, 2006). Dentro de esta fase interpretativa encontramos las atribuciones de intencionalidad. Según Weiner (1985), la intencionalidad o atribución de intención, es el grado en que se perciben las causas de logro como voluntarias o involuntarias. McCarthy (2005), comprobó la presencia de sesgos atribucionales presentando tres situaciones sociales ambiguas en las que los estudiantes tenían que contestar si la provocación era accidental o intencional. En la misma línea, otros autores han hablado los sesgos atribucionales de hostilidad (Godleski y Ostrov, 2010).

Otra cuestión que ha interesado a los investigadores en el campo de la solución de problemas es la capacidad de los sujetos para identificar y definir de forma adecuada los problemas (D'Zurilla y Nezu, 2006). Para Labrador (2008), un problema o situación problemática se define como cualquier situación de la vida o del trabajo, presente o anticipada, donde se requiere una respuesta para el funcionamiento adaptativo. Sin embargo, desde no se ha prestado atención al hecho de que con independencia de que una situación objetivamente pueda ser un problema (p.e., romper el cristal de una ventana en un lugar en el que no está permitido jugar a fútbol). Pensamos que esta es una cuestión importante y que puede influir en las metas o generación de estrategias, lo mismo que ocurre con otros aspectos que se incluyen en la fase de interpretación de la situación social. Las situaciones de provocación ambigua, o su resultado, pueden ser especialmente adecuadas para estudiar qué estudiantes perciben como problemas situaciones no Muchas veces, estas situaciones sociales, pueden ser consideradas por los definidas como tales.

Dentro de este ámbito, no todos los niños y niñas tienen las mismas características y los mismos estatus dentro de un grupo – aula o en la escuela en general, donde suelen tener lugar las situaciones sociales planteadas. Según Coie, Dodge y Coppotelli (1982) y la literatura actual, se diferencian cinco tipos sociométricos diferentes (estatus social de un escolar dentro de un grupo) que son los preferidos, rechazados, ignorados, controvertidos y los promedios. En el presente estudio, se analiza la manera en que los niños promedio y rechazados identifican e interpretan las situaciones sociales.

El objetivo general es analizar cómo los niños al inicio de la escolaridad obligatoria interpretan una situación social hipotética de provocación ambigua, en términos de atribución de intención y de definir la situación como problemática. Además, el trabajo consta de dos objetivos específicos que son identificar si existen diferencias en estas dos cuestiones en función del género y del tipo sociométrico.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 443 sujetos de primero de primaria distribuidos en 10 aulas de 4 colegios diferentes de Castelló de la Plana y Benicàssim. En cada aula se identificó la tipología sociométrica de los alumnos, resultando: 70,7 % promedios, 12,9 % rechazados, 11,5 % preferidos, 2,9 % ignorados y 2 % controvertidos. 84 sujetos fueron perdidos por el sistema. En el estudio se trabajó solo con el alumnado rechazados y promedio, en total 142 sujetos (48,6 % rechazados y 51,4 % medios). Un 58,2 % eran niños y un 40,8 % niñas. En la tabla 1 se plasma la descripción de la muestra.

Se observa mayor cantidad de niños que de niñas porque la selección se hizo en función del número de rechazados de cada género y como se ha comentado, el rechazo afecta más al género masculino que al femenino. Así pues, se igualaron lo máximo posible el número de rechazado de cada género con el número de promedios.

Tabla 1
Muestra por género y tipo sociométrico

		Tipo sociométrico			
		Promedio	Rechazado	Total	
Sexo niño/a	Niño	N	42	42	84
		% respecto al género	50,0 %	50,0 %	59,2 %
	Niña	N	31	27	58
		% respecto al género	53,4 %	46,6 %	40,8 %
Total		N	73	69	142
		% respecto al género	51,4 %	48,6 %	100,0 %

Instrumentos

Se utilizaron dos cuestionarios; el cuestionario Sociométrico y el cuestionario de entrada en grupo. Los dos cuestionarios se pasaron individualmente y se realizaron en aulas preparadas para tal función dentro del colegio.

Cuestionario sociométrico de nominaciones entre iguales (García Bacete y González, 2010). Se trata de un sistema de nominaciones entre iguales que pone al niño en la situación de elegir a compañeros de clase en función de un criterio positivo o negativo previamente establecido. Al alumnado se le preguntó: «¿De todos los niños y niñas de tu clase con quién te gusta estar más?» y «¿De todos los niños y niñas de tu clase con quién te gusta estar menos?», para establecer las nominaciones positivas y negativas. Para identificar los tipos sociométricos se utilizó el software Sociomet (González y Garcia Bacete, 2010).

Tarea social de provocación ambigua. El grupo de investigación GREI (Grupo Interuniversitario de Investigación del Rechazo entre Iguales) ha elaborado un cuestionario de Provocación Ambigua, que consta una descripción escrita de la situación, dos láminas de apoyo

a la descripción, y 18 preguntas para analizar diversos aspectos de la competencia social (atribuciones, codificación de las señales, evaluación de las actuaciones, evaluación de las respuestas, etc.). La historia es: «este niño se llama Pedro y lleva una bandeja con pinturas y pinceles para hacer un mural (figura 1). Por el pasillo, Ángel, un niño de su clase, choca con Pedro y se le cae la bandeja (figura 2)». Existen dos versiones, una para los niños en donde los protagonistas eran chicos y otra para las niñas donde las protagonistas eran chicas.

En este estudio se analizan las respuestas que los niños proporcionan ante la situación: Para los análisis del presente estudio se han utilizado dos ítems de dicho cuestionario. Los dos ítems son ejemplos de constructos de la fase de interpretación de señales del modelo de Crick y Dodge (1994). Como medida de atribución de intención se les preguntó a los niños: «¿Qué ha pasado?, ¿por qué?, ¿cómo ha pasado?». Las respuestas se categorizaron en atribución de intencionalidad (propósito) y no intencionalidad (englobando respuestas referentes a accidentes o respuestas ambiguas).

Inspirados en el modelo de Resolución de Conflictos de D'Zurilla y Nezu (1996), para la interpretación de problemas, se les preguntó a los niños «¿Crees que [niño/a que llevaba la bandeja que se ha caído] tiene un problema?». Las respuestas se categorizaron en una escala dicotómica de si o no.

Para el análisis de los datos se realizaron tablas de contingencias.

Resultados

Los resultados obtenidos a través del análisis de los datos de cada uno de los ítems ya desarrollados anteriormente se han obtenido realizando diferentes comparaciones entre las variables género, tipo sociométrico, atribución intencionalidad o no intencionalidad e identificación o no de un problema y obteniendo las chi cuadro de cada una de estas comparaciones.

En el análisis de los resultados de los ítems «¿qué ha pasado?», «¿por qué?», «¿cómo ha pasado?», se muestran a continuación.

La atribución de intencionalidad en función del género, no ha dado resultados significativos, obteniendo [$\chi^2_1 = 1,004, p = 0,326$]. Tampoco han sido significativos los resultados obtenidos en la atribución de intencionalidad en función del tipo sociométrico, obteniendo [$\chi^2_1 = 1,389, p = 0,686$].

La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos en la atribución de intención en función del género dentro de cada tipo sociométrico. Dichos resultados indican ausencia de diferencias en niños ($\chi^2_1 = 0,001, p = 0,974$) y también en niñas ($\chi^2_1 = 1,808, p = 0,179$).

La Tabla 3 muestra los resultados obtenidos en la atribución de intención en función del tipo sociométrico dentro de cada género. Dichos resultados indican ausencia de diferencias en promedios ($\chi^2_1 = 2,217, p = 0,136$) y también en rechazados ($\chi^2_1 = 0,007, p = 0,935$).

Tabla 2
Atribución de intencionalidad. Diferencias en función del género dentro de cada tipo sociométrico

Tipo sociométrico sexo		Intencionalidad		Total	
		Intencionalidad	Accidente		
Promedio	Niño	N	8	34	42
		% respecto al género	19 %	81 %	
		Residuo corregido	0	0	
	Niña	N	6	25	31
		% respecto al género	19,4 %	80,6 %	
		Residuo corregido	0	0	
Rechazado	Niño	N	14	28	42
		% respecto al género	33,3 %	66,7 %	
		Residuo corregido	1,3	-1,3	
	Niña	N	5	22	27
		% respecto al género	18,5 %	81,5 %	
		Residuo corregido	-1,3	1,3	

Niños: [$\chi^2_1 = .001, p = .974$], niñas: [$\chi^2_1 = 1.808, p = .179$]

Tabla 3
Atribución de intencionalidad. Diferencias en función del tipo sociométrico dentro de cada género

Sexo tipo sociométrico		Intencionalidad		Total	
		Intencionalidad	Accidente		
Niño	Promedio	N	8	34	42
		% respecto al tipo sociométrico	19 %	81 %	
		Residuo corregido	-1,5	1,5	
	Rechazado	NN	14	28	42
		% respecto al tipo sociométrico	33,3 %	66,7 %	
		Residuo corregido	1,5	-1,5	
Niña	Promedio	N	6	25	31
		% respecto al tipo sociométrico	19,4 %	80,6 %	
		Residuo corregido	0,1	-0,1	
	Rechazado	N	5	22	27
		% respecto al tipo sociométrico	18,5 %	81,5 %	
		Residuo corregido	-0,1	0,1	

Promedios: [$\chi^2_1 = 2,217, p = 0,136$], rechazados: [$\chi^2_1 = 0,007, p = 0,935$]

Los resultados obtenidos mediante el análisis del ítem «¿Crees que Pedro / Lola tiene un problema? (Pedro / Lola es el niño/a al que le cae una bandeja)», se muestran en las tablas presentadas a continuación.

La *percepción de problema en función del género*, no ha dado resultados significativos, obteniendo [$\chi^2_1 = 2,015, p = 0,156$]. Tampoco han sido significativos los resultados obtenidos en la *percepción de problema en función del tipo sociométrico*, obteniendo [$\chi^2_1 = 0,929, p = 0,335$].

La tabla 4 muestra los resultados obtenidos en la percepción de problema en función del género dentro de cada tipo sociométrico. Dichos resultados indican ausencia de diferencias en niños ($\chi^2_1 = 3,021, p = 0,082$) y también en niñas ($\chi^2_1 = 0,129, p = 0,720$).

Tabla 4
Percepción de problema. Diferencias en función del género dentro de cada tipo sociométrico

Tipo sociométrico sexo			Percepción de problema		Total
			No	Si	
Promedio	Niño	N	8	32	40
		% respecto al género	20,0 %	80,0 %	
		Residuo corregido	-1,7	1,7	
	Niña	N	12	19	31
		% respecto al género	38,7 %	61,3 %	
		Residuo corregido	1,7	-1,7	
Rechazado	Niño	N	14	27	41
		% respecto al género	34,1 %	65,9 %	
		Residuo corregido	-,4	,4	
	Niña	N	10	16	26
		% respecto al género	38,5 %	61,5 %	
		Residuo corregido	,4	-,4	

Niños: [$\chi^2_1 = 3,021, p = 0,082$], niñas: [$\chi^2_1 = 0,129, p = 0,720$]

La tabla 5 muestra los resultados obtenidos en la percepción de problema en función del tipo sociométrico dentro de cada género. Dichos resultados indican ausencia de diferencias en niños ($\chi^2_1 = 2,048, p = 0,152$) y también en niñas ($\chi^2_1 = 0, p = 0,985$).

Tabla 5
Percepción de problema. Diferencias en función del tipo sociométrico dentro de cada género

Sexo niño/a	Tipo sociométrico		Percepción de problema		
			No	Sí	Total
Niño	Promedio	N	8	32	40
		% respecto al tipo socio	20,%	80,%	
		Residuo corregido	-1,4	1,4	
	Rechazado	N	14	27	41
		% respecto al tipo socio	34,1 %	65,9 %	
		Residuo corregido	1,4	-1,4	
Niña	Promedio	N	12	19	31
		% respecto al tipo socio	38,7 %	61,3 %	
		Residuo corregido	0	0	
	Rechazado	N	10	16	26
		% respecto al tipo socio	38,5 %	61,5 %	
		Residuo corregido	0	0	

Promedios: [$\chi^2_1 = 2,048, p = 0,152$], rechazados: [$\chi^2_1 = 0, p = 0,985$]

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en la identificación o no de intencionalidad no han sido significativos, pero si se observa una mayor tendencia a la no intencionalidad tanto en niños como en niñas y en promedios y rechazados. Se observa que los niños y niñas promedio tienden más a no atribuir intención en comparación con los rechazados, ya que el alumnado promedio entre sus características se encuentra la mayor adaptabilidad y estabilidad social para interpretar la situación planteada.

Por lo contrario, entre las niñas promedio y rechazadas no existe ninguna tendencia en función de la intencionalidad. Por otra parte, sí se observa una clara tendencia a no atribuir intencionalidad, indiferentemente del sexo y del tipo sociométrico.

Los resultados obtenidos en la percepción de problema tampoco han sido significativos. No obstante, se observa una mayor tendencia a percibir un problema en función del género (68,1 % del total perciben problema), de la misma manera, que se observa esta tendencia según el tipo sociométrico (68,1 % del total perciben problema). Tanto los niños como las niñas promedio tienden a atribuir la situación como problemática, a diferencia de los niños y niñas rechazados, donde la tendencia a ver un problema es menor. Según García Pérez y Magaz Lago (1998, citado en Ison, 2004), los niños con conductas disruptivas mostraron más dificultad para definir una situación problema, elegir alternativas adecuadas y tomar decisiones pertinentes en relación a los niños sin conductas problema. Además, se observó que las familias de los niños con conductas disruptivas se caracterizaban por un estilo vincular agresivo, conductas negligentes física y psicoafectivas, y disciplina parental rígida. Características que

según García-Bacete, Sureda y Monjas (2010), están presentes en mayor o menor medida en niños rechazados.

En función del género, los niños promedio tienen una tendencia a atribuir problema a la situación, más que los rechazados. Entre las niñas promedio y rechazadas no se observa ninguna tendencia. Para este aspecto, según García-Bacete, Sureda y Monjas (2010), los niños rechazados tienen niveles de sociabilidad significativamente inferiores al resto, hecho que conlleva a no tener tan interiorizadas las normas sociales como los promedio, dando lugar a no interpretar la situación planteada de provocación ambigua como problemática.

Finalmente, los resultados obtenidos mediante la interacción de la intencionalidad y la percepción de problema en función del género i en función del tipo sociométrico, tampoco resultaron significativas.

Uno de los motivos que consideramos principales de no obtener significaciones en los resultados, es el hecho de que los niños y niñas al inicio de la escolaridad todavía no tengan plenamente desarrollada la competencia social. Tal y como se establece López, Iriarte y González (1997), la competencia social implica la necesidad de conocer un conjunto de habilidades comportamentales, así como ser capaz de percibir y entender correctamente las situaciones interpersonales y saber y querer poner en práctica dichas habilidades.

Esta investigación se fundamenta en una pequeña parte del cuestionario de Provocación Ambigua, por este motivo, las líneas de investigación futuras pueden ser diversas. Un ejemplo de trabajo futuro sería el análisis del resto de ítems del cuestionario referentes al modelo de procesamiento de información social en niños/as de 1º de educación primaria, para poder identificar cómo procesan la información social según el modelo de Crick y Dodge (1994). Otro posible trabajo futuro, sería analizar si las tendencias en la atribución de intencionalidad y la percepción de problema observadas en el presente estudio, resultarían significativas o no de manera longitudinal.

Una de las limitaciones que de este estudio se encuentra en la que la situación planteada a los escolares es una situación hipotética, es decir, que no se obtuvieron datos con observación directa. En algunos casos, puede que el niño no se identifique en la situación, que no le resulte familiar.

Referencias bibliográficas

- Asher, S. R., y McDonald, K. L. (2009). The behavioral basis of acceptance, rejection, and perceived popularity. En K. H. Rubin, W. Bukowski, y B. Laursen (eds.). *The handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp. 232-248). Nueva York: Guilford.
- Cillessen, A. H. N. (2008). Peer rejection: Developmental and contextual variations. Conferencia presentada en las III Jornadas Internacionales sobre Rechazo entre iguales: Acoso grupal permanente. Organizadas por el grupo GREI. Celebradas en Castellón del 11 al 12 de diciembre de 2008.
- Crick, N. R. y Dodge, K. A. (1994). A Review and Reformulation of Social Information-Processing. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Coie, J. D., Dodge, K. A. y Coppotelli, H. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology*, 18, 557-570.
- Dodge, K. A., McClaskey, C. L., y Feldman, E. (1985). A situational approach to the assessment of social competence in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 344-353.
- D'Zurilla T. y Nezu, A. M. (2006). *Problem – solving therapy*. Nueva York: Springer.

- García Bacete, F. J., Sureda, I., y Monjas, M. I. (2010). El rechazo entre iguales en la educación primaria: Una panorámica general. *Anales de psicología*, 26, 123-136.
- Goldlesky, A. y Ostrov, J. M. (2010). Relational aggression and hostile attribution biases: Testing multiple statistical methods and models. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 447-458.
- Ison, M. S. (2004). Características familiares y habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 257-268.
- Labrador F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Psicología, Pirámide.
- López, N., Iriarte, C., y González, M. C. (1997). Aproximación y revisión del concepto «Competencia social». *Revista española de pedagogía*, 227, 143-156.
- Mccarthy, J. (2005). Rural geography: multifunctional rural geographies – reactionary or radical?. *Progress in Human Geography*, 29, 773-782.
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: a theoretical review. *Social Development*, 6, 111-135.
- Weiner, B. (1985). *An attributional theory of achievement motivation and emotion*. *Psychological Review*, 92, 548-573.

La danza y su influencia en la percepción de plenitud y bienestar psicoemocional

LORELCRIS RENGIFO RODRÍGUEZ
al282846@uji.es

VIRGINIA CARRERO PLANES
carrero@psi.uji.es

Resumen

Introducción: Desde los resultados obtenidos en diversas investigaciones que han identificado la influencia del trabajo corporal sobre la inteligencia emocional y otras variables psicológicas, se derivó el interés por descubrir los efectos o beneficios de la danza sobre las habilidades emocionales u otros procesos psicosociales asociados al bienestar y plenitud. El trabajo que se presenta tiene como objetivo explorar la vivencia de personas que practican danza, de manera profesional o por afición, en relación a su percepción de plenitud y bienestar psicoemocional. **Método:** Para tal fin se realizó un análisis exploratorio de la experiencia de individuos involucrados en actividades que implican danza y movimiento. Se llevaron a cabo seis entrevistas en profundidad. La metodología utilizada es el *Grounded Theory* (Glaser y Strauss, 1967) enmarcada en aproximaciones cualitativas constructoras de teoría. Se aplicó la técnica de muestreo teórico y el uso sistemático del método comparativo constante y la saturación teórica de categorías. **Resultados:** Los resultados indican que la danza colabora en el proceso de toma de consciencia de sí mismo, en la expresión e interiorización de emociones, en la conexión con otras personas, así como en el despertar del impulso vital y la actualización del potencial, generando como consecuencia la expansión del yo. Todo ello influye positivamente en la percepción de plenitud y bienestar psicoemocional.

Palabras clave: danza, bienestar psicoemocional, plenitud, sentido vital, *grounded theory*.

Abstract

Introduction: From the results obtained from previous investigations that have shown the influence of body therapy over emotional intelligence and other psychological variables, an interest has derived to discover the effects or benefits of dance over emotional skills or other psychosocial processes associated with well-being and fulfillment. The present study aims to explore the experience of the people who practice dance, either professionally or as a hobby, in relation to their perception of fullness and psychological wellbeing. **Method:** With that purpose it was carried out an exploratory analysis. Six individuals were interviewed who are involved in activities related to dance and movement. The methodology is Grounded Theory (Glaser and Strauss, 1967). It is framed in theo-

rethical builder qualitative approaches. It was applied theoretical sampling technique, systematic use of constant comparative method and theoretical saturation of categories.

Results: The results indicate that dance collaborates in the process of making self-consciousness, in the emotional expression and internalisation, in the connection with other persons, as well as in the vital force awakening and the potential update. As a consequence it generates the expansion of self. These aspects have a positive influence on the perception of wholeness and psycho-emotional wellbeing.

Keywords: dance, psycho-emotional wellbeing, wholeness, life force, Grounded Theory.

Introducción

La danza es una expresión natural en el ser humano que ha representado históricamente formas de comunicación entre los sujetos, relacionada tanto con esferas míticas como con la expresión ante el sujeto mismo y la sociedad (Peña y Jaramillo, 1998).

Se han llevado a cabo diversas investigaciones para conocer los efectos de la danza y el trabajo corporal en variables tanto psicológicas como físicas, realizadas con diferentes poblaciones y metodologías variadas, obteniéndose resultados que señalan una influencia positiva en aspectos relacionados con el comportamiento y el funcionamiento humano en general.

En niños preescolares con discapacidad se han evaluado los efectos de la aplicación de programas de baile basado en experiencias sensoriales, detectándose mejorías en el pensamiento creativo (Jay, 1991). Dentro del ámbito educativo se ha propuesto la inclusión de danza creativa en el plan de estudio de escuela primaria, examinando su influencia en la actitud y práctica de los profesores, y hallándose que este tipo de danza hace que el aprendizaje sea más divertido para los niños, ayuda a integrar y mejorar los programas existentes, y facilita el desarrollo del niño en general (Mac Donald, 1991).

La aplicación de un programa de danza-movimiento creativa demostró ser efectivo para mejorar las competencias sociales de niños en edad preescolar de bajos ingresos, señalando que puede ser de utilidad además para mejorar la conducta (Lobo y Winsler, 2006). Mientras que en poblaciones con discapacidad múltiple el empleo de la música-danza contribuyó en la disminución de conductas no deseadas y en el seguimiento de ordenes (Mora, 2001).

Así mismo, se ha indagado en la influencia que tiene la danza en la promoción ético-moral de jóvenes adolescentes en zonas marginadas, observándose que esta práctica encuentra sentido en el imaginario de dichos jóvenes quienes la asumen como 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).

Con estudiantes universitarios se desarrolló un programa de intervención compuesto de recursos dancísticos y patrones musicales para identificar su influencia sobre las habilidades emocionales, comprobando una mejora estadísticamente significativa sobre los factores de percepción y comprensión emocional (López y Rueda, 2013).

En general los estudios demuestran que los programas de ejercicio físico y movimiento regular pueden tener repercusiones a nivel emocional y psicológico, siendo un factor protector ante el deterioro de habilidades emocionales y favorecedor de estados emocionales positivos y estilos de respuesta más adaptativos antes trastornos como la depresión (Figueiredo-Queirós, Fernández-Berrocal, Extremera y Queirós, 2006; López y Rueda, 2013).

Al examinar los efectos de disciplinas que emplean la danza desde un enfoque terapéutico se ha visto, por ejemplo, que la aplicación de un programa motor basado en la biodanza y destinado a mujeres, generó un aumento estadísticamente significativo de los niveles de inteligencia emocional percibido (Abad, Castillo y Orizia, 2013). El desarrollo de un programa basado en la psicoterapia del movimiento influyó de manera positiva en la comunicación de emociones de pacientes adolescentes esquizofrénicos (Salas-Calderón, 2007).

La danza movimiento terapia por su parte ha demostrado tener influencia en aspectos tales como 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, Martínez, García y Martínez-Almagro, 2004). El uso de esta técnica en casos de enfermedades crónicas ha permitido conocer que ayuda a aliviar efectos colaterales de las terapias tradicionales, reduciendo la fatiga, la ansiedad, depresión y percepción del dolor, y aumentando el vigor, la energía vital, la auto-imagen y los estados internos positivos del paciente (Sebiani, 2005).

Su práctica en entornos laborales ha demostrado ser especialmente adecuada para la mejora de la empatía entre compañeros de trabajo, repercutiendo en la mejora de las habilidades relacionales, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico y la satisfacción vital (Fischman, 2005; Rodríguez, Caja, Gracia, Velasco y López, 2013).

En la aplicación de programas de conciencia corporal y comunicación no verbal en docentes universitarios, se ha observado impacto positivo en habilidades ligadas al rol, mayor consciencia en relación a sus habilidades inter e intra comunicativas, y cambios en sus valores y creencias en relación al cuerpo y su potencial expresivo (Rodríguez y cols., 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 ésta inquietud se plantean los siguientes objetivos:

General:

- Explorar la vivencia de personas que practican danza en relación a su percepción de plenitud y bienestar psicoemocional.

Específicos:

- Reconocer el impacto que la práctica de la danza tiene sobre la plenitud y el bienestar psicoemocional.
- Identificar los mecanismos (procesos psicosociales) por los que la práctica de la danza influye en el desarrollo de la plenitud y bienestar psicoemocional.

Método

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos y como parte de una investigación más amplia, se realizó en primer lugar un estudio exploratorio. Para la recolección de los datos se ha empleado la técnica de entrevista a 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).

Se seleccionó como metodología análisis el *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» (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012; Glaser, 1992).

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 que nuevos datos integrar, y donde 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.

Muestra

El tipo de muestreo aplicado en ésta investigación fue no probabilístico siguió los criterios del muestreo teórico, para garantizar la representatividad de las categorías generales surgidas. Fueron seleccionadas 6 personas (4 mujeres, 2 hombres) con edades comprendidas entre 26 y 41 años, que realizan actividades relacionadas con la danza y el movimientos bien de manera profesional o por afición (ballet, danza contemporánea, mimo corporal dramático, pilates, yoga, biodanza, danza movimiento terapia)

Procedimiento

Se realizaron un total de 6 entrevistas en profundidad. Las primeras 3 entrevistas se plantearon en función de los objetivos establecidos y del marco teórico producto de la revisión bibliográfica. Los datos fueron analizados aplicando el MCC, emergiendo categorías y propiedades que sirvieron de base para guiar las entrevistas posteriores. Así mismo, se revisó material bibliográfico que fue tomado como datos secundarios, analizado y categorizado.

Las siguientes tres (3) nuevas 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. Los datos recabados fueron analizados permitiendo nutrir las categorías ya definidas y vislumbrar algunas nuevas.

En la figura 1 se muestra el diseño resultante de la aplicación de la Teoría Fundamentada en el presente estudio.

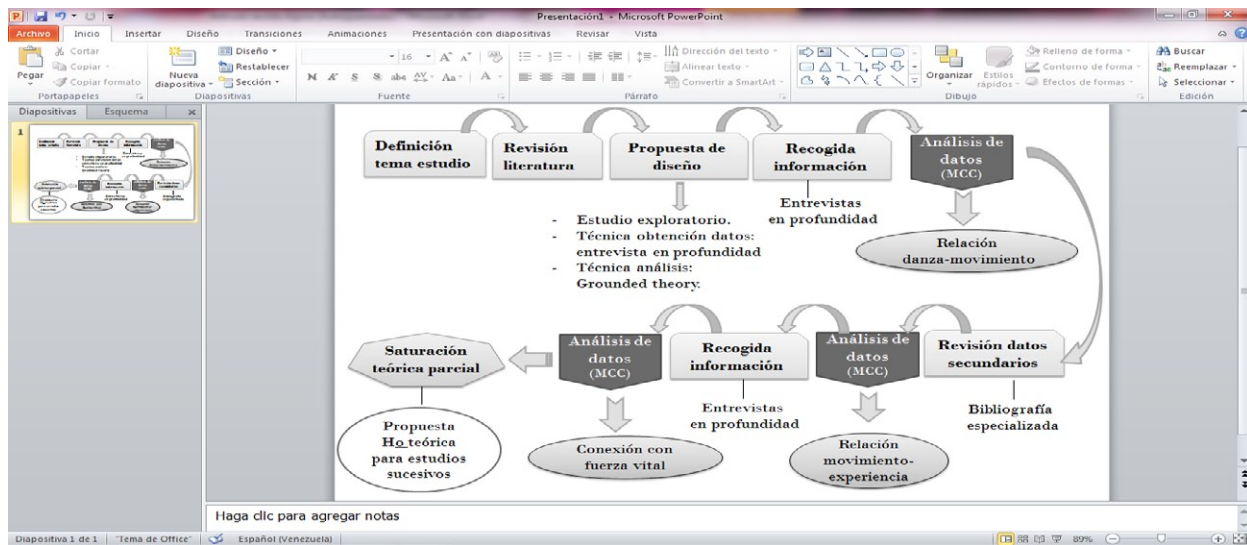


Figura 1. Diseño de investigación: Aplicación de la metodología de Grounded Theory

Resultados

Los resultados que a continuación se exponen son producto de la aplicación del MCC y de la ST y se presentan como una primera visión que da cuenta de las características generales del objeto de estudio y permite vislumbrar propiedades y procesos que serán investigados a mayor profundidad. Las categorías surgidas son las siguientes:

- *Facilitadora de actualización del potencial*: la danza al estar íntimamente relacionada con el movimiento, siendo éste una herramienta central para desenvolverse en el mundo, se convierte en un modo de obtener información del entorno y de nosotros mismos en interacción con él. Una manera de conocer.
- *Consciencia de sí mismo*: la práctica de la danza conlleva una toma de contacto consigo mismo y el entorno que ocurre como consecuencia de un proceso que implica, por una parte enfocar la atención hacia los detalles y matices de lo percibido a través de los sentidos como consecuencia del movimiento, y de lo que esto genera en la persona, y por otra parte un proceso reflexivo que permite dar sentido a la experiencia sin requerir necesariamente un análisis profundo de la misma.
- *Medio de introspección*: la danza actúa como un vehículo que permite acceder al mundo interior y al mismo tiempo facilita la representación de esos aspectos internos.
- *Conexión con otros*: mediante la práctica de la danza se genera interconexión entre las personas, lo cual parece ser consecuencia de la disposición que se genera a mostrar aspectos de sí mismos y a compartir de manera genuina, conllevando a su vez a un reconocimiento y respeto del otro.
- *Expansión del yo*: las personas que practican danza parecen experimentar una ampliación de la percepción de las propias cualidades del ser y la capacidad creativa, entendiendo ésta última en el sentido de poder crear nuevas maneras y posibilidades de moverse y de existencia en el mundo.

- *Expresión e internalización de emociones*: las emociones se encuentran encarnadas en el cuerpo y se manifiestan por el movimiento y en el movimiento. De ésta manera la danza puede evocar emociones y al mismo las emociones pueden producir danza. Mediante el movimiento danzado las personas contactan, expresan, toman conciencia e integran sus emociones.
- *Impulso vital*: la danza conlleva a que las personas experimenten su fuerza vital mediante la experiencia que se obtiene a través del movimiento. El movimiento en la danza permite tomar consciencia de la propia existencia.

Tabla 1
Categorías, indicadores y propiedades

Categorías	Incidentes y propiedades
Facilitadora de actualización del potencial	Modo de obtener información del medio. Modo de obtener información de sí mismo en interacción con el medio. Manera de conocer haciendo.
Conciencia de sí mismo	Atención aguda para notar los detalles y matices de lo percibido mediante los sentidos. Proceso reflexivo sobre cambios experimentados
Medio de introspección	Permite acceder al mundo interior.
Conexión con otros	Reconocer al otro. Disposición para compartir de manera genuina. Apertura para mostrar aspectos personales ante otros.
Expansión del yo	Ampliación de percepción de las propias cualidades. Tomar consciencia de la propia capacidad creativa. Crear nuevas maneras de moverse en el medio.
Impulso vital	Experimentar la propia fuerza vital. Contactar con la sensación de estar vivo.
Expresión e interiorización de emociones	El movimiento puede evocar emociones. Las emociones se manifiestan a través del movimiento.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos se organizaron en un esquema (Ver figura 2) en el cual se presenta una visión general del impacto que la danza tiene sobre la percepción de plenitud y bienestar psicoemocional y los procesos mediante los cuales dicho impacto es posible.

A partir del análisis realizado se ha podido conocer que entre los mecanismos que le permiten a la danza ejercer una influencia positiva en variables como la plenitud y el bienestar psicoemocional, se encuentra su propiedad para actuar como medio que favorece la conexión genuina con otras personas, la toma de consciencia de sí mismo (mayor atención a lo percibido y a las experiencias internas) y la posibilidad de expresar e interiorizar las emociones al reconocerlas, experimentarlas e integrarlas a través de la danza. Estos aspectos se relacionan con resultados de investigaciones anteriores que han mostrado que la danza facilita la expresión de emociones y potencia la integración social y la cooperación grupal (Martínez, Martínez, García y Martínez-Almagro, 2004).

Así mismo, la danza en su íntima relación con el movimiento genera un despertar del impulso vital y actúa como facilitadora de la actualización del potencial, al permitir que mediante la experiencia y la ejecución de acciones la persona pueda obtener información del medio y de sí mismo en interacción con éste. Los aspectos antes señalados facilitan la expansión del yo, que conlleva una ampliación de la percepción de las propias cualidades y capacidad creativa y el reconocimiento de nuevas maneras de moverse y relacionarse con el entorno.

Según lo observado, mediante la práctica de la danza los individuos conectan con el propio potencial y logran observarse a sí mismos como seres capaces y valiosos. Este factor tiene a su vez influencia en la activación de la propia fuerza vital, lo cual estaría en consonancia con los resultados obtenidos en los trabajos donde se evidencia una relación positiva entre la práctica de danza y la depresión (Figueiredo, Fernández-Berrocal, Extremera y Queirós, 2006; López y Rueda, 2013), considerando que ésta última implica una reducción de la energía y la capacidad de disfrute (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012), aspectos que podrían mejorar gracias a la activación de la fuerza vital que la danza permite.

Los datos parecen indicar que además de los mecanismos mediante los que la danza actúa, existe un proceso más profundo posiblemente relacionado con la búsqueda del sentido vital. Por lo que se pretende continuar la investigación indagando en la posible relación entre la danza y la forma en que las personas encuentran y dan sentido a su experiencia de vida.

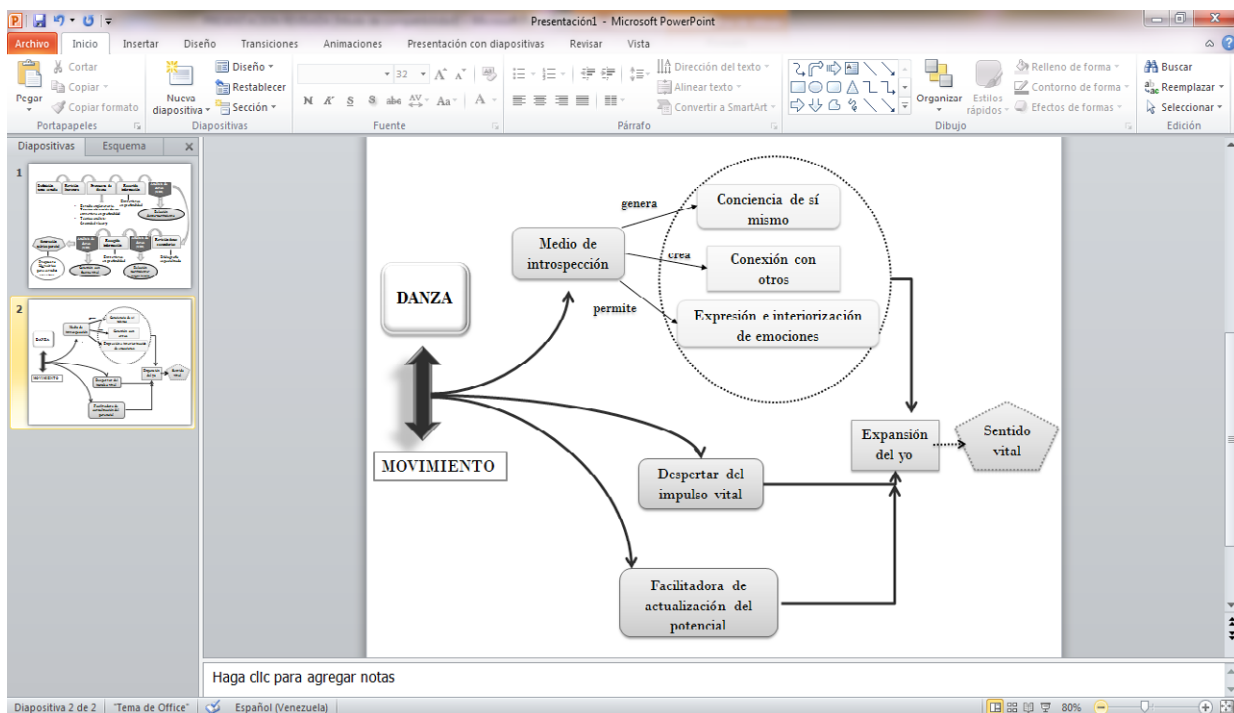


Figura 2. Relación entre categorías

Respecto a las limitaciones del estudio se destaca el pequeño tamaño de la muestra, dado que es un estudio exploratorio, y la necesidad de ampliarla con el fin de conseguir un mayor rango de los datos (mayor variabilidad). De este modo, se facilitaría el proceso de sa-

turación teórica de las categorías incrementando la representatividad de los resultados obtenidos, así como el alcance explicativa de las proposiciones teóricas generadas.

Se subraya la complejidad para contactar con algunos colectivos, como personas con discapacidad o poblaciones en situación de riesgo social. Estos grupos tendrían que ser incluidos como grupos comparativos con la intención de aumentar la variabilidad de los datos. Futuras investigaciones deberían contemplar estos grupos, así como gestionar los criterios de acceso necesario tanto a las instituciones como a los miembros, con los consentimientos informados y autorizaciones pertinentes.

Referencias Bibliográficas

- Abad, M., Castillo, E., y Orizia, A. (2014). Los efectos de un programa motor basado en la biodanza en relación con parámetros de inteligencia emocional en mujeres. Universidad de Murcia. Recuperado el 24 de noviembre de 2014, de <http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/279232>
- Carrero, V., Soriano, R. y Trinidad, A. (2012). *Teoría Fundamentada. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Figueiredo-Queirós, M. M. L., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Queirós, P. S. (2006). Actividad física en la tercera edad: Análisis de sus relaciones con la inteligencia emocional percibida y los estilos de respuesta a la depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 293-303.
- Fischman, D. (2005). La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia. Recuperado el 8 de marzo de 2012, de SCribd: Tesis doctoral: <http://es.scribd.com/doc/52363713/tesis-doctorado-dra-diana-fischman>
- Jay, D. (1991). Effect of a dance program on the creativity of preschool handicapped children. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 8, 305-316.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- 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, 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, 434-41.
- Martínez, J., Martínez, L., García, J. y Martínez-Almagro, A. (2004). Principios de fisioterapia en osteoporosis. *Revista de fisioterapia*, 4, 25-35.
- Mora, D. (2001). *Efectos de la musicoterapia y la danzaterapia en el comportamiento no verbal de personas con discapacidad múltiple severa*. Tesis de Magíster Scientiae en Ciencias del Movimiento Humano. Universidad de Costa Rica.
- Peña, N., y Jaramillo, L. (1998). La danza, factor de promoción ético moral en los adolescentes marginados. *Apuntes, Educación Física y Deportes*, 54, 12-20.
- Rodríguez, M., Caja, M., Gracia, P., Velasco, P. y López, M. (2013). Inteligencia emocional y comunicación: La conciencia corporal como recurso. *REDU: Revista de Docencia Universitaria*, 11, 213-241.
- Salas-Calderón, S. (2007). Psicoterapia del movimiento: herramienta psicoterapéutica con pacientes esquizofrénicos. *Actualidades en psicología*, 21, 97-115.
- Sebiani, L. (2005). Uso de la danza-terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas. *Revista Reflexiones*, 84, 49-56.

Mindful eating y estilos de ingesta en pacientes con trastornos alimentarios

SERGIO RUIZ FUENTES
al225793@uji.es

GINÉS LLORCA
ginesllorca@hotmail.com

Resumen

Las investigaciones han demostrado como los estilos de ingesta son fundamentales para la aparición y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pero no existen datos sobre el nivel de *mindful eating* en esta población. El presente estudio, se ha llevado a cabo para valorar el grado de *mindful eating* así como también los estilos de ingesta que presenta una muestra de TCA si los comparamos con una muestra control. En este trabajo se utilizaron dos cuestionarios, para analizar los estilos de ingesta, el *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986), y para analizar el grado de *mindfuleating* se empleó el *Mindful Eating Questionnaire* (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliad y Benitez, 2009); ambos se administraron a una muestra compuesta por 15 participantes con TCA y a un grupo control formado por 45 participantes, todos ellos de sexo femenino. Los resultados obtenidos nos muestran que los participantes con TCA tienen mayor dificultad para detectar aspectos sutiles de la ingesta así como para paladear la comida, y tienen mayor respuesta emocional en el momento de la ingesta.

Palabras clave: *mindful-eating*, estilos, ingesta, TCA.

Abstract

Research has shown as intake styles are fundamental to the emergence and development of disorders of eating behavior (ED), but there are no data on the level of *mindful eating* in this population. This study was carried out to assess the degree of *mindful eating* as well as the styles of intake that presents a sample of ED if we compare them with a sample control. The *Dutch Eating Behavior Questionnaire* was used to analyze intake styles (Van Strien, Frijters, Bergers, Defares, 1986), and *Mindful Eating Questionnaire* (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliad Benitez) was used to analyze the degree of mindful eating. Both were given a sample consisting of 15 participants with eating disorders and a control group consisting of 45 participants, all of them female. Results obtained show that participants with ED have greater difficulty to detect subtle aspects of intake as well as to taste the food, and they have greater emotional response at the time of intake.

Keywords: Mindful-eating, styles, intake, ED.

Introducción

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se identifican por poseer una sintomatología clínica caracterizada por desarreglos graves de la ingesta alimenticia, que suele aparecer al final de la infancia o en la adolescencia (Del Río, Borda, Torres y Lozano, 2002; Romay, 2002). En los últimos años los TCA se han convertido en un importante problema sanitario, los índices de prevalencia han aumentado de modo que cada vez afectan a población más joven; suelen presentar comorbilidad con otros trastornos y si no reciben el tratamiento adecuado, tienden a cronificarse (García-Camba, 2001). Este problema, cobra especial importancia en el sexo femenino, ya que la proporción de mujeres afectadas es considerablemente mayor que la de hombres (9:1). En la actualidad, dentro de los TCA, los que reciben el mayor número de nuevos diagnósticos al año son: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, entre los dos suman el 70 % de trastornos relacionados con la alimentación, repartiéndose por partes iguales; el 30 % restante se divide entre: trastornos de la conducta alimentaria no especificado, trastornos por atracón y obesidad.

Los estilos de ingesta son patrones estables que determinan la forma en la que nos relacionamos con la alimentación y se caracterizan porque no son la saciedad o el hambre los procesos que regulan la ingesta, sino otros, por lo que se ve menguada la capacidad de comer conscientemente (Snoek, Van Strien, Jan, Janssens y Engels, 2006). Se han identificado al menos tres estilos importantes: el de comer emocional, el comer externo, y el restrictivo (Ouwens, Cebolla y Vanstrien, 2012).

En los seres humanos, hay evidencia de diferencias individuales en la ingesta como respuesta a emociones negativas (Greeno y Wing, 1994) y está ampliamente demostrado que la activación emocional como la angustia afectan a la conducta alimentaria (Ganley, 1989). De acuerdo con la teoría psicósomática (Snoek y cols., 2006), cuando las personas con estilo de ingesta se encuentran emocionalmente excitadas o estresadas responden comiendo en exceso, en lugar de la reacción normal que sería perdiendo el apetito (Bruch, 1973). A este estilo de ingesta se le conoce como comer emocional (Bruch, 1973; Greeno y Wing, 1994; Kaplan y Kaplan, 1957; Oliver y Wardle, 1999; Schachter, Goldman, y Gordon, 1968). Sobre todo, las emociones en las que se ha visto una mayor relación con comer de manera excesiva son la soledad, sentimientos de fracaso o culpa y la depresión (Ganley 1989; Slochower, 1983). El comer externo establece que ciertas personas son más sensibles a las señales externas de alimentos que otros, y que por lo tanto, comen en respuesta a esa estimulación, independientemente de su estado interno de hambre o saciedad (Schachter y Rodin, 1974), siendo las personas con este estilo de ingesta quienes tienen una mayor probabilidad de comer después de ver anuncios de comida, como demostraron Halford, Gillespire y Brown (2004) con su experimento, donde los sujetos obesos reconocían más anuncios de alimentos y esto se relacionó con una mayor ingesta después de la exposición a estos anuncios. Finalmente, el estilo restrictivo, auténtico núcleo de la psicopatología alimentaria y que se refiere a la tendencia a restringir e evitar comer con el objetivo de perder peso o no ganar (Snoek y cols., 2006).

En los últimos años, el mindfulness se ha convertido en una nueva vía para modificar comportamientos alimentarios problemáticos, pudiendo fomentar una alimentación más sana (Christian, Wan, Donatoni y Meier, 2014). Es por esto que las intervenciones basadas en mindfulness se han convertido en un interesante foco para el tratamiento de la obesidad y de los trastornos alimentarios (Godsey, 2013), ya que hay estudios que demuestran como el entrenamiento en mindfulness, incluso sin formación específica en *mindful eating*, puede animar a la gente a seleccionar el tamaño adecuado de las porciones que van a tomar, así como también ayuda a seleccionar alimentos más bajos en calorías (Brown, Ryan y Creswell, 2007), o porciones más pequeñas de aquellos alimentos que tengan una gran carga calórica (Beshara, Hutchinson y Wilson, 2013)

Por mindfulness se entiende «la capacidad de prestar atención de manera particular y en el momento presente, al cuerpo y la mente, con propósito, y sin juzgar» (Kabat-Zinn, 1994), permitiendo que nuestras experiencias se vayan desplegando momento a momento, aceptándolas como son. La investigación nos aporta cada vez más evidencias científicas de que técnicas de intervención basadas en mindfulness son eficaces no solo para tratar trastornos de ansiedad o depresión (Hofman, Sawyer, Witt y Oh, 2010) sino también para los TCA (Wanden-Berghe, Sanz-Valero, Wanden-Berghe, 2011; Kristeller y Hallett, 1999). Se ha encontrado que los sujetos que presentan niveles más altos de mindfulness eran menos propensos a padecer trastornos alimentarios (Lavander, Jardin, y Anderson, 2009) como la AN (Heffner, Sperry, Eifert, y Detweiler, 2002), la bulimia nerviosa (Safer, Telch, y Agras, 2001), y trastornos por atracón (Safer, Lock, y Couturier, 2007). A pesar de esto, apenas existen datos que hayan analizado si existe una mayor tendencia a comer en atención plena en TCA en comparación con controles y si estas puntuaciones se relacionan con los estilos de ingesta. El objetivo de este trabajo es precisamente llevar a cabo un estudio para analizar este punto.

Método

Participantes

La muestra clínica está compuesta por 15 pacientes de sexo femenino diagnosticados de TCA. El grupo control está formado por 45 participantes, también de sexo femenino. La media de edad de todos los participantes en este estudio se sitúa en los veintinueve años.

Instrumentos

Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ; Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986), el cual mediante 20 ítems con 5 alternativas de respuesta tipo likert cada una, que van desde «nunca» a «muy a menudo» (Baños y cols., 2011) evalúa los tres estilos de ingesta, con siete ítems para evaluar el estilo restrictivo (ejemplo: «¿usted come menos de forma intencionada con el fin de no ganar peso?», seis ítems para evaluar el comer emocional (ejemplo: «¿Cuándo estás irritado sientes el deseo de comer?») y los otros siete restantes para evaluar el comer externo (ejemplo: «si la comida huele bien, y tiene buen aspecto, ¿comes más de lo habitual?») (Doeschka y cols., 2009).

Mindful Eating Questionnaire (MEQ) (Framson y cols., 2009) es un cuestionario compuesto por 28 ítems que evalúan el grado de mindful eating que presentan los sujetos, o lo que es lo mismo, el nivel de conciencia que presentan en las sensaciones físicas y emocionales que se producen en torno a la alimentación (Framson y cols., 2009), agrupándolos en cinco factores: desinhibición, conciencia, señales externas, respuesta emocional y distracción. Para responder se utiliza una escala tipo likert, con cuatro opciones de respuesta que van desde: 1 = nunca, 2 = algunas veces, 3 = a menudo, 4 = siempre.

Procedimiento

La muestra de participantes con TCA se recogió en la unidad de trastornos alimentarios de Vila-real durante los meses de diciembre de 2014 y enero de 2015. Las usuarias del centro de día, todas ellas mayores de edad, aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación

cumplimentando los cuestionarios en papel y dando su consentimiento por escrito. Para el grupo control, se generó una plataforma online, que contenía la batería de cuestionarios y se difundió mediante redes sociales para llegar al mayor número de sujetos posible.

Resultados

Al comparar los resultados obtenidos por ambos grupos para los factores del MEQ, se observan diferencias significativas en el factor «conciencia» [$F(1,59) = 4,043$; $p < ,05$] y en el factor «respuesta emocional» [$F(1,59) = 0,3872$; $p < ,05$] (tabla 1). En el análisis de correlaciones se observó correlaciones altas entre los tres estilos de ingesta («emocional», «restrictivo» y «externo») y el factor «respuesta emocional», y una relación significativa negativa entre el estilo de ingesta externo y el factor darse cuenta.

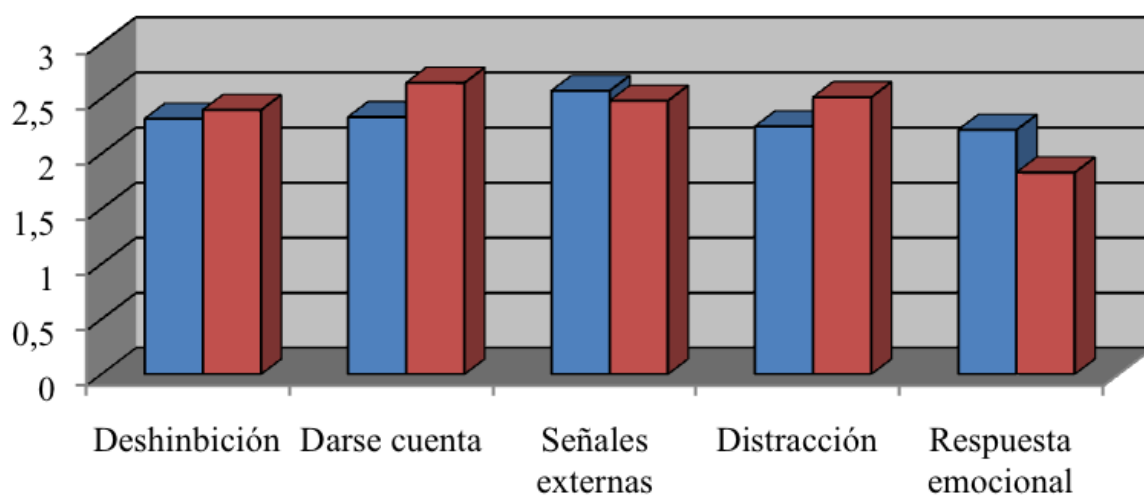


Figura 1
Diferencia entre TCA y controles en los factores del Mindful Eating Questionnaire

Tabla 1
Correlaciones entre factores del MEQ y DEBQ

	Comer emocional	Comer externo	Comer restrictivo	Desinhibición	Darse cuenta	Distracción	Señales externas
Externo	0,824*						
Restrictivo	0,681*	0,820*					
Desinhibición	0,023	0,065	0,159				
Darse cuenta	-0,118	-0,313*	-0,234	0,285*			
Distracción	0,187	0,255	0,236	0,197	-0,109		
Señales externas	0,315	0,239	0,258	0,375*	0,229	0,040	
Respuesta emocional	0,569*	0,666*	0,587*	0,402*	-0,213	0,241	0,334*

Conclusión

El objetivo del que partíamos en este trabajo era el de comprobar si los pacientes con TCA tienen el mismo grado de *mindful eating* que el grupo control. Después de realizar el presente estudio hemos descubierto que las pacientes con TCA presentan menor grado de *mindful eating* que el grupo control para el factor «darse cuenta» lo que significa que este grupo presenta mayor dificultad para detectar aspectos sutiles de la ingesta, por lo que no aprecian los colores u olores de la comida, ni tampoco la saborean cuando se alimentan, y el factor «respuesta emocional», lo que se interpreta como que cuando están tristes o estresados comen para sentirse mejor y picotean sin darse cuenta y sin poder evitarlo. Por otra parte, podemos observar que los pacientes con TCA obtuvieron una puntuación significativamente menor en «darse cuenta». A partir de los resultados obtenidos en el análisis de correlaciones entre estilos de ingesta y factores de mindful eating, observamos como una mayor tendencia a *mindful eating* correlaciona negativamente con los tres estilos de ingesta.

Estos resultados pueden proporcionar apoyo a la eficacia de una intervención basada en mindfulness para tratar los problemas alimentarios, ya que los hallazgos nos muestran como un aumento de la conciencia en la experiencia de la alimentación se correlaciona negativamente con los estilos de ingesta, y estos a su vez se relacionan con la aparición de TCA (Braet y Van Strien, 1997).

Referencias bibliográficas

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-142.
- Baños, R., Cebolla, A., Etchemendy, E., Felipe, S., Rasal, P. y Botella, C., (2011) Validation of the dutch eating behavior questionnaire for children (DEBQ-C) for use with Spanish children. *Nutrición Hospitalaria*, 26, 890-898.
- Braet, C. y Van Strien, T. (1997). *Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nint to twelve-year old obese and non -obese children. Behavior Research Theory*, 35, 863-873.
- Bruch, H. (1973). Hunger awareness and individuation. En *Eating Disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Nueva York: Basic Books, Inc., Publishers (pp. 44-65).
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive-emotional-behavioural therapy for the Eating Disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 448-461.
- Dalai Lama (2007). *El arte de la sabiduría*. Barcelona: Grijalbo.
- Del Río, C., Borda, M., Torres, I. y Lozano, J. F. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 1, 1-10.
- Doeschka, J., Anschutz, A., Van Strien, T., Monique O. M., Van De Ven, A., Rutger C. y Engels, A. (2009). Eating styles and energy intake in young women. *Appetite*, 53, 119-122.
- Framson, C., Kristal, A., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S. y Benitez, D. (2009). Development and validation of the *Mindful Eating Questionnaire*. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 1439-44.
- Fulton, R. P. y Siegel, D. R. (2005). Buddhist and western psychology: Seeking common ground. En C. K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 28-51). Nueva York: Guilford Press.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 343-361.

- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Greeno, C. G. y Wing, R. R. (1994). *Stress - induced eating*. *Psychological Bulletin*, 115, 444-464.
- Guranatana, B. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Halford, J. C. G., Gillespie, J., Brown, V., Pontin, E. E., y Dovey, T. M. (2004). The effect of television (TV) food advertisements / commercials on food consumption in children. *Appetite*, 42, 221-225.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Nueva York: Bantam.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., y Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.
- Hofman, S., Sawyer, A., Witt, A. y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness - based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.
- Kaplan, H., y Kaplan, H. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.
- Kristeller, J. y Hallett, C. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.
- Lavander, J. M., Jardin, B. F., y Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in under graduate men and women: Contributions of Mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, 10, 228-231.
- Marlatt, G. y Kristeller, J. (1999). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (ed.), *Integrating spirituality into treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Marlatt, G. A. y Donovan D. M. (2005). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Oliver, G., y Wardle, J. (1999). Perceive deffects of stress on food intake. *Physiology and Behavior*, 66, 511-515.
- Peláez-Fernández, M. A., Raich, R. M. y Labrador, F. J. (2010). Eating disorders in Spain: Revision of empirical epidemiological studies. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 62-75.
- Polivy, J. y Herman, P. (1985). Dieting and bingeing, a causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Romay, R. (2002). Estudio sobre la anorexia nerviosa en adolescentes de 11 a 16 años. Extraído de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2327>.
- Ruderman, A. J. (1986). Dietary restraint: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 99, 247-262.
- Safer, D. L., Telch, C. F., y Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 101-106.
- Safer, D. L., Lock, J., y Couturier, J. L. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 157-167.
- Schachter, S., Goldman, R., y Gordon, A. (1968). Effect of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.

- Slochower, J. (1983). *Excessive Eating, The Role of Emotions and Environment, Vol. 3*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Snoek, H., Van Strien, T., Janssens, J. y Engels, R. (2006). The effect of television viewing on adolescents snacking: Individual differences explained by external, restrained and emotional eating. *Journal of Adolescents Health*, 39, 448-511.
- Snoek, H., Van Strien, T., Janssens, J. y Engels, R. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 23-32.
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G. y Defares, P. (1986). The *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and External Eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315.
- Wanden-Berghe, R., Sanz-Valero, J., y Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eating Disorders*, 19, 34-48.

Madres, madrinas y vecinas. Neuroendocrinología del comportamiento maternal en el ratón

HUGO SALAIS LÓPEZ
salais@uji.es

ANA MARTÍN SÁNCHEZ
Ana.Martin@uv.es

MARCOS OTERO GARCÍA
Marcos.Otero@uv.es

FERNANDO MARTÍNEZ GARCÍA
femartin@uji.es

Resumen

La conducta maternal es algo más que la nutrición y protección de la descendencia. En humanos y otras especies, la desatención maternal provoca cambios epigenéticos que reducen la resistencia al estrés y perpetúan la desatención maternal. El estudio del sustrato neural de este comportamiento ayudará a romper este círculo vicioso y a promover la salud física y mental de futuras generaciones. Hemos investigado en el ratón cuáles son los factores clave que desencadenan la fiera defensa de las crías por parte de sus madres, la agresión maternal. Esta conducta debe estar promovida por señales hormonales de la gestación, puesto que las madrinas o comadres, hembras que han colaborado en el cuidado de las crías pero no han experimentado la maternidad, no son agresivas. Centrando nuestra atención sobre las hormonas de la maternidad, hemos caracterizado el efecto de la prolactina en el encéfalo. Los resultados indican que durante la gestación se produce una activación drástica, mediada por señales lactogénicas, de todo el cerebro sociosexual, incluyendo los núcleos responsables de la agresión. Esta activación continúa durante la lactancia, sustentada por los elevados niveles de prolactina propios de este periodo. Por último, hemos identificado las neuronas que generan circuitos centrales ricos en vasopresina y oxitocina, dos neuropéptidos clave en la regulación del comportamiento maternal. Neuronas que expresan ambos neuropéptidos, situadas entre la región amigdalina y el hipotálamo preóptico, parecen proyectar a centros responsables de la ansiedad (amígdala central) y la motivación (núcleo accumbens). Su modulación explicaría la reducción de la ansiedad durante la maternidad, que permite respuestas como la agresión maternal, así como el incremento de la motivación hacia las crías y su cuidado.

Palabras clave: comportamiento maternal, agresión maternal, prolactina, oxitocina, vasopresina, cerebro sociosexual.

Abstract

Maternal behaviour is not limited to the nourishment and protection of the offspring. In humans as in other species, maternal neglect induces epigenetic modifications that compromise resilience to stress and perpetuate inattention. The study of the neural substrate of this behaviour will help to break this vicious cycle and to promote physical and mental health of future generations. We have explored which are the key factors, in the mouse, that trigger in the mother the fierce defence of the pups from external threats, maternal aggression. This behaviour must be promoted by the hormonal cues of the maternal period, since godmothers, females that shared pup care with the mother, but have not undergone motherhood, are not aggressive. Focusing on important hormonal signals during this period, we have characterised the central effect of prolactin, the maternal hormone. Our results indicate that, during pregnancy, lactogenic signals exert a drastic activation of the sociosexual brain, including centres responsible for aggression. These activation continues during lactation, hosted by the elevated levels of prolactin during this period. Lastly, we have identified the neurons generating central circuits rich in vasopressin and oxytocin, two neuropeptides with a key role in the regulation of maternal behaviour. Neurons expressing both neuropeptides and located between the amygdaloid region and preoptic hypothalamus, project to neural centres responsible for anxiety behaviour (central tonsil) and motivation (nucleus accumbens). The modulation of these sites would explain the reduction of anxiety during the motherhood, which ensures behaviours like maternal aggression, as well as the increase in pup-directed motivated behaviours.

Keywords: maternal care, maternal aggression, prolactin, oxytocin, vasopressin, sociosexual brain.

Introducción

El comportamiento parental se define como una colección de conductas expresadas por uno o ambos progenitores (aunque en muchas especies solo hay comportamiento maternal) dirigidas a la atención de las necesidades básicas de las crías, principalmente su alimentación, termorregulación y protección. Este carácter surge evolutivamente como una estrategia compleja y costosa pero muy efectiva para garantizar la supervivencia de la descendencia, especialmente cuando ésta es altricial, es decir, cuando nace, como en la especie humana, con un desarrollo somático incompleto y es por tanto incapaz de valerse por sí misma en el periodo postnatal (Numan e Insel, 2003).

El comportamiento parental es, pues, un mecanismo esencial para la supervivencia de las crías, pero sus funciones parecen ir más allá. Existe evidencia creciente de que un buen cuidado parental tiene un impacto beneficioso en la salud física y mental de la descendencia. Se ha comprobado en roedores como madres que cuidan satisfactoriamente de sus crías les transmiten, por medios epigenéticos, la capacidad de tolerar mejor el estrés y sus efectos negativos sobre el organismo (Meaney, 2001). Estableciendo una comparación con el ser humano, se ha determinado también como diferentes formas de desatención y maltrato parental durante la infancia suponen factores de riesgo para diversas patologías físicas y mentales (Repetti, Taylor, y Seeman, 2002), incluyendo ansiedad y depresión (Bifulco, Brown, y Adler,

1991). Todas estas razones avalan el interés y la importancia que supone el estudio del comportamiento maternal y su sustrato biológico.

Nuestro modelo de estudio para el comportamiento maternal es el ratón. En esta especie, el comportamiento maternal incluye conductas orientadas a las crías (su alimentación, su aseo, su abrigo y agrupación en un nido) y conductas no dirigidas a crías, como son la construcción previa del nido y la defensa de las crías de potenciales amenazas, la llamada «agresión maternal» (Gammie, 2005). De entre estas conductas destaca la agresión maternal por dos motivos. En primer lugar, las madres tienden a agredir a miembros de la misma especie, especialmente a machos, que en la naturaleza suelen ser infanticidas. En segundo lugar, se trata de una conducta transitoria y reversible: las hembras de ratón se ven atraídas por los machos y sus feromonas durante toda su vida (Martínez-García et al., 2009), pero durante el periodo maternal reaccionan agrediendo ferozmente si se acercan a su nido (Lonstein y Gammie, 2002). Con el destete de las crías, la agresión se extingue y la hembra vuelve a verse atraída por el macho.

Como otras conductas sociales, el comportamiento maternal, incluida la agresividad, está gobernado por una red compleja de centros nerviosos conocida como el «cerebro sociosexual» (Gammie, 2005; Newman, 1999). Durante este periodo, para asegurar la expresión de la conducta maternal en el momento oportuno, el cerebro sociosexual sufre una modulación, una maternización. Este proceso aún no se comprende bien, pero debe estar ligado a las señales hormonales de la maternidad (gestación, parto y lactancia), así como a estímulos de las propias crías.

Así pues, la agresión maternal supone una oportunidad para entender el sustrato biológico de la conducta agresiva, y constituye el marco ideal para estudiar los mecanismos responsables de la maternización cerebral. En este artículo, presentamos una serie de experimentos orientados a entender este fenómeno fascinante. En nuestro primer experimento, empleamos un enfoque conductual para explorar la contribución relativa al proceso de los estímulos de las crías y la señales hormonales de la gestación. A continuación, analizamos con mayor profundidad el papel de una señal endocrina y dos señales neuroquímicas estrechamente ligadas al comportamiento social y a la maternidad, la hormona prolactina y los neuropéptidos oxitocina y vasopresina.

Material y métodos

Experimento 1. Factores promotores de la agresión maternal en ratones hembra

En este experimento, empleamos hembras adultas de ratón de la cepa CD1, que distribuimos aleatoriamente en tres grupos experimentales: (i) madres lactantes (n=9), (ii) comadres (n=9) y (iii) hembras vírgenes sin experiencia previa con crías (que llamaremos inexpertas; n=9). Las madres lactantes y las hembras inexpertas fueron incluidas como grupos control positivo y negativo, respectivamente, para la conducta agresiva. En cuanto a las comadres, se trata de hembras vírgenes que han sido estabuladas con una hembra del grupo de madres lactantes durante la preñez, parto y lactancia, colaborando en el cuidado de las crías.

Sometimos a estos grupos de hembras a un test de agresión maternal, en el que, tras retirar las crías (en el caso de las madres y las comadres) y la hembra acompañante, se introduce un macho intruso en la caja de la hembra experimental y se evalúa la reacción conductual de la ésta. Los intrusos son machos adultos de la misma cepa y edad. Los encuentros hembra-intruso tuvieron una duración de 5 minutos y fueron grabados en vídeo para el posterior registro de las siguientes variables: latencia al primer ataque, número total de ataques y duración

total de los ataques. Los valores obtenidos fueron analizados (ANOVA o test de Kruskal-Wallis) usando el software SPSS.

Experimento 2. Caracterización del patrón central de respuesta a la prolactina en ratones hembra y su variación durante gestación y lactancia

Para este estudio, empleamos 19 hembras de ratón (cepa CD1), de 8-12 semanas de edad, distribuidas aleatoriamente en tres grupos experimentales: vírgenes (n=7); gestación tardía (n=6) y lactantes (n=6). El grupo de vírgenes se procesó directamente para inmunohistoquímica, mientras que las hembras del resto de grupos fueron procesadas, respectivamente, en los días 14 a 18 de gestación (grupo gestación tardía) y en el sexto día postparto (grupo lactancia).

Para la inmunohistoquímica, los animales se perfundieron con paraformaldehído, extraímos sus encéfalos del cráneo, y los post fijamos y crioprotegimos para obtener secciones histológicas de 40 µm con microtomía de congelación. Las secciones histológicas fueron procesadas para la inmunohistoquímica de pSTAT5, un método indirecto para la evaluación de las acciones centrales de la prolactina. Consiste en la detección de la forma activada por fosforilación de STAT5 (pSTAT5), una proteína clave en la cascada de transducción del receptor largo de prolactina (Kanyicska, Lerant, Freeman y Marc, 2000). Disponemos así de un marcador funcional de aquellas células que han respondido recientemente a la señal de prolactina. Tras la inmunohistoquímica, los cortes histológicos fueron montados y cubiertos para su posterior análisis al microscopio óptico.

Experimento 3. Caracterización del patrón central de expresión de oxitocina en ratones hembra y su colocalización con vasopresina

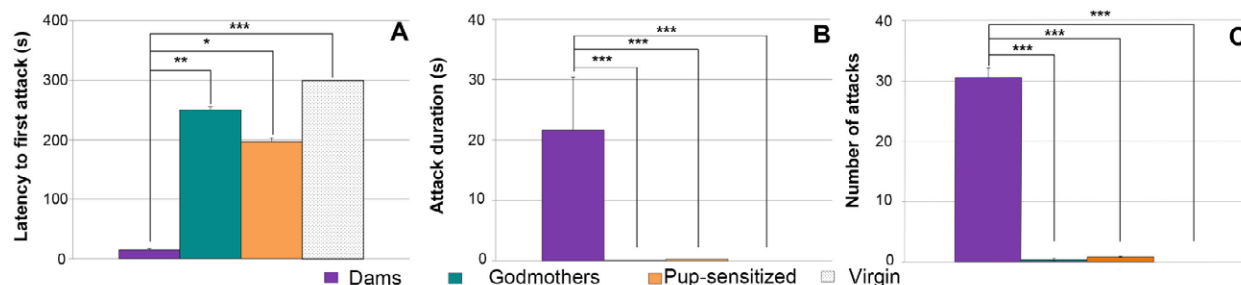
En el presente estudio, usamos 12 hembras adultas de ratón de la cepa CD1, que procesamos para la inmunohistoquímica de los péptidos como en el experimento anterior. Sin embargo en esta ocasión hicimos una doble inmunofluorescencia de oxitocina y vasopresina: cada antígeno queda asociado a un fluoróforo, molécula que emitirá fluorescencia en una longitud de onda (un color) específica. La vasopresina quedó asociada al fluoróforo *alexa fluor* (fluorescencia verde) y la oxitocina a *rhodamine red* (fluorescencia roja). Una vez concluida la inmunofluorescencia, las secciones histológicas fueron montadas y cubiertas para su análisis mediante microscopía confocal.

Resultados

Experimento 1. Factores promotores de la agresión maternal en ratones hembra

El objetivo de este experimento fue evaluar la contribución del contacto con crías en la expresión de agresión de tipo maternal. Comparamos el comportamiento agresivo frente a un macho intruso de madres lactantes, comadres y vírgenes inexpertas. Los resultados, recogidos en la figura 1, indican que el grupo de madres lactantes ataca significativamente antes ($p < 0,05$; figura 1A), durante más tiempo ($p < 0,001$; figura 1B) y más veces ($p < 0,001$; figura 1C) a los machos de lo que lo hacen las demás hembras. De hecho, los valores medios para el número y la duración de los ataques en los grupos de comadres y vírgenes son virtualmente

nulos, indicativos de que ninguno de estos dos grupos presenta una conducta agresiva hacia machos intrusos.



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

Figura 1. Agresión maternal de madres lactantes, comadres y vírgenes inexpertas. Representación gráfica de los valores obtenidos (media \pm error estándar de la media) por madres lactantes (morado), comadres (verde), hembras vírgenes sensibilizadas (naranja, grupo no incluido en este artículo) y hembras vírgenes sin contacto con crías (blanco) en la latencia al primer ataque al intruso (A), la duración total de los ataques (B) y el número total de ataques (C). El test de Kruskal-Wallis revela que las madres lactantes atacaron a los machos intrusos con una latencia sinificativamente menor y una duración y número de ataques significativamente mayores a los demás grupos experimentales, comadres y hembras vírgenes sin contacto con crías, que muestran valores virtualmente nulos de agresión

Experimento 2. Caracterización del patrón central de respuesta a la prolactina en ratones hembra y su variación durante gestación y lactancia

El análisis de la distribución central de inmunorreactividad para pSTAT5 en hembras vírgenes puso de manifiesto una variabilidad considerable en la presencia y extensión de pSTAT5 (ver figuras 2A y 2B), con patrones generalmente moderados pero inconstantes. Por el contrario, las hembras gestantes (segunda mitad de la gestación) muestran un patrón especialmente extenso y con una variabilidad interindividual prácticamente nula. A su vez, el grupo de madres lactantes presentó un patrón virtualmente idéntico e igual de estable que el hallado en el grupo de gestación tardía.

El patrón de inmunorreactividad para pSTAT5 propio de la gestación tardía y lactancia engloba principalmente a centros subcorticales, amigdalinos, hipotalámicos, talámicos, mesencefálicos e incluso a algunos centros localizados en el tronco del encéfalo. Curiosamente, la gran mayoría de estos centros es parte integrante del cerebro sociosexual (ver introducción). Entre ellos, algunos de los ejemplo más destacados son el séptum, la amígdala medial y central, el núcleo de la stria terminalis y su continuo con el área preóptica del hipotálamo (continuo BSTV-MPO, ilustrado en la figura 2), el núcleo ventromedial hipotalámico o el área gris periacueductal. Estos núcleos están implicados de una u otra forma en la gestión del comportamiento maternal.

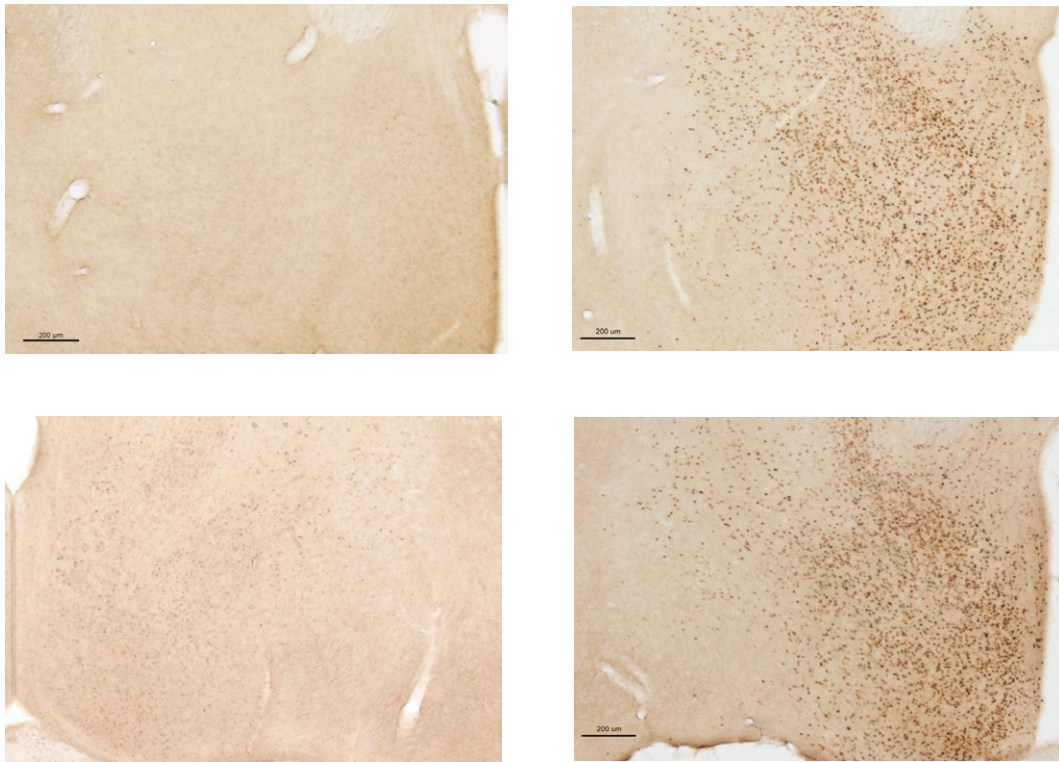


Figura 2. Diferencias en el patrón de respuesta a prolactina en ratones hembra vírgenes, gestantes y lactantes. Patrón de inmunorreactividad para pSTAT5 en la región del continuo BSTV-MPO, nodo del cerebro sociosexual clave en la expresión del comportamiento maternal. Las figuras A y B corresponden a 2 especímenes diferentes del grupo de hembras vírgenes, con un patrón prácticamente ausente (A) y un patrón moderado (B). La figura C corresponde a una hembra en el periodo final de gestación y revela un patrón denso y extenso de cuerpos celulares marcados para pSTAT5. El patrón en hembras lactantes (D) es virtualmente idéntico al anterior. Barras de escala: 200µm

Experimento 3. Caracterización del patrón central de expresión de oxitocina en ratones hembra y su colocalización con vasopresina

El análisis de los cuerpos celulares positivos para estos neuropéptidos reveló su abundancia en los principales núcleos neurosecretorios del hipotálamo: el núcleo paraventricular hipotalámico, el núcleo supraóptico y el núcleo supraquiasmático. Hallamos también una población adicional de células oxitocina-positivas en la región comprendida entre el núcleo de la stria terminalis (BST) y el núcleo preóptico medial del hipotálamo (MPO), el continuo BSTV-MPO. La co-localización de vasopresina y oxitocina está prácticamente restringida a esta población (figura 3), en donde dominan células con expresión elevada de oxitocina y escasa de vasopresina.

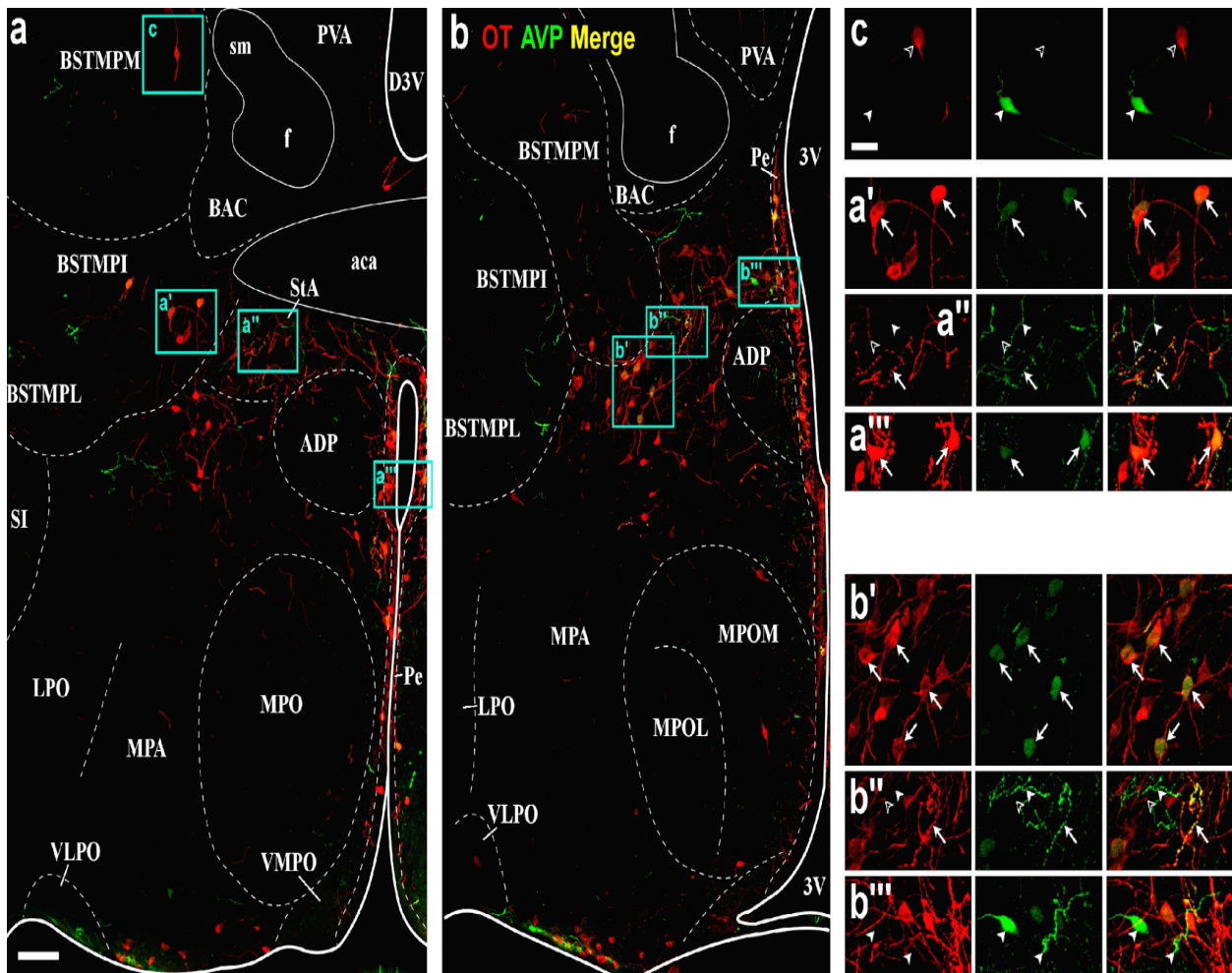


Figura 3. Coexpresión de oxitocina y vasopresina en la región del continuo BSTV – MPO. Fotomicrografías mostrando el resultado de la inmunofluorescencia doble para oxitocina (rojo) y vasopresina (verde) en dos niveles diferentes (a, b) de la región comprendida entre el aspecto ventral del núcleo de la *stria terminalis* (BSTV) y el núcleo preóptico medial del hipotálamo (MPO), conocida como el continuo BSTV-MPO. Los detalles enmarcados en a', a'', a''' y en b', b'' y b''' muestran varios ejemplos de colocalización de oxitocina y vasopresina.

En el desarrollo de estos marcos (derecha), se muestra el canal que detecta la fluorescencia de oxitocina (columna izquierda), el canal que detecta la fluorescencia de vasopresina (columna central) y la suma de ambos canales (columna derecha), con los puntos de colocalización en una coloración amarillenta (flechas).

Barras de escala en a y b: 100 μ m.

Con respecto a la distribución de axones marcados, hallamos procesos inmunorreactivos mayoritariamente en los hemisferios cerebrales y el hipotálamo, y excepcionalmente también en algunos núcleos del mesencéfalo y tronco encefálico. La mayoría de estas terminaciones presentaban inmunorreactividad para un único neuropéptido (oxitocina o vasopresina), con la excepción de dos conjuntos específicos donde hallamos colocalización, ubicados en el núcleo central de la amígdala y el núcleo accumbens del estriado, respectivamente. Estas fibras muestran un perfil muy similar al de los cuerpos celulares hallados en el continuo BSTV-MPO antes descritos: niveles altos de oxitocina y bajos de vasopresina. Esta coincidencia sugiere que estas terminaciones se originarían en la población vasopresinérgica/oxitocinérgica del continuo BSTV-MPO.

Discusión y conclusiones

Experimento 1. Factores promotores de la agresión maternal en ratones hembra

El objetivo de nuestro primer experimento fue entender qué factores determinan la inducción de la agresión maternal en hembras de ratón (estímulos derivados de las crías o señales hormonales). Para ello, generamos un modelo experimental muy útil, las comadres. Las comadres, al haber colaborado en el cuidado de las crías, han tenido acceso directo a todos los estímulos generados por éstas, pero no han estado expuestas al entorno hormonal de la gestación y lactancia.

Nuestros resultados (ilustrados en la Figura 1) revelan que las comadres, si bien muestran comportamientos de cuidado de las crías (no ilustrado), no se comportan de forma agresiva frente a machos intrusos que sí que suscitan conducta agresiva en madres lactantes. Los valores medios de su latencia a atacar, la duración y número de ataques a machos intrusos son, de hecho, prácticamente nulos e indistinguibles del grupo de vírgenes inexpertas, el control negativo del experimento. Por consiguiente, la potencial estimulación ejercida por las crías no es suficiente por sí misma para activar una conducta agresiva. Debe, pues, acompañarse de cambios endocrinos o neuroquímicos profundos en el cerebro sociosexual producidos en la gestación y/o la lactancia.

Experimento 2. Caracterización del patrón central de respuesta a la prolactina y su variación durante gestación y lactancia

¿Cuáles son, pues, los eventos endocrinos más notables de este periodo? Uno de los candidatos a los que dirigimos inmediatamente nuestra atención fue la prolactina. Esta hormona es bien conocida (y de hecho recibe su nombre) por su papel director del desarrollo de la glándula mamaria y la producción de leche. Pero sus funciones en el contexto de la maternidad van mucho más allá: la prolactina está implicada en una multitud de procesos de adaptación fisiológica a este periodo, entre los que se encuentra también la regulación del cuidado maternal (Grattan y cols., 2001). Existe evidencia sólida en la rata de que la prolactina es directamente responsable, actuando precisamente sobre el continuo BSTV-MPO, de la expresión del cuidado maternal: la administración focal de prolactina en esta región acelera la maternización de hembras vírgenes pre-tratadas con progesterona y estradiol (Bridges y Ronsheim, 1990).

Esto sugiere que la prolactina ha de participar también en la gestión de la agresión maternal. Nos propusimos, pues, caracterizar el impacto de esta hormona sobre el cerebro de hembras gestante, en pleno proceso de maternización. Para este cometido, empleamos como indicador la expresión de la proteína pSTAT5 (ver material y métodos). Hallamos un incremento drástico de la inmunoreactividad para pSTAT5 (correlato de la acción de la prolactina) en muchos centros del encéfalo de ratones hembra en el periodo final de su gestación. Este incremento es especialmente evidente en el cerebro sociosexual, afectando al continuo BSTV-MPO (Figura 2) y a otros centros clave en la gestión del comportamiento maternal, de conductas agresivas (septum, núcleo ventromedial hipotalámico; Lin y cols., 2011; Scotti, Lee, y Gammie, 2011) o defensivas (área gris periacueductal, Vianna y Brandão, 2003), o del componente emocional de la conducta social (amígdala, Janak y Tye, 2015). Nuestros resultados confirman, pues, el papel crucial de la prolactina en la maternización del cerebro y apoyan su participación en el desarrollo de la agresión maternal.

Experimento 3. Caracterización del patrón central de expresión de oxitocina en ratones hembra y su colocalización con vasopresina

Otro elemento digno de estudio en este contexto son los nonapéptidos vasopresina y oxitocina. Existe un vasto cuerpo de evidencia que relaciona estos neuropéptidos con toda clase de comportamientos sociales y afiliativos (Donaldson y Young, 2008). De hecho, en ratas se sabe que los circuitos cerebrales nonapeptidérgicos ejercen un papel clave en la agresión maternal (Bosch, 2013). La información sobre estos péptidos de la que se dispone actualmente en el ratón es escasa y fragmentaria, por lo que nos propusimos caracterizar su distribución y colocalización en el encéfalo de ratones hembra, empleando para ello una inmunofluorescencia doble.

Además de las principales poblaciones celulares neurosecretoras (localizadas en los núcleos paraventricular hipotalámico, supraóptico y supraquiasmático), hallamos una población de células que coexpresa ambos neuropéptidos (oxitocina en mayor proporción y vasopresina en menor), y se localiza curiosamente en la región del continuo BSTV-MPO. Como antes avanzábamos, el continuo BSTV-MPO es un nodo clave en el circuito que regula el cuidado maternal, hasta el punto de que en ratas, lesiones de este área suprimen por completo toda atención a las crías (Kalinichev, Rosenblatt, y Morrell, 2000). Por ello, creemos que estas células son las responsables del efecto modulador de oxitocina y vasopresina en las conductas maternas.

En el análisis de los axonales inmunorreactivos, identificamos dos regiones cerebrales donde los axones marcados presentaban un perfil similar de coexpresión (oxitocina en mayor proporción y vasopresina en menor) al de las células del continuo BSTV-MPO, sugiriendo que su origen se encuentra precisamente en ésta población nonapeptidérgica. Estas áreas de proyección son el núcleo central de la amígdala y el núcleo accumbens del cuerpo estriado. La primera, como parte de la amígdala, está implicada en la gestión de conductas con elevada carga emocional, como pueden ser respuestas de miedo o ansiedad a estímulos amenazantes (LeDoux, Iwata, Cicchetti, y Reis, 1988). La oxitocina estaría inhibiendo este tipo de respuestas, haciendo a la madre capaz de afrontar la defensa de sus crías frente a amenazas importantes (Bosch, 2013; Knobloch y cols., 2012). La segunda, el núcleo accumbens, forma parte de los circuitos de la recompensa y sería responsable de atribuir un valor reforzante a las crías y, en consecuencia, motivar a la madre a su cuidado (Numan y Woodside, 2010). Estos resultados proporcionan un marco anatómico en el que estudiar las acciones de la oxitocina y vasopresina sobre el comportamiento maternal. Nuestro siguiente paso en esta línea será explorar posibles cambios en la dinámica de vasopresina y oxitocina producidos en esta población durante la gestación.

Conclusión general

Los trabajos presentados aquí exploran, desde múltiples ángulos, el sustrato biológico de la regulación del comportamiento maternal, en particular de la agresión maternal. Hemos comprobado que las señales hormonales y neuroquímicas son un factor clave en el desarrollo del comportamiento maternal. En particular, la hormona prolactina y los neuropéptidos vasopresina y oxitocina tienen un papel destacado en el proceso. La primera ejerce una activación a gran escala del cerebro sociosexual al completo, las segundas parecen ser neurotransmisores en circuitos implicados en la gestión del comportamiento maternal.

En el futuro, pretendemos caracterizar en detalle el papel de estos mediadores con la perspectiva de lograr la manipulación artificial de la agresión maternal.

Referencias bibliográficas

- Bifulco, A., Brown, G. W., y Adler, Z. (1991). Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 115-22.
- Bosch, O. J. (2013). Maternal aggression in rodents: brain oxytocin and vasopressin mediate pup defence. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 368, 20130085. doi:10.1098/rstb.2013.0085.
- Bridges, R. S., y Ronsheim, P. M. (1990). Prolactin (PRL) regulation of maternal behavior in rats: bromocriptine treatment delays and PRL promotes the rapid onset of behavior. *Endocrinology*, 126, 837-48.
- Donaldson, Z. R., y Young, L. J. (2008). Oxytocin, vasopressin, and the neurogenetics of sociality. *Science*, 322, 900-4.
- Gammie, S. C. (2005). Current models and future directions for understanding the neural circuitries of maternal behaviors in rodents. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 4, 119-135.
- Grattan, D. R., Pi, X. J., Andrews, Z. B., Augustine, R. A., Kokay, I. C., Summerfield, M. R., ... Bunn, S. J. (2001). Prolactin receptors in the brain during pregnancy and lactation: implications for behavior. *Hormones and Behavior*, 40, 115-124.
- Janak, P. H., y Tye, K. M. (2015). From circuits to behaviour in the amygdala. *Nature*, 517, 284-292.
- Kalinichev, M., Rosenblatt, J. S., y Morrell, J. I. (2000). The medial preoptic area, necessary for adult maternal behavior in rats, is only partially established as a component of the neural circuit that supports maternal behavior in juvenile rats. *Behavioral Neuroscience*, 114, 196-210.
- Kanyicska, L. A., Lerant, A., Freeman, M. E., y Marc, E. (2000). Prolactin: Structure, function and regulation of secretion. *Molecular Biology*, 80, 1523-1632.
- Knobloch, H. S., Charlet, A., Hoffmann, L., Eliava, M., Khrulev, S., Cetin, A. H., ... Grinevich, V. (2012). Evoked axonal oxytocin release in the central amygdala attenuates fear response. *Neuron*, 73, 553-566. doi:10.1016/j.neuron.2011.11.030.
- LeDoux, J. E., Iwata, J., Cicchetti, P., y Reis, D. J. (1988). Different projections of the central amygdaloid nucleus mediate autonomic and behavioral correlates of conditioned fear. *The Journal of Neuroscience*, 8, 2517-2529.
- Lin, D., Boyle, M. P., Dollar, P., Lee, H., Lein, E. S., Perona, P., y Anderson, D. J. (2011). Functional identification of an aggression locus in the mouse hypothalamus. *Nature*, 470, 221-226.
- Lonstein, J. S., y Gammie, S. C. (2002). Sensory, hormonal, and neural control of maternal aggression in laboratory rodents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26, 869-888.
- Martínez-García, F., Martínez-Ricós, J., Agustín-Pavón, C., Martínez-Hernández, J., Novejarque, A., y Lanuza, E. (2009). Refining the dual olfactory hypothesis: pheromone reward and odour experience. *Behavioral Brain Research*, 200, 277-86.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-92.
- Newman, S. W. (1999). The medial extended amygdala in male reproductive behavior. A node in the mammalian social behavior network. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877, 242-257.
- Numan, M., e Insel, T. R. (2003). *The neurobiology of parental behavior*. Nueva York: Springer.

- Numan, M., y Woodside, B. (2010). Maternity: neural mechanisms, motivational processes, and physiological adaptations. *Behavioral Neuroscience*, 124, 715-41.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., y Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-66.
- Scotti, M.-A. L., Lee, G., y Gammie, S. C. (2011). Maternal defense is modulated by beta adrenergic receptors in lateral septum in mice. *Behavioral Neuroscience*, 125, 434-45.
- Vianna, D. M. L., y Brandão, M. L. (2003). Anatomical connections of the periaqueductal gray: Specific neural substrates for different kinds of fear. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 36, 557-566.

Seguiment i actualització dels materials d'avaluació psicològica i psicopedagògica de la docimoteca de la Universitat Jaume I

AIDA SANAHUJA RIBÉS
asanahuj@uji.es

ODET MOLINER GARCÍA
molgar@uji.es

Resum

La docimoteca és un servei que ofereix la Biblioteca de la Universitat Jaume I, consistent en una sala on es localitza el material psicotècnic, d'avaluació psicològica, psicoeducativa i d'intervenció. Aquest material es troba ordenat i classificat, amb l'objectiu de facilitar el seu ús com a sala de consulta i laboratori. En aquest estudi es dona a conèixer el servei i es presenta el seguiment de la quantia de proves prestades i de consultes realitzades pels diferents usuaris. Es comptabilitza el nombre d'usos de perfils en línia i els usos de material fungible que s'han emprat en el curs acadèmic 2013/2014. Es presenten els qüestionaris que s'han incorporat a la docimoteca arran del projecte «Recerca de materials d'avaluació psicològica i psicoeducativa no comercialitzats». La mostra d'aquest estudi està formada pel professorat dels departaments de Psicologia i d'Educació, l'alumnat autoritzat dels màsters de les àrees de psicologia i d'educació, l'alumnat autoritzat de grau o llicenciatura de les titulacions de magisteri, psicopedagogia i psicologia i el personal extern a la universitat que ha fet ús del servei en el període de temps estudiat. L'estudi mostra que la major part dels préstecs s'han realitzat al personal extern de l'UJI, mentre que l'alumnat és qui més consultes ha realitzat.

Paraules clau: servei bibliotecari, docimoteca, tests, materials d'avaluació, materials d'intervenció.

Abstract

The Test Library is a service offered by the library of the Universitat Jaume I, consisting of a room where the psychotechnical material, the psychological and psychoeducational assessment material and also the intervention material are located. All this material is also organized and classified there, with the objective of its use as a consulting room and laboratory. This study discloses the Test Library service. In this study it is monitored the amount of borrowed tests and also the consultations conducted by different

users. The number of uses of online profiles and the uses of consumables that have been used in the academic year 2013/2014 are accounted for. And the questionnaires that have been added conforming to the guidelines of the project of «Search of Psychological and Psychoeducational Assessment Materials non-marketed» (*Recerca de materials d'avaluació psicològica i psicoeducativa no comercialitzats*) are presented. The sample of this study is composed by the faculty of the Departments of Psychology and Education, the students of Master's degree in the areas of Psychology and Education, students of degrees in Education, Psychopedagogy and Psychology or students of the *Licenciatura*¹ degrees in the same areas of study and also the external staff at the university. All of them have made use of the service in the time period studied. The study shows that the external staff in the UJI are the users who more loans have made, while pupils are who more inquiries have made.

Keywords: Library service, Test Library, tests, assessment material, intervention materials.

Introducció

Etimològicament el terme *docimoteca* prové del grec *dokimázo*, que significa 'assajar'. Aquest espai tracta de recollir els instruments d'avaluació (tests, escales, bateries, qüestionaris, etc.) i d'intervenció utilitzats per a la detecció de problemes o característiques especials d'un individu o d'un col·lectiu determinat (Olaran, 2011). Respecte de la universitat on s'ubica, compleix amb la funció interna de suport a la docència i a la investigació, i ofereix una col·lecció estretament relacionada amb els programes d'estudi, concretament amb els de psicologia i educació, i tracta de satisfer les demandes d'informació dels usuaris, als quals permet formar-se, investigar i diagnosticar problemes o característiques especials, tant en l'àmbit clínic com en l'educatiu (Olaran, 2010).

L'article 35 del capítol IX del Reglament del servei de la biblioteca de la Universitat Jaume I (aprovat en la sessió núm. 20 del Consell de Govern del dia 25 de juny de 2008) estableix que «la docimoteca és un servei que ofereix la Biblioteca de l'UJI, consistent en una sala on es localitza, ordena i classifica el material psicotècnic, d'avaluació psicològica i psicoeducativa i d'intervenció, a l'objecte del seu ús com a sala de consulta i laboratori».

Quant a la consulta i el préstec de material, és necessari destacar que la consulta del material s'ha de realitzar en la mateixa sala de la docimoteca. El préstec està restringit només a les persones autoritzades, és a dir, té limitacions deontològiques que impedeixen la plena difusió dels documents. Amb la finalitat d'assegurar una utilització correcta dels tests, l'APA (American Psychological Association's) va establir unes normes posteriorment adoptades pel Col·legi Oficial de Psicòlegs espanyol, les quals limiten l'accés als tests en funció de la formació i de la titulació de l'usuari.² Per aquest motiu el fons ha d'estructurar-se en fons d'accés restringit (Olaran, 2011). Tal com assenyala l'article 36 del reglament anteriorment esmentat, són usuaris del servei de docimoteca:

1. *Licenciatura*: In Spain, this kind of degree was one of the major higher-education degrees previous to doctoral studies, and is equivalent to a Master's degree in the Anglophone system. This degree is currently being phased out at Spanish universities, replaced by the 'Grado' (Bachelor) and 'Master' system due to the implementation of the Bologna Declaration on the European higher education area.
2. Cada vegada que s'esmente *usuari*, *director*, etc., s'entén que es fa referència a ambdós sexes indistintament.

- El professorat dels departaments de psicologia i d'educació.
- Els estudiants que autoritze el professorat dels departaments de psicologia i d'educació.
- Professionals titulats en els camps de la psicologia i la pedagogia (personal extern). A més, aquests han de ser membres de SAUJI (Societat d'Amics i Antics Alumnes de l'UJI).³
- Tots aquells usuaris que siguin autoritzats pel director del projecte de la docimoteca.

Tal com estableix Olan (2010), el material propi de la docimoteca és d'una tipologia documental molt específica, és car i delicat, amb un procés tècnic molt costós, ja que el seu ús ha de ser rigorós. El conjunt del material que podem trobar a la docimoteca de l'UJI són tests, escales, bateries, qüestionaris de les diferents temàtiques de la psicologia i la psicopedagogia, com ara: ansietat, aprenentatge, autoestima-autorealització, cognició, conducta, creativitat, depressió, dol, drogoaddicció, educació especial, educació infantil, emocions, família, geriatria, habilitats socials, intel·ligència, lectura i escriptura, llenguatge, neuropsicologia, orientació professional, percepció, personalitat, psicomotricitat, salut i qualitat de vida, tècniques d'estudi, tècniques de relaxació, trastorns de conducta alimentària, trastorns sexuals, rebell, violència i redacció d'informes. A més a més, també es disposa de material d'intervenció. La recerca específica es fa mitjançant el catàleg general de la biblioteca de l'UJI.⁴

El personal encarregat de la docimoteca desenvolupa les tasques següents:

- Tenir cura dels instruments d'avaluació i mantenir-los aptes per a l'ús, vetllar per la seua adequada utilització i donar suport a les pràctiques docents que utilitzen instruments d'avaluació.
- Gestionar els fulls d'autorització per a la sol·licitud de préstecs de test, autoritzacions especials, sol·licitud d'usos i perfils en línia i sol·licitud de material fungible per a les pràctiques docents.
- Assessorar i posar a la disposició de qui els sol·licite, els materials, tant per a la consulta com per al préstec d'aquests. És necessari remarcar que quan el material és retirat en préstec, cada usuari disposa d'un temps i d'un nombre de proves diferent. L'alumnat autoritzat pot agafar una prova durant tres dies, el personal extern pot agafar dues proves durant una setmana i el professorat pot agafar fins a tres proves durant dues setmanes.
- Preparar l'accés a les plataformes automatitzades (TEA i PEARSON), contractant i descarregant els usos per a la correcció automatitzada en línia.
- Recerca d'instruments d'avaluació per la web, per iniciativa i per demanda.
- Difondre el servei de la docimoteca entre els usuaris interns a l'UJI i els usuaris externs a l'UJI (professionals de la psicologia, psicopedagogia i de l'educació).
- Realitzar els estudis necessaris, l'elaboració de projectes i la negociació amb responsables de departaments i serveis pertinents.
- Mantenir activa la base de dades per al control del material.
- Realitzar la memòria final de curs.

3. Web SAUJI: <http://ujiapps.uji.es/serveis/sauji/>.

4. Web Catàleg Biblioteca Universitat Jaume I: http://cataleg.uji.es/*spi.

Mètode

Presentem un estudi descriptiu i de seguiment de l'ús de la docimoteca, els objectius del qual són:

- Donar a conèixer el servei de la docimoteca de la Universitat Jaume I.
- Fer un seguiment de la quantia de proves prestades als diferents usuaris des de setembre de 2013 fins a juny de 2014.
- Realitzar un seguiment del nombre de consultes realitzades pels diferents usuaris des de novembre de 2013 fins a juny de 2014.
- Comptabilitzar el nombre d'usos de material fungible i els usos de perfils en línia que s'han emprat des de setembre de 2013 fins a juny del 2014.
- Presentar els qüestionaris que s'han incorporat arran del projecte «Recerca de materials d'avaluació psicològica i psicoeducativa no comercialitzats».

La mostra d'aquest estudi està formada pels usuaris que han fet ús del servei des de setembre de 2013 fins a juny de 2014.

La recollida de dades s'ha realitzat mitjançant els fulls que emplen els usuaris de la docimoteca cada vegada que fan una sol·licitud de préstec de material, una sol·licitud de material fungible per a pràctiques docents o una sol·licitud d'usos de perfil i informes en línia.⁵ Les dades s'han recollit cada mes i s'han vesat al programa Excel.

El període de recollida de les consultes realitzades abasta des de novembre del 2013 fins a juny de 2014 (coincidint en el període de beca).

A més, des de la docimoteca es va portar a terme el projecte de «Recerca de materials d'avaluació psicològica i psicoeducativa no comercialitzats». Mitjançant correu electrònic es va sol·licitar al professorat dels departaments d'educació, psicologia bàsica i psicologia evolutiva que feren arribar a la docimoteca, en format paper o electrònicament, qualsevol tipus d'instrument o qüestionari que hagueren construït però amb la condició que no estigueren comercialitzats.

Resultats

En aquest apartat presentarem: el nombre de préstecs realitzat, el nombre de consultes, el nombre de material fungible sol·licitat, el nombre d'usos de perfils en línia sol·licitat i els nous materials no comercialitzats que s'han incorporat.

A continuació, es presenta la taula 1 on es recull el nombre de préstecs realitzat atenen al mes i el tipus d'usuari de la docimoteca.

5. Els formularis de sol·licitud de préstec de material, sol·licitud de material fungible i sol·licitud d'usos de perfil i informes es poden consultar en la web de la docimoteca: <http://ujiapps.uji.es/serveis/cd/bib/serveis/docimoteca/>.

Taula 1
 Nombre de préstecs segons el tipus d'usuari i mes

Mes	Préstec personal extern	Préstec professorat	Préstec alumnat màster	Préstec alumnat	Total
set-13	21	6	3	6	36
oct-13	46	22	25	16	109
nov-13	59	28	0	13	100
des-13	20	9	4	69	102
gen-14	67	32	6	16	121
feb-14	101	39	20	6	166
març-14	76	33	10	9	128
abr-14	68	54	7	17	146
maig-14	85	27	2	87	201
juny-14	62	31	1	23	117
Total	605	281	78	262	1.226

Des de setembre de 2013 fins a juny de 2014, s'han realitzat un total 1.226 préstecs en la docimoteca de la Universitat Jaume I. Concretament s'han realitzat 605 préstecs a personal extern, 281 préstecs a professorat de l'àrea de psicologia i de l'educació de l'UJI, 78 préstecs a alumnes de màster i 262 préstecs a alumnes de grau o llicenciatura de les titulacions de magisteri, psicopedagogia i psicologia.

Durant el mes de setembre es van prestar un total de 36 materials. Concretament, es van fer 21 préstecs al personal extern, 6 préstecs al professorat, 3 préstecs a alumnes de màster i 6 préstecs a alumnes de grau o llicenciatura.

En octubre es van prestar un total de 109 materials dels quals 46 préstecs eren a personal extern, 22 préstecs al professorat, 25 préstecs a alumnes de màster i 16 préstecs a alumnes de grau o llicenciatura.

En novembre es van prestar un total de 100 materials: 59 a personal extern, 28 a professorat i 13 a alumnat de grau o llicenciatura.

Durant el mes de desembre es van prestar un total de 102 materials, 20 dels quals eren a personal extern, 9 préstecs al professorat, 4 préstecs a alumnat de màster i 69 préstecs a alumnat de grau o llicenciatura.

Al mes següent, gener, es van prestar 121 materials (67 a personal extern, 32 al professorat, 6 a alumnat de màster i 16 a alumnat de grau o llicenciatura).

Durant el mes de febrer es van prestar un total de 166 materials. Concretament, es van fer 101 préstecs al personal extern, 39 préstecs al professorat, 20 préstecs a alumnes de màster i 6 préstecs a alumnes de grau o llicenciatura.

En març es van prestar un total de 128 materials (76 préstecs al personal extern, 33 préstecs al professorat, 10 préstecs a alumnes de màster i 9 préstecs a alumnes de grau o llicenciatura).

Al mes d'abril es van prestar 146 materials, 68 dels quals eren a personal extern, 54 préstecs al professorat, 7 préstecs a alumnes de màster i 17 préstecs a alumnes de grau o llicenciatura.

Al maig es van prestar un total de 201 materials. Concretament, es van fer 85 préstecs al personal extern, 27 préstecs al professorat, 2 préstecs a alumnes de màster i 87 préstecs a alumnes de grau o llicenciatura.

Per acabar, durant el mes de juny es van prestar un total de 117 materials (62 préstecs al personal extern, 31 préstecs al professorat, 1 préstec a un alumne de màster i 23 préstecs a alumnes de grau o llicenciatura).

En la figura 1, que es presenta a continuació, es pot veure de manera gràfica les dades anteriorment descrites.

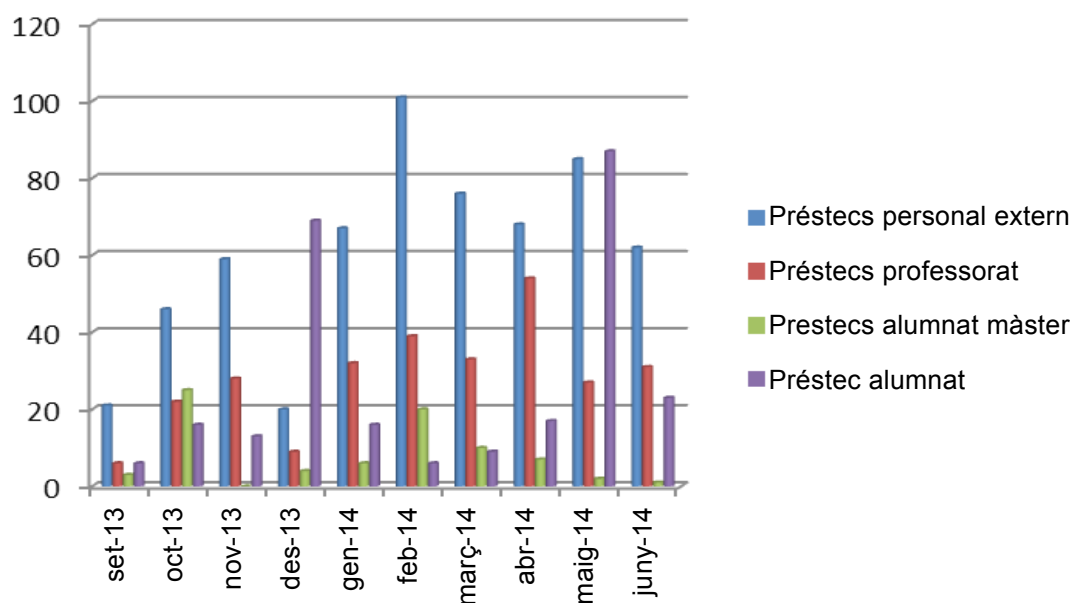


Figura 1. Nombre de préstecs segons el tipus d'usuari i mes

Seguidament es presenta la taula 2, on es recull el nombre de consultes realitzades atenen al mes i el tipus d'usuari de la docimoteca.

Taula 2
Nombre de consultes segons el tipus d'usuari i mes

Mes	Consultes personal extern	Consultes professorat	Consultes alumnat màster	Consultes alumnat	Total
nov-13	1	0	0	9	10
des-13	4	1	2	10	17
gen-14	45	11	1	26	83
feb-14	53	7	33	32	125
març-14	21	0	6	17	44
abr-14	3	0	6	14	23

Mes	Consultes personal extern	Consultes professorat	Consultes alumnat màster	Consultes alumnat	Total
<i>maig-14</i>	23	5	0	127	155
<i>juny-14</i>	24	0	1	34	59
Total	174	24	49	269	516

Tal com es pot observar a la taula 2, s'han realitzat un total de 516 consultes, des de novembre de 2013 fins a juny de 2014.⁶ Concretament s'han realitzat 174 consultes per part del personal extern, 24 per part del professorat de l'àrea de psicologia i de l'educació de l'UJI, 49 per part dels alumnes de màster i 269 per part dels alumnes de grau o llicenciatura de les titulacions de magisteri, psicopedagogia i psicologia.

Al novembre es van fer 10 consultes: només 1 consulta per part del personal extern i 9 consultes per part del l'alumnat de grau o llicenciatura.

Durant el mes de desembre es van fer un total de 17 consultes. Concretament, 4 van ser de personal extern, 1 per part d'un professor, 2 per part dels alumnes de màster i 10 per part dels alumnes de grau o llicenciatura.

Durant el mes de gener es van fer un total de 83 consultes, la major part de les quals (45) van ser realitzades per part del personal extern, 11 per part del professorat, 1 per part d'un alumne de màster i 26 per part dels alumnes de grau o llicenciatura.

Durant el mes de febrer va haver-hi 125 consultes de les quals 53 les va fer el personal extern, 7 el professorat, 33 l'alumnat de màster i 32 els alumnes de grau o llicenciatura.

Al març es van fer un total de 44 consultes. Concretament, es van fer 21 consultes per part del personal extern, 6 per part dels alumnes de màster i 17 per part dels alumnes de grau o llicenciatura.

Al mes d'abril el total de consultes va ser de 23. Només 3 van ser per part del personal extern, 6 per part dels alumnes de màster i 14 per part dels alumnes de grau o llicenciatura.

Durant el mes de maig es van fer un total de 155 consultes. Concretament, es van fer 23 consultes per part del personal extern, 5 per part del professorat i 127 per part dels alumnes de grau o llicenciatura.

Finalment, al mes de juny es van fer un total de 59 consultes, de les quals 24 van ser de personal extern, 1 per part d'un alumne de màster i 34 de l'alumnat de grau o llicenciatura.

A continuació es presenta la figura 2 en la qual s'observen de manera gràfica les dades anteriorment descrites.

6. Les consultes fan referència als mesos de novembre del 2013 a juny del 2014, ja que com s'ha esmentat abans és el període en el qual la becaria va estar en la docimoteca.

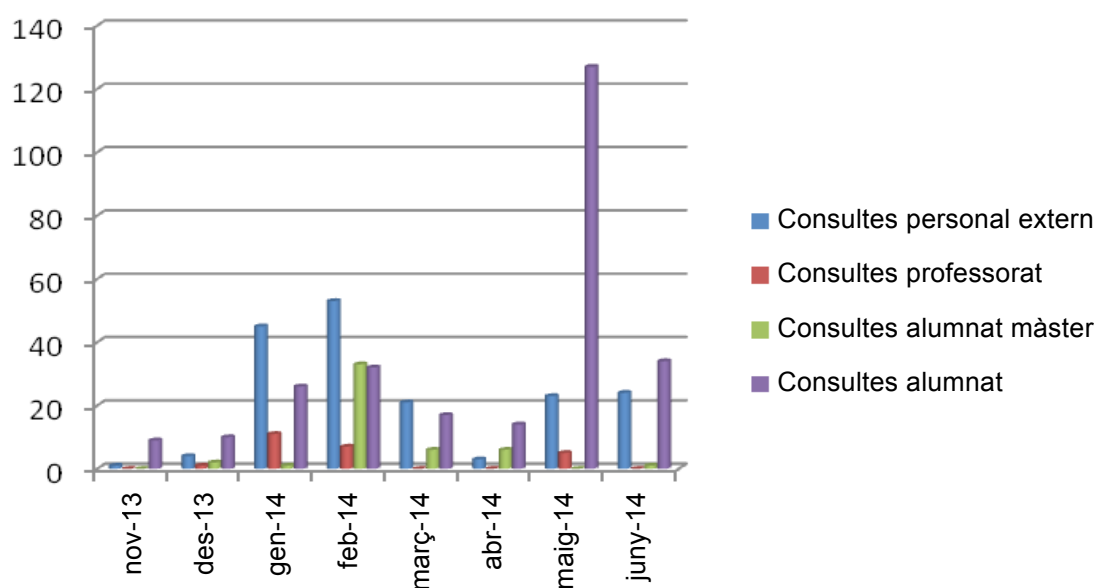


Figura 2. Nombre de consultes segons el tipus d'usuari i mes

Tot seguit s'aborda, en la taula 3, la distribució del nombre de material fungible sol·licitat en els diferents mesos. Durant el període estudiat s'han realitzat un total de 1.128 sol·licituds de materials fungibles.

Taula 3
Nombre de material fungible sol·licitat segons el mes

Mes	Material fungible
set-13	6
oct-13	400
nov-13	38
des-13	39
gen-14	59
feb-14	223
març-14	24
abr-14	226
maig-14	65
juny-14	48
Total	1.128

Com podem veure en la taula 3, al mes de setembre es van sol·licitar un total de 6 materials fungibles; a l'octubre, 400; al novembre, 38; al desembre, 39; al gener, 59; al febrer, 223; al març, 24; a l'abril, 226; al maig, 65; i al juny, 48.

En la figura 3, que es presenta a continuació, es poden veure de manera gràfica les dades anteriorment descrites.

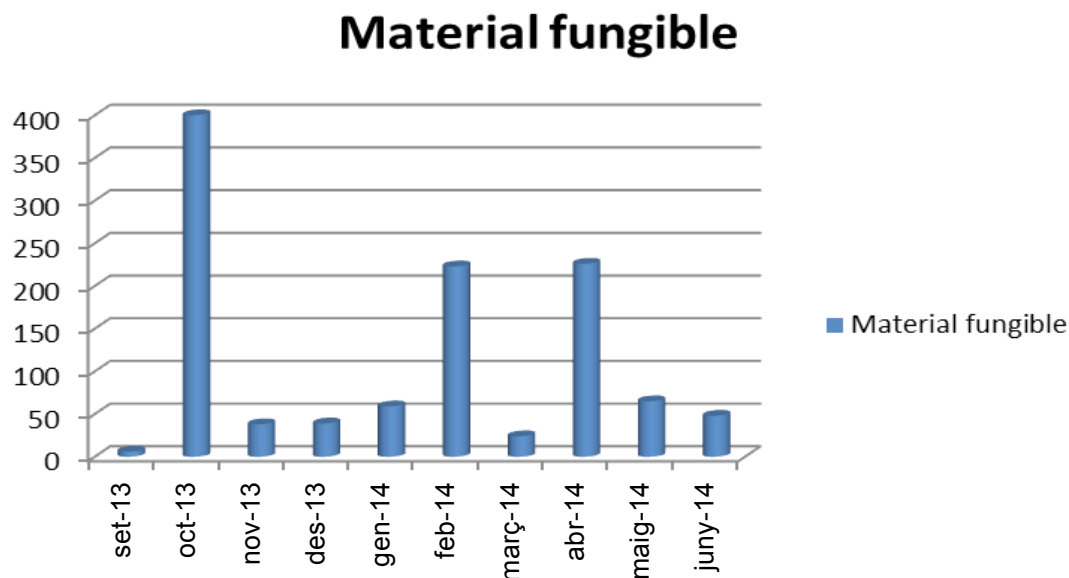


Figura 3. Nombre de material fungible sol·licitat segons el mes

Com es pots observar en la taula 4, s'han emprat un total de 153 usos de perfils i informes en línia.

Taula 4
Nombre d'usos de perfils en línia sol·licitat segons el mes

Mes	Usos perfils
set-13	0
oct-13	0
nov-13	7
des-13	42
gen-14	12
feb-14	10
març-14	18
abr-14	15
maig-14	14
juny-14	35
Total	153

Tal com podem veure en la taula 4, al mes de novembre es van utilitzar un total de 7 usos de perfils; al desembre, 42; al gener, 12; al febrer, 10; al març, 18; a l'abril, 15; al maig, 14; i al juny, 35.

En la figura 4, que es presenta a continuació, es poden veure de manera gràfica les dades anteriorment descrites.

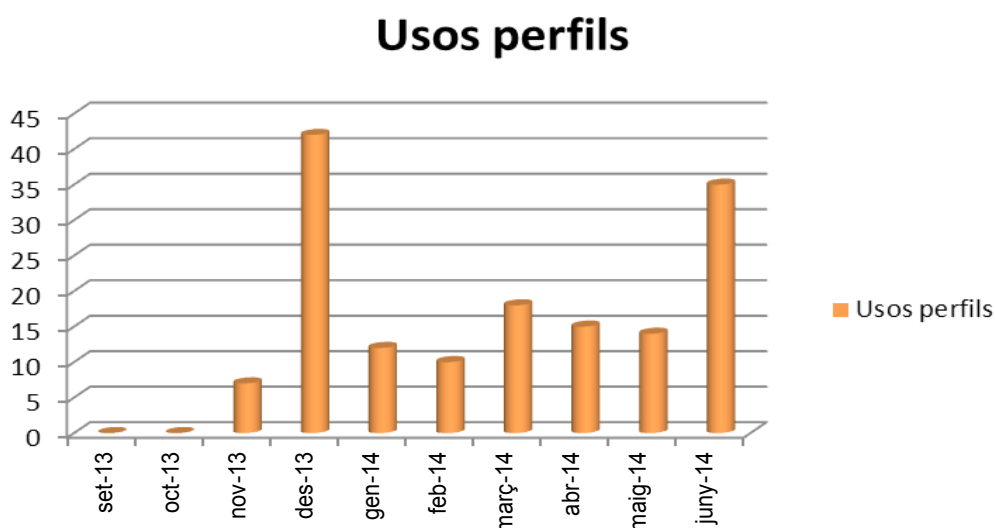


Figura 4. Nombre d'usos de perfils en línia sol·licitat segons el mes

Per acabar amb aquest apartat, val a dir que s'hi han incorporat 17 materials d'avaluació psicològica i psicopedagògica no comercialitzats proporcionats per part del professorat i investigadors dels departaments de psicologia i d'educació de la Universitat Jaume I. Els materials han estat els següents:

- Ballester, R. y cols. (2010). *Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo*.
- Ballester, R. y cols. (2013). *Sexual Compulsivity Scale: Adaptation and Validation in the Spanish Population*.
- Booth, T. y Ainscow, M. (2002). *Índex per a la inclusió. Guia per a l'avaluació i la millora de l'educació inclusiva*.
- Camacho, L. y cols. (2013). *Spanish adaptation of the Expectancy Questionnaire (EQ) about alcohol effects in adolescents*.
- Doménech, A. y Moliner, O. (2011). *Cuestionario-escala para familias sobre educación inclusiva (CEFEI)*.
- Doménech, F. (2003). *Creencias psicopedagógicas del profesorado sobre el proceso de enseñanza/aprendizaje. Primaria, secundaria y bachillerato*.
- Doménech, F. (2003). *Elementos mediadores entre pensamiento y acción docente. Primaria, secundaria y bachillerato*.
- Doménech, F. (2003). *Registro del estilo docente del profesor. Primaria, secundaria y bachillerato*.
- Mezquita, L. y cols. (2011). *Drinking motives in clinical and general populations (DMQ-R)*.

- Moliner, O. y García R. (1994). *Cuestionario-Escala sobre conocimientos y actitudes de los estudiantes hacia el sida y su prevención.*
- Sales, A. y García R. (1995). *Cuestionario sobre educación intercultural y actitudes hacia la diversidad cultural para profesores de educación primaria y secundaria.*
- Sales, A. (1997). *Cuestionario-Escala de actitudes interculturales para alumnos de 10 a 12 años.*
- Sales, A. (1997). *Cuestionario-Escala de actitudes interculturales para alumnos de 12 a 16 años.*
- Sales, A. y cols. (2001). *Encuesta de opinión para estudiantes de magisterio sobre atención a la diversidad.*
- Sales, A. y cols. (2004). *Cuestionario profesores. Estudio sobre las actitudes hacia los alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad.*
- Sales, A. y cols. (2004). *Cuestionario familias. Estudio sobre las actitudes hacia los alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad.*
- Traver, J. A. y cols. (2012). *Preparing the Future of Schooling. Attitudes of Teacher Education Students Towards Educational Innovation.*

Discussió i conclusions

Els resultats revelen que els principals usuaris d'aquest servei que ofereix la biblioteca de la Universitat Jaume I són el personal extern, és a dir, professionals de l'àrea de psicologia i de l'educació. El préstec de materials al professorat de l'UJI es més o menys constant al llarg del any, i és al setembre quan menys préstecs es realitzen i a l'abril quan més. Respecte dels préstecs realitzats als alumnes de grau o llicenciatura, cal remarcar que el màxim nombre de material prestat coincideix en els mesos de desembre i maig quan aquests realitzen els treballs finals de diferents assignatures, coincidint amb l'acabament del semestre.

Pel que fa a les consultes, els alumnes de grau o llicenciatura són els que més nombre de consultes han fet. Cal recordar que molts alumnes no autoritzats no poden retirar el material i per tant molts opten per treballar a la sala de la docimoteca.

Quant a les sol·licituds de material fungible, és necessari remarcar que el mes d'octubre és amb diferència el mes que s'han fet més sol·licituds seguits d'abril i febrer. El mes que menys sol·licituds de material fungible s'han realitzat ha sigut el mes de setembre. Açò es deu al fet que alguns professors retiren material fungible per a les pràctiques d'aula d'algunes assignatures de psicologia o psicopedagogia.

Referent als usos de perfil, cal dir que els mesos de desembre i juny són els mesos que més correccions en línia s'han realitzat.

S'hi han incorporat 17 materials nous, que es poden trobar al catàleg de la biblioteca i estan disponibles per a ser prestats als usuaris autoritzats que ho sol·liciten. Des d'aquestes línies volem agrair al professorat que ens ha fet arribar qüestionaris i escales no comercialitzades, la seua participació en el projecte d'actualització de materials.

Tot i que els objectius d'aquest estudi s'han complert, aquest podria tindre diverses vies de continuació. Una via de continuació aniria en la línia de fer un seguiment del nom o temàtica dels diferents materials o proves prestats, així com del nom o temàtica dels materials consultats en la sala, del nom o temàtica dels materials fungibles sol·licitats de cada prova i del nom o temàtica dels usos de perfil o informes en línia utilitzats de cada prova. Açò ens permetria saber quins materials o proves són els més emprats per cada tipus d'usuaris del servei.

Referències bibliogràfiques

- Biblioteca-Centre de Documentació: La docimoteca. Recuperat l'1 de juliol de 2014, de: <http://ujiapps.uji.es/serveis/cd/bib/serveis/docimoteca/>.
- Consejo Central de Colegios Oficiales de Psicólogos. Código Deontológico del Psicólogo. Recuperat el 14 d'octubre de 2014, de: <http://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>.
- Olaran, M. (2010). Implantación de un Nuevo Servicio: Docimoteca Especializada en Educación. En: Congreso Nacional de la Associação Portuguesa de Bibliotecários, Archivistas e Documentalistas (10º. 2010. Guimaraes).
- Olaran, M. (2011). ¿Dónde encontrar los instrumentos de evaluación? En la docimoteca universitaria. *Mi biblioteca*, 26, 64-66.
- Reglament del servei de la biblioteca de la Universitat Jaume I. Recuperat el 9 d'octubre, 2013, de: <http://www.uji.es/bin/uji/norm/reglaments/biblio.pdf>.

Efecto de la inteligencia emocional y las tecnologías de la información y la comunicación en la satisfacción sentimental

MARTÍN SÁNCHEZ GÓMEZ
al225771@uji.es

EDGAR BRESÓ ESTEVE
breso@uji.es

Resumen

Introducción: Después de indagar en la forma en que las relaciones sentimentales han cambiado durante las últimas décadas y ver la gran cantidad de rupturas que se producen a diario, surgió en nosotros un gran interés por conocer que factores influyen para fortalecer las relaciones y mejorar la satisfacción en la pareja. Decidimos establecer como variables independientes el uso de TIC (tecnologías de la información y la comunicación) y la Inteligencia Emocional. Nuestro objetivo era conocer si estas dos variables afectaban sobre la variable dependiente (satisfacción con la pareja). **Método:** Se administró una serie de cuestionarios a una muestra de 191 personas, todas ellas casadas o con pareja, a fin de conocer su puntuación en las variables implicadas en la investigación. La inteligencia emocional se evaluó mediante el TMMS-24, el uso problemático de nuevas tecnologías mediante el UPNT, mientras que la satisfacción con la pareja fue medida con el CSI-16. **Resultados:** Los resultados muestran que las personas con mayor IE indicaron estar significativamente más satisfechos con su relación sentimental, mientras que aquellos con baja IE mostraban puntuaciones de menor satisfacción en la relación. En cuanto al uso de las TIC, el uso no abusivo del teléfono móvil y el de las redes sociales correlacionó con mayor satisfacción sentimental, mientras que el uso de videojuegos y visionado de televisión, tanto en plataformas virtuales como de forma tradicional, no afectaba significativamente con la satisfacción. **Conclusiones:** Apoyando nuestras hipótesis, las personas con alta IE tienen consistentemente puntajes más altos en satisfacción con su pareja, al igual que aquellos que no hacen un uso abusivo de las TIC.

Palabras clave: satisfacción sentimental, nuevas tecnologías, inteligencia emocional, relación sentimental.

Abstract

Introduction: After investigating how romantic relationships have changed in recent decades and seeing the many ruptures that occur daily, arose in us a great interest in knowing what factors influence strengthening relationships and improving their satisfaction, while reducing the number of breaks. We decided to set up as independent varia-

bles the use of new technologies and emotional intelligence. Our goal was to determine whether these two variables affect directly dependent on the variable (satisfaction with the couple). **Method:** We administered a series of questionnaires to a sample of 191 people, all married or with a partner, in order to know their score in the variables involved in the investigation. Emotional intelligence was evaluated by TMMS-24, the problematic use of new technologies by UPNT, while satisfaction with the couple was measured with the CSI-16. **Results:** The results show that people with higher EI indicated that they are significantly more satisfied with their relationship, while those with low EI scores showed less satisfaction in the relationship. Regarding the use of new technologies, no abusive use of mobile phone and social networks correlated with greater romantic satisfaction, while the use of video games and television did not significantly affect satisfaction. **Conclusions:** Supporting our hypothesis, people with high EI consistently have higher scores on satisfaction with their partner, as well as those who do not overuse new technologies.

Keywords: sentimental satisfaction, new technologies, emotional intelligence, sentimental relationship.

Introducción

En los últimos años, especialmente a finales del siglo XX, los matrimonios y las parejas sentimentales parecen haber sufrido grandes cambios, moviéndose hacia relaciones más igualitarias pero con menor estabilidad, menor duración y mayor número de rupturas (García y De Oliveira, 2007), quizás por ello los estudios asociados al ajuste y satisfacción de las parejas se han incrementado. Es un hecho que las relaciones de pareja se han tensionado en el último tiempo, parejas post-modernas se encuentran en condiciones diferentes a las de generaciones anteriores; nuestra sociedad avanza a un ritmo frenético y tanto estar, como no estar, en consonancia con ella parece ser algo realmente peligroso. En España, desde el 2008 en que empiezan a darse signos de una evidente crisis económica, se ha reducido el número de matrimonios. Así, por ejemplo, si en 1990, el número de nuevos matrimonios era de 220.533, en 2012, se había reducido hasta los 168.556 (INE), estos son datos realmente indicativos acerca de la situación a la que nos enfrentamos.

Las rupturas son algo que se trata de evitar en la medida de lo posible, es evidente que las personas buscan formar pareja cuando no la tienen y tratan de mantenerla cuando sí, el 85 % de quienes se separan vuelven a tener pareja estable a los tres años post-divorcio (Gottman, 1999). Es evidente que mayoría de parejas inmersas en una situación complicada, cercana a la ruptura, tratan de buscar y usar técnicas y maneras de actuar a fin de mantenerse unidos. Stafford y Canary (1991) definieron las conductas para el mantenimiento de una relación como aquellos esfuerzos realizados con el objetivo de mantener la naturaleza de la relación y contentar a las dos partes de la misma. La gran mayoría de estas habilidades implicadas en la resolución de conflictos están en estrecha relación con la gestión de las emociones y el afecto. Siguiendo el modelo propuesto por Russell (1980), el afecto de una persona está determinado por las 8 dimensiones afectivas básicas y su interacción, ellas son: placer, emoción, activación, angustia, desagrado, depresión, somnolencia y relajación. Todo ello podría formar parte de un constructo mayor llamado Inteligencia Emocional (IE), el cual engloba de forma precisa las habilidades eficaces para el mantenimiento de una relación.

Mayer y Salovey (1990), describieron la IE como la capacidad de ser perceptivo de las propias emociones y las de otros, la capacidad para gestionar y regular las emociones, para poder expresar con eficacia unos las emociones y, por último, la capacidad de utilizar la información emocional almacenada para hacer frente a diversas situaciones. Tomando como punto de partida esta definición, ampliamente aceptada en el mundo de la Psicología, suponemos que la Inteligencia emocional tendrá un efecto significativo en el mantenimiento de las relaciones de pareja.

Un estudio realizado por Peter Salovey y Daisy Grewal (2005), en la universidad de Yale (EEUU), rompe una lanza en favor de la IE y muestra cómo predice el éxito en diferentes ámbitos, entre ellos el de las relaciones, tanto personales como de trabajo. En este estudio se recoge el trabajo de Lopes y cols. (2003), los cuales administraron el MSCEIT (Salovey y Mayer-Caruso Emotional Intelligence Test) a una muestra de estudiantes universitarios, junto con cuestionarios que evaluaron la satisfacción de la percepción subjetiva de las relaciones sociales. Los participantes que puntuaron más alto en IE eran más propensos a reportar tener relaciones positivas con los demás y menos interacciones negativas con sus amigos cercanos.

El estudio también realizado en la Universidad de Yale por Brackett y colaboradores (2005) evaluó la relación entre la IE y la auto-evaluación de la calidad de una relación; los resultados extraídos de una muestra de 86 parejas heterosexuales arrojaron que las parejas en que sus dos miembros tienen una baja IE muestran bajas puntuaciones en apoyo, profundidad y calidad de relación, mientras que obtienen las puntuaciones más altas en conflicto y calidad de relación baja, además, estas parejas reportaron el mayor descontento con su relación, en comparación con las calificaciones de la felicidad de los otros dos grupos. Por su parte, las parejas con ambos miembros con alta IE no mostraban de forma consistente mayores puntuaciones en los apartados positivos como cabía esperar aunque si se mostraban más satisfechas. Por tanto, se extrae de este estudio que la IE ejerce especial influencia cuando no se dispone de ella.

La investigación de Bricker (2005) acerca de la relación entre Inteligencia Emocional y satisfacción de pareja arroja datos remarcables. Se encontró que el nivel del varón tiene un efecto significativo en la afectividad de las parejas y en la resolución de problemas de comunicación. La IE de la mujer se encuentra relacionada a la disminución de los niveles de agresión masculina, a una mayor capacidad para hacer frente a la historia familiar y al papel orientador. Se encontró que en la mayoría de los casos, el nivel de EI del varón fue el mayor responsable de la satisfacción matrimonial de la pareja. Estos mismos resultados indican también que cuanto mayor es la distancia en la IE entre los integrantes de la pareja, mayor será su nivel de insatisfacción marital.

Desde que el concepto Inteligencia Emocional se hizo popular, sus defensores han afirmado que las habilidades emocionales son importantes gran parte de los ámbitos de la vida, desde el profesional al personal. Desde nuestra óptica nos interesa especialmente conocer cómo estas habilidades funcionan dentro de la interacción interpersonal, especialmente en parejas, aportando además la visión de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y su influencia en estas complejas relaciones.

La presencia cada vez mayor de las nuevas tecnologías y la comunicación virtual en nuestras vidas, hace que ordenadores personales, tablets y teléfonos móviles inteligentes estén causando cambios en nuestros hábitos diarios y el comportamiento de quienes nos rodean. Una de las personas con la que más tiempo pasamos es la pareja, de modo que si nuestras relaciones con los demás se ven alteradas, por ende, el vínculo con la pareja se verá modificado. Por otro lado, la adicción a Internet se ha identificado como un comportamiento patológico, pero sus síntomas se pueden encontrar en población normal.

La investigación muestra que la comunicación virtual tiene efectos positivos y negativos en la intimidad social y en consecuencia sobre la relación interpersonal (Lin, 2012). Esta investigación sugiere que la gente debe encontrar una manera correcta de usar la tecnología de mensajería instantánea para evitar malentendidos en las relaciones con los demás.

El estudio llevado a cabo por King (2013) presenta el caso de una persona con fobia social con dependencia de la comunicación a través de entornos virtuales, solo capaz de relacionarse con el mundo exterior a través de aparatos tecnológicos que, de esta forma reduce el estrés que le producen las relaciones sociales directas. Este es un claro ejemplo de como el uso inadecuado de las nuevas tecnologías puede cambiar nuestros hábitos diarios hasta el punto de convertirlos en patológicos.

En la investigación realizada por Daneback Sevcikova, Månsson y Ross (2013) se extrae que el uso de internet puede ser útil a la hora de satisfacer propósitos sexuales. De una muestra de 1614 personas, las cuales declararon utilizar Internet para satisfacer sus deseos sexuales mediante cibersexo o visionado de pornografía, se obtuvo que la mayoría de ellos (80 %) había satisfecho plenamente sus deseos a través de actividades sexuales online, mientras que el 20 % restante había resultado satisfecho aunque no plenamente. Los hallazgos sugieren que Internet puede contribuir a satisfacer de forma plena los deseos sexuales de un gran número de población, aunque caer en un uso excesivo puede dar lugar a conductas compulsivas en relación a la práctica sexual que acaben afectando a la relación de pareja.

Resulta inevitable, al hablar de TIC, citar las redes sociales. Tanto Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn como muchas otras están cambiando nuestra forma de ver el mundo y actuar en él. Mención aparte merece WhatsApp. Conocer a alguien en los 80 significaba pedirle su teléfono. En los 90 ya se podía dar el móvil e incluso el correo electrónico. En la era 2000 se empieza a conocer gente por Messenger y otros canales de Internet. Desde 2010, si no tienes WhatsApp, casi estás fuera del mundo. La aplicación móvil tiene muchas bondades pero también peligros, y es capaz de esclavizarnos días enteros mirando a la pantalla para invocar mentalmente que aparezca el globo de aviso, nos puede hacer sentir ignorados e incluso provocar celos en situaciones antes impensables. En cuanto a este uso prolongado del teléfono móvil, estudios como el de Billieux (2014) proponen como adecuado catalogarlo como un uso abusivo, y no como adicción. En esta investigación seguimos esta línea y preferimos abordar el uso de las tecnologías como abusivo o no abusivo, dejando de lado la acepción adicción.

Estudios como el llevado a cabo por Martínez-Pecino y Durán-Segura (2015) ponen de manifiesto la importancia del teléfono móvil en conductas como el ciberacoso dentro de una relación de noviazgo. Este estudio analiza el ciberacoso mediante el teléfono móvil en las relaciones sentimentales; el análisis de resultados indica que un 57,2 % de las 332 personas evaluadas había sido victimizada por su pareja sentimental mediante el teléfono móvil, siendo el porcentaje de chicos que lo ejerció superior al de las chicas. Los resultados sugieren una modernización en los tipos de violencia que se experimentan en las relaciones de pareja. Esta no es más que otra muestra inequívoca de que las TIC pueden cambiar nuestra forma de relacionarnos con las personas que nos rodean, lo cual puede afectar tanto positiva como negativamente, todo depende del uso, o abuso, que hagamos de ellas.

Una vez revisada la bibliografía sobre ésta temática nos planteamos resolver las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis 1:* Las personas con mayor inteligencia emocional presentarán una mayor satisfacción con su pareja.
- *Hipótesis 2:* El abuso de las tecnologías de la información y la comunicación influirá negativamente en la satisfacción con la relación sentimental.

Método

Participantes

La recogida de datos original nos dejó una muestra de 328 sujetos, pero tras eliminar del estudio todas aquellas personas que no se encontraban manteniendo una relación sentimental o lo estaban haciendo pero la duración no superaba los 3 meses, obtuvimos una muestra final de 191 pacientes, todos ellos casados (19 %) o con pareja (81 %). La edad media de los participantes fue de 29 años (d. t. = 10,5), mientras que el tiempo medio de permanencia en pareja fue de 7 años (d. t. = 3,7). El 63 % de la muestra estuvo completada por mujeres y el 93 % de las relaciones eran heterosexuales. El 78 % de los participantes declaró no tener hijos; el 51 % se clasificó como ateo o agnóstico, y el 71 % está cursando o ha cursado estudios universitarios o de máster. El resto de datos socio-demográficos están detallados en la tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Porcentaje (%)
Sexo	
- Mujer	69,1
- Hombre	30,9
Estado sentimental	
- Con pareja	81,2
- Casado/a	18,8
Orientación sexual	
- Heterosexual	93,2
- Homosexual	6,8
Número de hijos	
- 0	78
- 1	10,5
- 2	9,5
- 3	2
Nivel de estudios	
- Primarios	2,1
- Graduado escolar	12
- FP Media	4,2
- FP superior	11
- Grado/licenciatura	53,4
- Doctorado o máster	17,2
Religión	
- Ateo o agnóstico	51,3
- Católico no practicante	36,7
- Practicante en otras religiones	6,8
- Católico practicante	5,2

Variable	Porcentaje (%)
Situación laboral actual	
- Estudiante	52,9
- En activo	37,2
- Desempleo	6,9
- Incapacidad	1,5
- Jubilado/a	1,5
Nivel socio-económico	
- Bajo	3,7
- Medio-bajo	30,4
- Medio	56,5
- Medio-alto	9,4

Instrumentos

Inteligencia emocional. Para evaluar la inteligencia emocional se utilizó el TMMS-24 en su adaptación española (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004), versión resumida del *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) publicado por Salovey y Mayer en 1990. La escala evalúa mediante autoinforme el meta-conocimiento de los estados emocionales mediante 24 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas. Contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: atención emocional ($\alpha = 0,75$), comprensión de sentimientos ($\alpha = 0,93$) y reparación emocional ($\alpha = 0,80$).

Satisfacción con la pareja. Se utilizó el (CSI-16) Couples Satisfaction Index (Funk y Rogge, 2007) en su versión abreviada a 16 ítems. Esta escala ha demostrado tener una fuerte validez convergente con otras medidas de satisfacción marital además de una buena validez de constructo con otras escalas de satisfacción. El alfa de Cronbach obtenido en nuestro estudio fue de 0,90.

Uso de TIC. Para evaluar el uso abusivo de las TIC empleamos el (UPNT) Cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (Labrador, Villadangos, Crespo y Becoña, 2013), el cual consta de 41 ítems, los dos primeros sobre frecuencia y problemas en el uso de las diferentes NT, más 10 ítems referidos al uso de redes sociales, videojuegos y móvil, y 9 al uso de TV, el cual incluye el visionado de contenido audiovisual mediante plataformas online.

Procedimiento

Obtuvimos una muestra heterogénea desde diferentes frentes, ya que el cuestionario fue administrado de forma transversal en diversas modalidades: en papel a diferentes clases de la Universitat Jaume I y el IES Miralcamp de Vila-real, y vía online a través de diferentes redes sociales como Facebook y Twitter. Cabe señalar que todos los participantes aceptaron colaborar en el estudio voluntariamente y sin ninguna remuneración o recompensa a cambio de ello.

Análisis de datos

Una vez obtenidas las respuestas se procedió a almacenar los datos brutos en la base de datos y posteriormente a su análisis mediante el programa estadístico SPSS (versión 21.0).

Efectuamos 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. El nivel de significación estadística fue del 5 % en todos los casos ($p < 0,05$).

Resultados

Los resultados se dividen en dos grandes bloques, abarcando así las dos hipótesis planteadas. En primer lugar tratamos de conocer si la inteligencia emocional influía en la satisfacción con la pareja sentimental, para ello llevamos a cabo pruebas en las que conocer si existía correlación entre la variable independiente (inteligencia emocional) y la dependiente (satisfacción con la pareja). Utilizamos la prueba Pearson para ver si existía correlación entre las puntuaciones obtenidas en la prueba TMMS-24 (inteligencia emocional) y la prueba CSI-16 (satisfacción con la pareja). Tras realizar la prueba obtuvimos una correlación significativa de 0.35 entre las dos variables. Además de ello, también extraímos la correlación entre las subescalas del cuestionario TMMS y la satisfacción con la pareja, todo ello queda detallado en la tabla 2.

Tabla 2
Correlaciones de las variables del estudio

Variable	1	2	3	4	5
1. IE	0,92				
2. TMMS atención	0,86*	0,75			
3. TMMS comprensión	0,84*	0,53*	0,93		
4. TMMS reparación	0,86*	0,72*	0,52*	0,80	
5. Satisfacción pareja	0,35*	0,19*	0,42*	0,19*	0,90

Nota. α Cronbach en la diagonal. * $p < 0,05$

En segundo lugar pretendíamos establecer si existía una relación estadísticamente significativa entre el uso de las TIC y la satisfacción con la relación sentimental. Para ello subdividimos la variable Uso de TIC en cuatro subcategorías: móvil, redes sociales, televisión/plataformas online y videojuegos. Realizamos un ANOVA de un factor para comparar las medias en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CSI sobre satisfacción con la pareja, para ello dividimos a los participantes en dos grupos, uso abusivo y no abusivo, todo ello en función del uso que hacían de las TIC. Los resultados en la diferencia de medias resultaron significativos en la subdivisión móvil ($p=0,05$) y redes sociales ($p=0,05$), mientras que la diferencia de medias en televisión ($p=0,23$) y videojuegos ($p=0,81$) no resultó significativa (ver Tabla 3).

Tabla 3
ANOVA de un factor. Descriptivos

	Uso no abusivo	Uso abusivo	F	Sig.
Móvil	73,28	62,84	3,23	0,05
Redes sociales	69,86	62,68	3,02	0,05
Televisión	60,53	63,72	1,44	0,23
Videojuegos	63,29	62,90	0,31	0,81

Discusión y conclusiones

Este estudio pretende dar solidez a la literatura científica previa acerca de la influencia de la Inteligencia emocional en la satisfacción con la pareja, además de ello se introduce la variable uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), hasta la fecha poco estudiada en relación a la satisfacción sentimental.

Nuestra primera hipótesis suponía que las personas con mayor inteligencia emocional presentarían una mayor satisfacción con su pareja; los resultados obtenidos confirman esta idea, ya que existe una correlación positiva significativa entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Inteligencia emocional y las puntuaciones halladas en el cuestionario sobre satisfacción con la pareja sentimental. La segunda hipótesis exponía que el abuso de las tecnologías de la información y la comunicación influiría negativamente en la satisfacción con la relación sentimental; de nuevo los datos vienen a confirmar esta idea aunque estos deben ser matizados. El uso de las TIC ejerce influencia en la satisfacción sentimental aunque solo en los casos en que el móvil y las redes sociales son usados de forma no abusiva, ya que en estos casos los niveles de satisfacción con la pareja resultan ser significativamente más altos que los de aquellos participantes que sí hacen un uso abusivo de móvil y redes sociales. Por el contrario, el uso abusivo de televisión y videojuegos no resulta en diferencias significativas con respecto al grupo que hace un uso no abusivo. Además de ello, las puntuaciones en aquellos participantes que hacen un uso abusivo de las cuatro subdivisiones de la variable TIC no muestran diferencias por lo que deducimos que no existe una tecnología concreta que reduzca la satisfacción pero sí observamos que el uso controlado de móvil y redes sociales reporta un aumento en la satisfacción sentimental. Creemos que estos resultados podrían explicarse, al menos en parte, por el hecho de que hacer un uso no abusivo del teléfono móvil y las redes sociales supone disponer de más tiempo libre para dedicar a actividades con la pareja, lo cual puede aumentar los niveles de satisfacción con ella.

Por otra parte, creemos que el no abuso de televisión y videojuegos no influye en la satisfacción porque estas son dos actividades que permiten realizarse de forma no excluyente, es decir, muchas parejas pueden ver la televisión o jugar a videojuegos de forma conjunta, lo cual no estaría restando horas a la pareja por lo que usar o no usar estas tecnologías dejaría una cantidad de tiempo similar para las actividades conjuntas. Por tanto, y a modo de resumen, los resultados de nuestro estudio arrojan que a mayor inteligencia emocional mayor satisfacción con la relación sentimental; y que el uso no abusivo del teléfono móvil y las redes sociales tiene un efecto positivo sobre la satisfacción con la pareja.

Estos resultados vienen a apoyar el anterior cuerpo científico sobre la inteligencia emocional y su influencia en las relaciones sociales, tanto sentimentales como de cualquier otra índole. Además también apoyan resultados previos en la misma línea acerca del uso no abusivo de las TIC, con la salvedad de que no existían estudios que relacionasen de forma con-

creta este uso/abuso con la satisfacción sentimental. En cuanto a las limitaciones del estudio debemos destacar la dificultad para diferenciar entre uso abusivo y no abusivo, ya que la literatura científica no ha ahondado en este aspecto y resulta complejo marcar una línea en la que el uso se convierte en abuso. La otra limitación ha sido la escasa literatura previa en relación con esta temática de estudio, es por ello que se requieren muchos más estudios para dar solidez a este conocimiento y así poder refutar los datos obtenidos hasta la fecha.

Referencias bibliográficas

- Billieux, J., Philippot, P., Schmid, C., Maurage, P., De Mol, J. y Van der Linden, M. (2014). Is Dysfunctional Use of the Mobile Phone a Behavioural Addiction? Confronting Symptom-Based Versus Process-Based Approaches. *Clinical psychology & psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1910.
- Brackett, M. A., Warner, R. M. y Bosco, J. S. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal relationships*, 12, 197-212.
- Bricker, D. (2005). *The link between marital satisfaction and emotional intelligence*. Tesis doctoral. Universidad de Johannesburgo.
- Brown, K., Ryan, R., y Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.
- Christian, H., Wang, W., Donatoni, L. y Meier, B. (2014). Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences*, 68, 107-111.
- Daneback, K., Sevcikova, A., Månsson, S. A. y Ross, M. W. (2013). Outcomes of using the internet for sexual purposes: fulfilment of sexual desires. *Sexual Health*, 10, 26-31.
- García, B. y De Oliveira, O. (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: El Colegio de México.
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 430-439.
- Gottman, J. (1999). *The Marriage Clinic. A scientifically based marital therapy*. W. W Norton & Company Ltd., Nueva York.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Silva, A. C. O., Baczynski, T., Carvalho, M. R. y Nardi, A. E. (2013). Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Computers in Human Behavior*, 29, 140-144.
- Lin, S. (2012). *Instant Messaging on Interpersonal Relationship: How It Brings Intimacy and Negative Feelings?* Tesis doctoral, Universidad de Hong Kong.
- Lopes, P. N., Salovey, P. y Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641-658.
- Martínez-Pecino, R. y Durán-Segura, M. (2015). Cyberbullying through Mobile Phone and the Internet in Dating Relationships among Youth People. *Comunicar*, 22, 159-167.
- Ouwens, M., Cebolla, A. y Vanstrien, T. (2012). Eating style, television viewing and snacking in pre-adolescent children. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 1072-1078.
- Rusell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Salovey, P. y Mayer, J. (1990). «Emotional intelligence». *Imagination, cognition and personality*, 9, 185-211.

- Salovey, P., y Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 281-285. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00381.x.
- Schachter, S. y Rodin, J. (1974). *Obese humans and rats*. Potomac, Md.: Erlbaum.
- Stafford, L. y Canary, D. J. (1991). Maintenance strategies and romantic relationship type, gender and relational characteristics. *Journal of Social and Personal relationships*, 8, 217-242.

Depresión en parados. El efecto de la resiliencia y el apoyo social

M^a PILAR SOSPEDRA SOSPEDRA
mapisospedra@yahoo.com

NASTRA ARES ARMERO
nastracs@gmail.com

M^a PILAR JARA JIMÉNEZ
jara@uji.es

Resumen

Introducción: La actualidad nos pone ante una situación de crisis en la que, durante los últimos años, se ha generado una gran cantidad de parados, concretamente 5.457.700 a finales de 2014. Entre los efectos de esta situación, a nivel psicológico, se encuentra el padecimiento de depresión (Libby y cols., 2010). Los estudios muestran que hay una relación positiva entre estar parado y tener depresión (Booker y Sacker, 2012). Así mismo, diversos estudios (Kroll, Lampert y Devitt, 2011), muestran que los desempleados tienen más problemas de salud que los empleados, y que el apoyo social facilita afrontar el desempleo. El objetivo del presente trabajo es conocer si existe diferencia en cuanto a la depresión que padecen los sujetos que se encuentran en paro y los que no lo están; asimismo nos interesa conocer el efecto que puede tener en ambas muestras el apoyo social percibido y la resiliencia. **Método:** Para dar respuesta al objetivo se recogió muestra de 98 sujetos que se encontraban trabajando y en paro y, de modo voluntario y anónimo, rellenaron los cuestionarios: BDI de Beck para depresión, DUKE UNK para apoyo social y la escala de resiliencia de Wagnild y Young. **Resultados:** Los resultados muestran altos niveles en depresión, especialmente entre la muestra de parados; no obstante, apuntan a que el efecto del apoyo social matiza y mejora los niveles de depresión entre los parados y que los parados con baja resiliencia son proclives a padecerla.

Palabras clave: parados-trabajadores, depresión, resiliencia, apoyo social, regresión.

Abstract

Introduction: Nowadays in a situation of crisis, during the last years, it has generated a lot of unemployed people, particularly 5.457.700 at the end of 2014. Among the effects of this situation, in the psychological field, it is found suffering from depression (Libby et al., 2010). Studies show that there is a positive relationship between being unemployed and being depressed (Booker & Sacker, 2012). In that way, several studies (Kroll, Lamperty and Devitt, 2011) show that the unemployed people have more

health problems than the employed ones, and that social support facilitates facing up to unemployment. The aim of this study is to determine whether there is difference in depression suffered by subjects who are unemployed and those who are not; also we want to know the effect it can have on both samples perceived social support and resilience. **Method:** To be able to give an answer to the main goal, 98 samples of subjects who were working or unemployed were gathered together and voluntarily and anonymously, completed questionnaires: BDI Beck Depression, DUKE UNK for social support and resilience's scale of Wagnild and Young. **Results:** The results show high levels of depression, especially among the sample of unemployed people; nevertheless, they suggest that the effect of social support clarifies and improves levels of depression among the unemployed and also shows that unemployed people with low resilience are prone to suffer from it.

Keywords: Unemployed-employed, depression, resilience, social support, regression.

Introducción

Actualmente nos encontramos ante una situación de crisis en la que, durante los últimos años, se ha generado una gran cantidad de parados. A finales de 2014 se habían superado los cinco millones; obviamente, este giro en la calidad de vida puede tener afectaciones a nivel psicológico, por lo que surge el interés en investigar si existe relación entre encontrarse desempleado y sufrir depresión.

Diversos estudios afirman que una de las causas de la depresión es estar parado (Booker y Sacker, 2012; Libby y cols., 2010). Éstos en su trabajo ponen de manifiesto la relación positiva entre estar parado y tener depresión. Así mismo, Kroll y cols. (2011), muestran que los desempleados tienen más problemas de salud que los empleados y que el apoyo social facilita afrontar el desempleo.

El objetivo del trabajo es conocer si existe diferencia en cuanto a la depresión que padecen los sujetos que se encuentran en paro y los que no lo están; así como conocer el efecto que puede tener en ambas muestras el apoyo social percibido y la resiliencia. En cuanto a las hipótesis, planteamos que:

- Los niveles de depresión serán mayores en parados que en muestra de trabajadores.
- Dentro de la muestra de parados a mayor resiliencia menor depresión.
- Dentro de la muestra de parados a mayor apoyo social menor depresión.

Método

El trabajo se realizó con un diseño *ex-post-facto* donde se observó la VD «Depresión», medida con el BDI de Beck y como variables independientes se midió la resiliencia con escala de Wagnild and Young y el apoyo social con el cuestionario de DUKE UNK.

Contamos con una muestra total de 98 sujetos, 67 hombres y 28 mujeres, con una media de edad de 36,85 (SD= 11,40) años. El 41,8 % tenía cargas familiares. Del total el 75 % eran personas paradas. La edad entre trabajadores y no trabajadores no resulta significativamente distinta (U-Mann Whitney $p=0,57$). Tampoco hay diferencias entre ser trabajador y género (coe-

ficiente $C=0,15$, $p=0,13$), pero sí ser trabajador y tener cargas familiares (coeficiente $C=0,70$, $p=0$), de modo que los trabajadores poseen una media inferior.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo de manera on-line, siendo la participación en el estudio totalmente voluntaria y completamente anónima. En primer lugar se recogen los datos de un grupo de parados y después se procede a pasar los cuestionarios a un número de sujetos con trabajo, con características, más o menos, similares al grupo de parados.

Resultados

Los resultados apuntan hacia diferencias significativas entre trabajadores y no trabajadores en depresión ($t=-2,98$, $p=0$), los parados muestran valores más altos en depresión que los que están trabajando. También hay diferencias significativas en cuanto a apoyo social ($t=11,14$, $p=0$) en este caso las medias más altas las obtienen los no parados. En cuanto a resiliencia también tienen la media más alta los no parados ($t=4,77$, $p=0$). En cuanto al efecto del apoyo social y la resiliencia en la depresión de la muestra de parados, la Tabla 1 muestra los coeficientes.

Tabla 1
Pronóstico de la depresión en parados

Model		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Std. error	Beta	t	Sig.
1	Constante	39,898	3,003		13,284	0,000
	Apoyo social	-0,198	0,081	-0,225	-2,460	0,016
	Resiliencia	-0,109	0,017	-0,602	-6,596	0,000

a. Parados o trabajadores = parados

b. Variable dependiente: resultado BDI

Discusión y conclusiones

Los resultados muestran altos niveles en depresión, especialmente entre la muestra de parados, hecho que confirma nuestra primera hipótesis.

En cuanto a la resiliencia, los resultados indican mayores valores para los trabajadores, lo que corroboraría que a mayor resiliencia también hay menos depresión.

Por último, hemos encontrado que el apoyo social favorece el decremento en depresión, ratificando nuestra tercera hipótesis.

En cuanto al pronóstico de la depresión en parados la tabla 1 muestra que ambos coeficientes: apoyo social y resiliencia, la explican significativamente y de forma inversa es decir ambas matizan y mejoran los niveles de depresión entre los parados.

Referencias bibliográficas

- Booker, C., y Sacker, A. (2012). Psychological well-being and reactions to multiple unemployment events: adaptation or sensitisation? *Journal of epidemiology and community health*, 66, 832-8.
- Kroll, L., Lampert, T., y Devitt, C. (2011). Unemployment, social support and health problems. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108, 47-52.
- Libby, A., Ghushchyan, V., McQueen, R., y Campbell, J. (2010). Economic grand rounds: psychological distress and depression associated with job loss and gain: the social costs of job instability. *Psychiatric services*, 61, 1178-80.

Efectos de la presentación de la información en los procesos de memoria y aprendizaje. Réplica del experimento original de Bower, Clark, Lesgold y Winzenz (1969)

ROCÍO VÍEGAS GARCÍA
al269450@uji.es

SIMONA ROMÁN
al260741@uji.es

ANTONIO CABALLER MIEDES
caballer@uji.es

Resumen

Introducción: La investigación psicológica está mostrando cada vez más interés en analizar los procesos cognitivos asociados con la memoria, la cual puede aportar información relevante sobre nuevas estrategias eficaces de aprendizaje. En el presente estudio se ha analizado si la información se recuerda mejor cuando ésta es presentada de forma estructurada (forma de árbol) que de forma no estructurada (forma aleatoria). Se realiza una réplica del experimento básico de Bower, Lesgold y Winzenz (1969). El objetivo de esta investigación es evaluar el rendimiento de los sujetos en una tarea de recuerdo libre de listas de palabras, organizadas en forma de árbol o forma aleatoria. La hipótesis científica planteada es la siguiente: si la presentación de las palabras en forma estructurada es más eficaz que la no estructurada, entonces se producirá un mayor recuerdo en el primer caso. **Método:** Se ha utilizado un diseño experimental de grupos aleatorios, un grupo control y un grupo experimental. Los participantes fueron 97 estudiantes de primer curso del Grado de Psicología, asignados aleatoriamente para garantizar la equivalencia de los grupos. Todos los participantes recibieron las mismas instrucciones pero en ningún momento se informó del propósito de la misma. **Resultados:** Los resultados muestran un mayor número de palabras recordadas en el grupo experimental que en el grupo control (Mann-Whitney U ($N_1 = 54$, $N_2 = 43$), $Z = -2,81$, $p < 0,01$), los cuales coinciden con los obtenidos por Bower y cols. (1969). **Conclusiones:** La organización estructural de la información presentada tiene un poderoso efecto sobre el nivel de rendimiento alcanzado. Se resalta la importancia de la presentación de la información para la recuperación posterior de los datos almacenados en los procesos de memoria y de aprendizaje.

Palabras clave: memoria, rendimiento, recuerdo libre, tipo de información, experimento aleatorio.

Abstract

Introduction: Psychological research is showing more and more interest in analyzing the cognitive processes associated with memory, which can provide relevant information about new effective learning strategies. This study is a replica of the classic experiment by Bower, Lesgold and Winzencz (1969), which basically analyzed whether information is better recalled in terms of organized words in comparison to a randomized word list. The objective of the present study is to evaluate the subjects performance in a free-recall task of word lists that are organized in hierarchical tree-form or randomly. The scientific hypothesis is the following: if presenting words that are in a structured way is more effective than in an unstructured way, then they will be recalled better in the first case. **Method:** An experimental design of randomized groups, a control group and an experimental group were used. The participants were 97 first-year psychology degree students, randomly assigned to ensure group equivalence. All participants received the same instructions but they were never informed about the purpose of the study. **Results:** The results show a greater number of words recalled in the experimental group than in the control group (Mann-Whitney U ($N_1 = 54$, $N_2 = 43$), $U = -2.81$, $p < 0,01$), which coincide with those obtained by Bower et al. (1969). **Conclusions:** The structural organization of the information presented has a powerful effect on the level of the performance achieved. This highlights the importance of the presentation of information for the recovery of the stored data in memory and learning processes.

Keywords: memory, performance, free memory, type of information, random experiment.

Introducción

Desde tiempos remotos, uno de los más grandes interrogantes que ha inquietado a la comunidad científica ha sido la memoria, percibida como el registro interno de las experiencias pasadas. Los seres humanos elaboramos y adaptamos la representación del mundo a partir de tres procesos cognitivos básicos: la percepción, el aprendizaje y la memoria. El aprendizaje consiste en adquirir conocimientos a través de la experiencia, y en este contexto, la memoria es la retención y evocación de estos conocimientos. La memoria tiene tres funciones fundamentales: recoger nueva información, organizar la información para asignarle un significado, y recuperar dicha información cuando se necesita recordar, mientras que los procesos básicos implicados en el funcionamiento son: codificación, almacenamiento y recuperación. Según Ruiz Vargas (1994, pg.30), la codificación es «la forma que toma un evento para ser representado en la memoria», la permanencia de la información recibe el nombre de almacenamiento, y la recuperación es el proceso necesario para extraer la información de un nivel para trasladarlo a otro o para dar una respuesta. Con otras palabras, la codificación permite la transformación de los estímulos percibidos en una representación mental organizada, donde los datos se almacenan mediante esquemas y unidades estructuradas de conocimientos que agrupan conceptos, categorías y relaciones, formando conjuntos complejos de conocimientos alcanzables mediante el proceso de recuperación de recuerdos. En los estudios sobre los procesos de recuperación, el recuerdo hace referencia a la capacidad para recuperar de forma espontánea una información previamente aprendida y, el reconocimiento hace referencia a la capacidad para discriminar, entre una serie de alternativas, la información recibida con anterioridad. La capacidad del ser humano de adquirir, consolidar,

recuperar y utilizar los conocimientos para lograr el mejor desempeño en todos los contextos ambientales, requiere como condición sine qua non una maquinaria perfecta, y la memoria humana es aquel perfecto engranaje que permite codificar, almacenar, procesar y recuperar una cantidad casi infinita de datos almacenados en forma de registro interno o representación de las experiencias pasadas. Esa es la razón por la cual la ciencia ha intentado proponer modelos teóricos explicativos que proporcionen una base para la comprensión de los procesos cognitivos relacionados con la memoria (Shtyrov y Pulvermüller, 2004).

Cualquier persona con una cultura media de bachillerato puede conocer unas 50 mil palabras de su idioma. ¿Cómo guarda el cerebro esa descomunal información? Los nuevos planteamientos sugieren la idea central de que las palabras son redes neuronales funcionales cuya distribución cortical viene establecida por el contenido de su significado. En la actualidad, en el contexto de almacenamiento de las palabras, la investigación neurocientífica apunta que cada palabra estaría representada en la corteza cerebral por una red de neuronas íntimamente interconectadas entre sí, que se avivan como un todo unitario cada vez que se activa esa palabra en nuestra mente (González Álvarez, 2012).

Una vez activada, dicha red neuronal permanece ágil neuralmente durante varios segundos debido a los circuitos oscilatorios, donde el impulso aferente estimula a una neurona, esta estimula a la segunda, esta a la siguiente y así sucesivamente, mientras que las ramificaciones de la última neurona establecen sinapsis con las anteriores enviando impulsos de vuelta a través del circuito repetidamente (Pulvermüller, 2011).

Las ideas básicas de este tipo de planteamiento tienen como punto de partida estudios precursores que marcaron el curso histórico de las ciencias, y en este contexto se destaca el experimento clásico realizado en 1969 por Bower, Clark, Lesgold y Winzenz, en el cual se investigaron los efectos de la recuperación jerárquica de las palabras que se deben recordar, en comparación con la recuperación de lista de palabras organizadas al azar. Los autores presentaron listas de palabras organizadas en forma de árbol (con las palabras de cada categoría presentadas estructuradas), y compararon su recuerdo con el de otras listas dotadas de la misma estructura, pero presentadas de forma no estructurada (palabras mezcladas aleatoriamente).

Bower y cols. (1969) encontraron que al hacer manifiesta la organización jerárquica de las listas, se incrementó sustancialmente el grado de recuerdo correcto, probablemente porque muchos más sujetos fueron capaces de utilizar la estructura de los datos para facilitar su aprendizaje.

En otras palabras, el sistema de almacenamiento se tiene que entender como un conjunto complejo de sistemas especializadas en adquirir, representar y recuperar distintas categorías de información. Por tanto, si la información se presenta agrupada en categorías conceptuales, se recuerda más que si se presenta en forma aleatoria o progresiva (Lesley, 2014).

El presente trabajo es una réplica del experimento original de Bower y colaboradores, y tiene como finalidad comprobar una vez más, 45 años más tarde, la evaluación del nivel de rendimiento alcanzado por los sujetos en una tarea de recuerdo libre de palabras presentadas de dos maneras: estructurada en forma de árbol y no estructurada. Tomando como punto de partida conceptual la definición del almacenamiento de la información como retención y recuperación casi ilimitada de datos en un rincón del sistema de la memoria, la cantidad de información que una persona puede reconocer y recuperar del almacén consolidado de datos depende de varios factores, de los cuales algunos se encuentran bajo el control directo de la persona, mientras que otros dependen de las características de pérdida de datos.

La investigación de los procesos cognitivos del aprendizaje y la memoria permite desarrollar nuevas estrategias de consolidación y recuperación de la información almacenada, y en este contexto, el elemento estrella es el estudio de los mecanismos involucrados en el aprendizaje, el recuerdo y el olvido. Cualquier cambio de conducta puede dar lugar a nuevos aprendizajes, y cualquier pérdida de información almacenada puede conllevar al olvido. Los

conceptos se definen y se diferencian de otros por un conjunto de rasgos característicos y definitorios (Smith, Shoben y Rips, 1974). Entre los procesos en los que las personas humanas manifiestan control directo de voluntad destaca la importancia de la organización de la información. Si la información se presenta agrupada en categorías conceptuales, se recuerda más que si se presenta en forma aleatoria o progresiva.

La hipótesis científica o de investigación que planteamos es la siguiente: si la presentación de palabras en forma estructurada es más eficaz que la no estructurada, entonces se producirá un mayor recuerdo en el primer caso.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por 97 estudiantes de primer curso del grado de Psicología de los cuales un 72,2 % eran mujeres y un 28,8 % hombres. La media de la edad del grupo fue de 21 años y la desviación típica de 6,95.

Instrumentos

Cada estudiante recibió un cuestionario (ver figura 1) al principio del experimento en el cual se recogió información sobre las variables de género y edad, además debían anotar el grupo al que pertenecían y una vez realizado el experimento las palabras que recordaban y el número total de éstas.

UNIVERSITAT JAÉN

Número:

GRUPO

A

B

GENERO

Masculino

Femenino

EDAD en años:

UNIVERSITAT JAÉN

Anota a continuación las palabras que recuerdes:

Anota el número de palabras recordadas:

Figura 1. Cuestionario para la recogida de información

Por otro lado, para llevar a cabo el experimento se utilizaron dos listas de palabras, una estructurada en la que se mostraba una tabla con minerales clasificados en diferentes categorías (ver tabla 1) que se presentó al grupo experimental, y otra lista de palabras aleatorias, es decir, se presentaban las mismas palabras pero sin ningún tipo de clasificación y/o estructura (ver tabla 2) en este caso fue presentada al grupo control.

Tabla 1
Lista estructurada de palabras

Minerales				
Metales			Piedras	
Raros	Comunes	Aleaciones	Preciosas	De construcción
Platino	Aluminio	Bronce	Zafiro	Arcilla
Plata	Cobre	Acero	Esmeralda	Granito
Oro	Plomo		Diamante	Marmol
	Hierro		Rubí	Pizarra

Tabla 2
Lista no estructurada de palabras

Platino	Marmol
Aluminio	Oro
Zafiro	Pizarra
Arcilla	Esmeralda
Acero	Hierro
Bronce	Diamante
Plata	Plomo
Rubí	Ganito

Diseño

El diseño empleado fue un diseño experimental de grupos aleatorios compuesto por un grupo control y un grupo experimental. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria a ambos grupos.

La variable independiente fue la forma de presentación de los estímulos, que podía ser estructurada o no estructurada, por otro lado la variable dependiente era el número de palabras recordadas.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo durante una hora de clase, en la que se asignó de forma aleatoria tanto los participantes a los grupos, como los grupos a las dos condiciones. Para ello

cada estudiante extrajo un papel de un recipiente en el que estaba escrito A o B y una vez que estuvieron asignados a un grupo u otro, se hizo lo mismo para asignar cuál de los dos (A o B) sería el grupo control y cual el experimental.

Todos los participantes recibieron las mismas instrucciones por parte del investigador y mientras un grupo realizaba el experimento el otro permanecía fuera de la clase. Los estudiantes entraron y salieron por puertas diferentes del aula para evitar el intercambio de información.

Ambos grupos disponían de dos minutos para memorizar la lista, tras esto debían contar desde 50 hacía atrás como maniobra distractora y volvían a tener 2 minutos para anotar las palabras recordadas y el número total de estas.

Resultados

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el SPSS 22. Con la finalidad de comprobar que el grupo experimental y el control eran similares en edad y en género, se realizaron pruebas de normalidad, pruebas t y pruebas de ji cuadrado. El análisis de la variable edad permitió comprobar que no seguía una distribución normal, por lo tanto para evaluar que no existían diferencias de edad se utilizó la prueba de Mann-Whitney ($z = -0,042$, $p = 0,966$). Con el test de ji cuadrado se analizó la independencia entre el género y el grupo $\chi^2(1) = 0,858$, $p = 0,354$, la cual indica que no existe relación entre ambas variables, es decir son independientes.

En relación a los resultados de la variable independiente, tras comprobar la falta de ajuste a la distribución normal se empleó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Como los resultados obtenidos no seguían una distribución normal se optó por un análisis no paramétrico, en concreto se utilizó la prueba de Mann-Whitney para el contraste de diferencias de medias para muestras independientes (Pardo y San Martín, 1994).

Como podemos observar en la tabla 3, se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en cuanto al número de palabras recordadas, lo cual nos permite aceptar la hipótesis de existencia de diferencias entre ambos grupos.

Tabla 3
Resultados del análisis estadístico de los datos

	Grupo experimental N = 54 M d. t.	Grupo control N = 43 M d. t.	Z
Número palabras recordadas	13,39 2,84	12,05 2,40	-2,814*

Nota. Z transformación de la puntuación t de la prueba de Mann-Whitney en muestras grandes (>25).
* $p \leq 0,01$

Discusión y conclusiones

Los resultados hallados han permitido poner de manifiesto, una vez más, que las personas aprovechan la organización existente en las listas de palabras para mejorar y maximizar el

proceso de aprendizaje, ya que una forma estructurada de la información favorece una mejor ejecución a la hora del recuerdo.

Al igual que en el experimento realizado en 1969 por Bower et al., en nuestro estudio encontramos diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental, que recuerdo mayor número de palabras, debido al hecho de que la organización estructural de la información presentada tiene un poderoso efecto sobre el nivel de rendimiento alcanzado.

Resulta fascinante constatar hasta que punto Bower y colaboradores en 1969 tuvieron cuidado en mantener el rigor de sus postulados científicos, abriendo paso a la contemporaneidad y a otros nuevos planteamientos en diversos marcos teóricos que siguen defienden la idea central de que la presentación de palabras viene determinada por el contenido de su significado (Pulvermüller, 2011). Se resalta así la importancia de la presentación de la información para la recuperación posterior de los datos almacenados en los procesos de memoria y aprendizaje, de modo que la organización de la huella de la memoria resultante produce un mejor aprendizaje y recuerdo, incluso cuando los sujetos no pretenden memorizar la información de forma voluntaria.

Referencias bibliográficas

- Bower, G. H., Clark, M. C., Lesgold, A. M., y Winzenz, D. (1969). Hierarchical retrieval schemes in recall of categorized word lists. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 8, 323-343.
- González Álvarez J. (2012). La representación neurobiológica de las palabras y sus significados en el cerebro. *Salud y Ciencia*, 19, 126-9.
- Lesley Mackenzie-Robb, Vantaggio Ltd 2005. (s.f.). «The effects of hierarchical schemes in encoding and free recall of word lists from memory: effective learning strategies». Recuperado el 8 de octubre de 2014 de <http://vantaggio-learn.com/>.
- Pardo., A. y San Martín, R. (1994). *Análisis de datos en psicología II*. Madrid: Pirámide.
- Pulvermüller, F. (2011). Meaning and the brain: The neurosemantics of referential, interactive, and combinatorial knowledge. *Journal of Neurolinguistics*, 25, 423-459.
- Ruiz-Vargas, J. M. (1994). *La memoria humana: función y estructura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Shtyrov, Y., Hauk, O., y Pulvermüller, F. (2004). Distributed neuronal networks for encoding category-specific semantic information: the mismatch negativity to action words. *European Journal of Neuroscience*, 19, 1083-92.
- Smith, E. E., Shoben, E. J., y Rips, L. J. (1974). Structure and process in semantic memory: A featural model for semantic decisions. *Psychological Review*, 81, 214.