





# ÀGORA DE SALUT

I



**UNIVERSITAT  
JAUME·I**

**Facultat de Ciències de la Salut**

~ Any 2015 ~

**ÀGORA DE SALUT.** *Agora de salut* pretén ser un instrument o un mitjà perquè els joves investigadors i investigadores de les nostres titulacions, i d'altres que en un futur puguen unir-se en el camí, publiquen els seus primers treballs, aquells que hagen realitzat per a 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 diferents línies de les distintes titulacions.

**Direcció:** Rafael Ballester Arnal

**Secretaria tècnica:** Soledad Quero Castellano i Eva Cifre Gallego

**Consell redacció:**

Ana Hermenegilda Alarcón Aguilar

Rafael Ballester Arnal

Eva Cifre Gallego

Eladio Joaquín Collado Boira

Conrado Martínez Cadenas

Soledad Quero Castellano

---

© Del text: els autors i les autores, 2015

© De la present edició: Publicacions de la Universitat Jaume I, 2015

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](mailto:publicacions@uji.es)

ISSN: 2443-9827

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

DOI Volum: <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1>

---

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

<b>Introducció</b> .....	11
--------------------------	----

**RAFAEL BALLESTER**

DEGÀ DE LA FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT

## Articles

### PSICOLOGIA BÀSICA

---

<b>Las diferencias individuales en sensibilidad a la recompensa modulan la actividad cerebral en una tarea de control inhibitorio con contingencias de reforzamiento</b> .....	21
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ROSELL-NEGRE, PATRICIA; BUSTAMANTE, JUAN CARLOS; COSTUMERO, VÍCTOR;  
FUENTES-CLARAMONTE, PAOLA; BARROS-LOSCERALES, ALFONSO;  
ÁVILA-RIVERA, CÉSAR

<b>Ansiedad y toma de decisiones en la <i>Iowa Gambling Task</i></b> .....	35
----------------------------------------------------------------------------	----

FONFRÍA MORENO, ALICIA; SEGARRA CABEDO, PILAR; POY GIL, ROSARIO;  
ESTELLER CANO, ÀNGELS; LÓPEZ PENADÉS, RAÚL; RIBES GUARDIOLA, PABLO;  
VENTURA BORT, CARLOS; MOLTÓ BROTONS, JAVIER

<b>Temperamento de bajo miedo y respuesta cardiaca de defensa</b> .....	47
-------------------------------------------------------------------------	----

VENTURA BORT, CARLOS; LÓPEZ PENADÉS, RAÚL; ESTELLER CANO, ÀNGELS;  
POY GIL, ROSARIO; SEGARRA CABEDO, PILAR; FONFRÍA MORENO, ALICIA;  
RIBES GUARDIOLA, PABLO; MOLTÓ BROTONS, JAVIER

<b>Perseveración de respuesta y psicopatía subclínica</b> .....	59
-----------------------------------------------------------------	----

RIBES GUARDIOLA, PABLO; POY GIL, ROSER; LÓPEZ PENADÉS, RAÚL; SEGARRA  
CABEDO, PILAR; ESTELLER CANO, ÀNGELS; FONFRÍA MORENO, ALICIA; VENTURA  
BORT, CARLOS; MOLTÓ BROTONS, JAVIER

<b>Efecto de facilitación de los cognados en el cerebro bilingüe</b> .....	73
----------------------------------------------------------------------------	----

PALOMAR-GARCÍA, M.<sup>a</sup> ÀNGELES; BUEICHEKÚ BOHABONAY, ELISENDA; SANJUÁN  
TOMÁS, ANA; VENTURA-CAMPOS, NOELIA; ÁVILA, CÉSAR

<b>Emoción y desarrollo evolutivo</b> .....	85
---------------------------------------------	----

PALLARÉS MONTAÑÉS, IVÁN; PERIS FERNÁNDEZ, BERTA; SANTAS BONA,  
J. FRANCISCO; SULLER BALAGUER, NATALIA; PASTOR VERCHILI, M. CARMEN

<b>Influencia cultural y universalidad en la expresión de las emociones</b> .....	97
-----------------------------------------------------------------------------------	----

ROMERO OLUCHA, SONIA; RUBIO-QUINTANILLA ALCALÁ, FERNANDO; BASET IVARS,  
MARTA; SERRANO FLICH, RAQUEL; PASTOR VERCHILI, M. CARMEN

## PERSONALITAT, AVALUACIÓ I TRACTAMENT PSICOLÒGICS

---

<b>DSM-5: Avances en la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales</b> .....	115
GONZÁLEZ ROBLES, ALBERTO; GARCÍA PALACIOS, AZUCENA; MOLINARI, GUADALUPE; DEL RÍO GONZÁLEZ, EVA	
<b>Mindfulness como estrategia de regulación emocional: un estudio de laboratorio</b> .....	127
CAMPOS BACAS, DANIEL; CEBOLLA MARTÍ, AUSIÀS; MIRA PASTOR, ADRIANA	
<b>Terapia emocional <i>on line</i> (TEO) en el tratamiento de la fibromialgia</b> .....	139
DEL RÍO, EVA; MOLINARI, GUADALUPE; GONZÁLEZ, ALBERTO; HERRERO, ROCÍO; BOTELLA ARBONA, CRISTINA	
<b>Spanish version of the survey of pain attitudes (SOPA-B) in patients with fibromyalgia</b> .....	151
MOLINARI, GUADALUPE; DEL RÍO, EVA; GONZÁLEZ ROBLES, ALBERTO; HERRERO CAMARANO, ROCÍO; BOTELLA ARBONA, CRISTINA	
<b>Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad</b> .....	163
ANSÓN LÓPEZ, LAURA; RIPOLLÉS COLOMER, LAURA	
<b>Estudio de caso: aplicación de un tratamiento cognitivo-comportamental para la fibromialgia en una unidad de salud mental</b> .....	173
ANDREU PEJO, LAURA; GARCÍA-PALACIOS, AZUCENA	
<b>Jóvenes y sexo en la red: reacciones ante la exposición involuntaria a material sexual</b> .....	187
CASTRO CALVO, JESÚS; GÓMEZ MARTÍNEZ, SANDRA; GIL JULIÀ, BEATRIZ; GIMÉNEZ GARCÍA, CRISTINA	
<b>Género y VIH-sida: análisis diferencial de una estrategia de prevención</b> .....	199
GIMÉNEZ GARCÍA, CRISTINA; RUIZ PALOMINO, ESTEFANÍA; SALMERÓN SÁNCHEZ, PEDRO; GASCÓN HUIGE, CRISTINA; BALLESTER ARNAL, RAFAEL	
<b>Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos</b> .....	209
GÓMEZ MARTÍNEZ, SANDRA; GIL JULIÀ, BEATRIZ; CASTRO CALVO, JESÚS; RUIZ PALOMINO, ESTEFANÍA	
<b>El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la prevención del juego patológico en población joven y adolescente</b> .....	221
CAMPOS BACAS, DANIEL; NEBOT IBÁÑEZ, SARA; QUERO CASTELLANO, SOLEDAD; BRETÓN LÓPEZ, JUANA MARÍA	

<b>Datos normativos del Cuestionario de Creencias de Fobia a las Arañas adaptado para la Fobia a las Cucarachas en población general y clínica</b> .....	235
NEBOT IBÁÑEZ, SARA; QUERO CASTELLANO, SOLEDAD; BRETÓN-LÓPEZ, JUANA MARÍA; PÉREZ-ARA, M. <sup>a</sup> ÁNGELES; MOLÉS AMPOSTA, MAR	
<b>Eficacia diferencial de dos formas de aplicar las tareas para casa en el tratamiento de los Trastornos Adaptativos: Terapia Emocional <i>On line</i> vs. formato tradicional</b> .....	245
MOLÉS AMPOSTA, MAR; QUERO CASTELLANO, SOLEDAD; PÉREZ ARA, M. <sup>a</sup> ÁNGELES, NEBOT IBÁÑEZ, SARA; BOTELLA ARBONA, CRISTINA	
<b>Incrementando el bienestar: Una revisión de intervenciones dirigidas a promover estados emocionales positivos</b> .....	259
ENRIQUE ROIG, ÁNGEL; BOTELLA ARBONA, CRISTINA; MOLINARI, GUADALUPE; BRETÓN LÓPEZ, JUANA; GARCÍA PALACIOS, AZUCENA	
<b>Resiliencia y adaptación a la enfermedad en un grupo de pacientes con dolor crónico</b> .....	273
RUIZ PALOMINO, ESTEFANÍA; PALAU CERISUELO, SHEILA; GIMÉNEZ GARCÍA, CRISTINA; BALLESTER ARNAL, RAFAEL	
<b>Un programa de Tratamiento de corte Cognitivo-Comportamental basado en las TIC para la prevención y el tratamiento de la depresión: Descripción del programa y datos preliminares</b> .....	283
MIRA PASTOR, ADRIANA; BOTELLA ARBONA, CRISTINA; RIERA LÓPEZ DEL AMO, ANTONIO; MORAGREGA VERGARA, INÉS; SOLER ROVIRA, CARLA	
<b>MamáFeliz: una aproximación teórica de las TIC aplicadas a la prevención de la depresión posparto</b> .....	299
CASTELLANO BADENAS, CRISTIAN; FERMOSELLE ESCLAPEZ, ELENA; OSMA LÓPEZ, JORGE J.; CRESPO DELGADO, ELENA; RAMÓN BARRADA, JUAN	
<b>La Sensibilidad Intercultural en la comunidad universitaria de la Universitat Jaume I: Implicaciones para el EEES</b> .....	313
FERMOSELLE ESCLAPEZ, ELENA; CASTELLANO BADENAS, CHRISTIAN; OSMA LÓPEZ, JORGE JAVIER; CRESPO DELGADO, ELENA	
<b>Factores de riesgo asociados con la aparición de alteraciones emocionales durante el periodo perinatal y el puerperio: Un estudio preliminar en una muestra de mujeres embarazadas a través de e-Health</b> .....	325
FERMOSELLE, ELENA; OSMA, JORGE JAVIER; CRESPO, ELENA; BARRADA, RAMÓN JUAN; CASTELLANO, CHRISTIAN	

<b>Variables de personalidad en estudiantes universitarios en función de la rama de conocimiento</b> .....	337
CASTELLANO BADENAS, CRISTIAN; FERMOSELLE ESCLAPEZ, ELENA; OSMA LÓPEZ, JORGE J.; CRESPO DELGADO, ELENA	

## PSICOBIOLOGIA, TRACTAMENT PSICOLÒGIC I METODOLOGIA

---

<b>Programa de rehabilitación neurocognitiva para pacientes con trastorno mental grave</b> .....	349
SUTU, ANDREEA; MORO IPOLA, MICAELA; MEZQUITA GUILLAMÓN, LAURA	

<b>Discapacidad en no discapacitados: Relación entre funciones cognitivas y autonomía</b> .....	359
COTANDA CANELLES, SARA; NAVIDAD BERNAT, YASMINA; OLIVAS DEL OLMO, SHEILA; MEZQUITA GUILLAMÓN, LAURA; MORO IPOLA, MICAELA	

<b>Elegir entre consumir dulces o hacer ejercicio depende de la modulación dopaminérgica en el circuito cerebral que regula la motivación</b> .....	369
PARDO ANDRES, MARTA; BAYARRI ITURRALDE, PILAR; LÓPEZ CRUZ, LAURA; SAN MIGUEL SEGURA, NOEMÍ; CORREA SANZ, MERCÉ	

<b>Dosis medias y altas de cafeína no revierten la incoordinación motora producida por alcohol en ratones</b> .....	379
SAN MIGUEL SEGURA, NOEMÍ; LÓPEZ-CRUZ, LAURA; PARDO, MARTA; CORREA, MERCÉ	

<b>Relación de la personalidad y las conductas antinormativas de los amigos en el consumo de alcohol de los adolescentes</b> .....	387
GALLEGO MOYA, MARÍA SÍGRID; CAMACHO GUERRERO, LAURA; MEZQUITA GUILLAMÓN, LAURA; VIRUELA ROYO, ANA MARÍA; VILLA MARTÍN, HELENA	

<b>Validez factorial y fiabilidad de la Escala de Evaluación del Perfil y la Fase de la Violencia del Maltratador (EPPFVM). Aplicación a comportamientos homicidas</b> .....	397
ROMERO FELIP, ANTONIO; JARA JIMÉNEZ, PILAR	

## PSICOLOGIA EVOLUTIVA I EDUCATIVA

---

<b>Análisis de la nueva ley valenciana de custodia compartida</b> .....	411
LÓPEZ IBÁÑEZ, AMAIA; SERRA OCHOA, GEMA; VALVERDE GONZÁLEZ, ANTONIO; VILLANUEVA BADENES, LIDÓN	

<b>L'impacte familiar que suposa tenir un fill o una filla amb el trastorn d'Asperger</b> .....	421
GARCÍA MOLINA, IRENE; ANDRÉS ROQUETA, CLARA; CLEMENTE ESTEVAN, ROSA ANA	



**Mejora de la convivencia en los centros de Educación Secundaria, a través de la Mediación entre Iguales** ..... 429  
USÓ GUIRAL, INMACULADA; VILLANUEVA BADENES, LIDÓN

**Análisis de las necesidades psicológicas básicas del estudiante de psicología, y su relación con las estrategias de aprendizaje de evitación y el rendimiento académico** ..... 441  
PEÑALVER GONZÁLEZ, JONATHAN; JAÉN PARRILLA, IRENE; DOMÉNECH BETORET, FERNANDO

**Aprendizaje de la amistad: Aplicación de un método de intervención por parejas propuesto por Robert Selman** ..... 455  
RUBIO BARREDA, ANDREA; GARCÍA BACETE, FRANCISCO JUAN; MARANDE PERRIN, GHISLAINE; MILIÁN ROJAS, INÉS; SANAHUJA RIBÉS, AIDA; ROSELLÓ SEMPERE, SARA

**Estimación de la edad de un niño basándonos en sus rasgos faciales: un estudio exploratorio** ..... 465  
GALLEGO MOYA, MARÍA SÍGRID; LOZANO NOMDEDEU, FRANCISCO ALEJANDRO; HERNÁNDEZ BLASI, CARLES

**Perfil del menor con expediente judicial en el equipo técnico del juzgado de Castellón** ..... 469  
PÉREZ MIRALLES, MARTA; CUERVO GÓMEZ, KEREN; VILLANUEVA BADENES, LIDÓN

## **PSICOLOGIA SOCIAL**

---

**Incidencia del apoyo social y familiar en mujeres maltratadas y hombres maltratadores** ..... 481  
SOLA PINAR, MÓNICA; ROMERO FELIP, ANTONIO; JARA JIMÉNEZ, PILAR

**Diseño de un programa de intervención para el desarrollo de la Inteligencia Emocional** ..... 495  
FERRER SUCH, AINOA; BRESÓ ESTEVE, EDGAR

**¿Todos los profesores de la Universitat Jaume I son iguales?: Estudio comparativo del bienestar laboral dependiendo de la relación contractual** ..... 505  
PEÑALVER GONZÁLEZ, JONATHAN; BOSOROGAN, IOANA; BRESÓ ESTEVE, EDGAR

**Relación entre género, satisfacción con la vida y expectativas de retorno en inmigrantes rumanos en la provincia de Castellón** ..... 521  
EXPÓSITO NAVARRO, LAURA; AGOST FELIP, MARÍA RAQUEL; SOTO PERSONAT, GRISELA

<b>Estudio sobre violencia de género en jóvenes universitarios. Universitat Jaume I</b> .....	535
HERNÁNDEZ MONSERRATE, RUT; AGOST FELIP, RAQUEL; SANTAMARÍA VILLAGRASA, REYES	
<b>Estudio exploratorio para el análisis de los efectos psicosociales de la violencia en la infancia colombiana</b> .....	547
ALVARÁN LÓPEZ, SANDRA MILENA; GARCÍA RENEDO, MÓNICA; GIL BELTRÁN, JOSÉ MANUEL; CABALLER MIEDES, ANTONIO; FLORES BUILS, RAQUEL	
<b>Estudio exploratorio de las historias de vida de mujeres desplazadas por violencia en Colombia</b> .....	561
ALVARÁN LÓPEZ, SANDRA MILENA; GARCÍA RENEDO, MÓNICA; GIL BELTRÁN, JOSÉ MANUEL; CABALLER MIEDES, ANTONIO; FLORES BUILS, RAQUEL	
<b>Adicción al trabajo: Estudio de un caso</b> .....	573
PALLARÉS BARRÉS, CELIA; CROUSEILLES ESTRADA, CARLA I.; IBÁÑEZ GALLÉN, MIRIAM; LACUEVA SEGUER, ANA BELÉN	
<b>Género y salud ocupacional: revisión de su situación en España</b> .....	585
BENÍTEZ ORTIZ, PATRICIA; CABALLER GARRETA, MARTA; GONZÁLEZ TEJEDO, ESTHER; PITARCH GIMENO, TANIA; PONS ALEMÁN, BETLEM; CIFRE GALLEGO, EVA	
<b>Estrés ambiental en instituciones de la salud: Una revisión teórica de la valoración psicoambiental</b> .....	591
ROLDÁN TALENS, LAURA; LOZANO LAPIEDRA, LIDIA; CIFRE GALLEGO, EVA	

## INTRODUCCIÓN

---

Rafael Ballester

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EL NACIMIENTO DE UNA NUEVA  
REVISTA PARA LA FACULTAD  
DE CIENCIAS DE LA SALUD:  
ÀGORA DE SALUT

*La salud no lo es todo  
pero sin ella,  
todo lo demás es nada.*  
Schopenhauer

Hace casi cuatro años que comenzaba a dar sus primeros pasos nuestra Facultad de Ciencias de la Salud. Concretamente fue el 28 de septiembre del año 2011, una vez autorizada por la Conselleria d'Educació, Formació i Ocupació a través del Decreto 87/2011, de 29 de julio (DOCV núm. 6577, de 1 de agosto de 2011). La Facultad de Ciencias de la Salud arrancaba con la solera de una titulación que asistió al nacimiento de la Universitat Jaume I desde sus inicios, la titulación de Psicología, con gran tradición, y con uno de los cuerpos de profesores más extensos de la Universidad y una gran productividad científica. Y a esos estudios se les unían dos nuevas titulaciones, la de Enfermería y Medicina, que por vez primera veían la luz en una universidad pública de la provincia de Castellón. La implantación de estos dos nuevos estudios fue el resultado de muchas sinergias, pero sin duda, la más importante fue la demanda de la sociedad de Castellón que pedía, desde sus bases ciudadanas y profesionales, que la UJI ayudara también a producir nuevos sanitarios para Castellón, su provincia y el resto del país, nuevos profesionales que se encargaran del bien máspreciado para cualquier ser humano, su salud. La Universitat Jaume I supo captar ese sentimiento y acertó, desde mi punto de vista, al asumir el reto, por más que soplaran los vientos adversos de la crisis, unos vientos que con los años se hicieron más potentes. Los tiempos de crisis son tam-

## INTRODUCCIÓ

---

Rafael Ballester

DEGÀ DE LA FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT

EL NAIXEMENT D'UNA NOVA  
REVISTA PER A LA FACULTAT  
DE CIÈNCIES DE LA SALUT:  
ÀGORA DE SALUT

*La salut no ho és tot  
però sense ella,  
tota la resta és no-res.*  
Schopenhauer

Fa quasi quatre anys que començava a fer els seus primers passos la nostra Facultat de Ciències de la Salut. Concretament va ser el 28 de setembre de l'any 2011, una vegada autoritzada per la Conselleria d'Educació, Formació i Ocupació a través del Decret 87/2011, de 29 de juliol (DOCV núm. 6577, de l'1 d'agost de 2011). La Facultat de Ciències de la Salut arrancava amb la solera d'una titulació que va assistir al naixement de la Universitat Jaume I des dels seus inicis, la titulació de Psicologia, amb gran tradició, i amb un dels cossos de professorat més extensos de la Universitat i una gran productivitat científica. I a aquests estudis se'ls unien dues noves titulacions, la d'Infermeria i la de Medicina, que per primera vegada veien la llum en una universitat pública de la província de Castelló. La implantació d'aquests dos nous estudis va ser el resultat de moltes sinergies, però sens dubte, la més important va ser la demanda de la societat de Castelló que demanava, des de les seues bases ciutadanes i professionals, que l'UJI ajudara també a produir nous sanitaris i sanitàries per a Castelló, la seua província i la resta del país, nous professionals que s'encarregaren del bé més preat per a qualsevol ésser humà, la salut. La Universitat Jaume I va saber captar aquell sentiment i va encertar, des del meu punt de vista, a assumir el repte, tot i que bufaven els vents adversos de la crisi, uns vents que amb els anys es

bién tiempos idóneos para la resiliencia, para el aprendizaje más profundo, para el recogimiento y la reflexión, y para la creatividad y gestación de grandes ideas. Y no tengo la menor duda de que al igual que la aparición de la UJI cambió la sociedad de Castellón, y que hoy esta ciudad y su provincia no serían lo mismo sin nuestra Universidad, también el nacimiento de Medicina y Enfermería ha cambiado nuestra institución y seguirán haciéndolo cada vez con más fuerza, aumentando su prestigio y su incardinación en el mundo sanitario y, con él, en la sociedad de Castellón. Esta tierra ha producido grandes profesionales de la medicina y la enfermería y hoy, muchos de ellos, están dando ya clases en nuestras aulas, transmitiendo todo lo que saben y su amor a la profesión, a nuestro estudiantado que será el encargado de cuidar de nuestra salud más pronto que tarde.

En los momentos en que estoy escribiendo la presentación de esta revista, estamos comenzando el segundo semestre de un curso que dará a luz la segunda promoción del Grado de Psicología (con los nuevos planes de estudio ajustados a Bolonia), la primera promoción del Grado de Enfermería de la UJI, y el cuarto curso del Grado de Medicina. No es el momento ni el lugar adecuado para repasar cuáles han sido los hitos más importantes que han jalonado el camino hasta aquí. Pero todo el mundo se puede imaginar que en la travesía ha habido mucho esfuerzo de muchas personas que han remado conjuntamente: rectorados, vicerrectorados, decanatos, vicedecanatos, secretarías de centro, dirección de departamentos, coordinadoras y coordinadores de curso y de asignatura, profesoras, técnicos y técnicas de laboratorios, administraciones de centro y departamentos, conserjería, representantes de estudiantes, alumnado, etc. Nadie puede pensar que un proyecto de la envergadura de la creación de una nueva facultad pueda ser obra de uno solo, ni siquiera de unos pocos, por más clarividentes que pudieran ser. La creación de la Facultad de Ciencias de la Salud ha supuesto horas y horas de

van fer més potents. Els temps de crisi són també temps idonis per a la resiliència, per a l'aprenentatge més profund, per al recolliment i la reflexió i per a la creativitat i gestació de grans idees. I no tinc el més mínim dubte que així com l'aparició de l'UJI va canviar la societat de Castelló, i que avui aquesta ciutat i la seua província no serien el mateix sense ella, també el naixement de Medicina i Infermeria han canviat i seguiran fent-ho cada vegada amb més força la nostra Universitat, amb l'augment del seu prestigi i de la incardinació en el món sanitari i, amb aquest, en la societat de Castelló. Aquesta terra ha produït grans professionals de la medicina i la infermeria i avui, molts d'ells i elles, ja fan classes a les nostres aules, transmetent tot el que saben i el seu amor per la professió, a l'estudiantat que serà l'encarregat de cuidar de la nostra salut més prompte que tard.

En els moments en què estic escrivint la presentació d'aquesta revista, estem començant el segon semestre d'un curs que donarà a llum la segona promoció del grau de Psicologia (amb els nous plans d'estudi ajustats a Bolonya), la primera promoció del Grau d'Infermeria de l'UJI, i el quart curs del Grau de Medicina. No és el moment ni el lloc adequat per a repassar quines han sigut les fites més importants que han jalonat el camí fins aquí. Però tot el món es pot imaginar que durant la travessia hi ha hagut un profús esforç de moltes persones que han remat conjuntament: rectorats, vicerectorats, deganats, vicedeganats, secretaries de centre, direcció de departaments, coordinadores i coordinadors de curs i d'assignatura, professors, tècnics i tècniques de laboratoris, administracions de centre i departaments, consergeria, representants d'estudiants, alumnat, etc. Ningú no pot pensar que un projecte de l'envergadura de la creació d'una nova facultat pugui ser obra d'una sola persona, ni tan sols d'un reduït grup de persones, per més clarividents que pogueren ser. La creació de la Facultat de Ciències de la Salut ha suposat hores i hores de reunions, in-

reuniones, intensas muchas de ellas, en frentes muy diferentes, que han permitido poner a prueba la flexibilidad, la cordialidad, la fortaleza, la empatía y también la generosidad de muchas personas. Resulta muy fácil sentirse orgulloso de todos los que han hecho posible todo esto y solo con presenciar el despliegue del esfuerzo realizado, y cómo tantas personas han dado lo mejor de sí mismos, ya ha merecido la pena.

Pero una facultad es mucho más que la difusión de conocimiento y la formación a los estudiantes. También es la generación de nuevos saberes y, entonces, entramos necesariamente en el ámbito de la investigación. La promoción de la investigación es una de las inversiones más sabias que debería hacer cualquier gobierno. La famosa frase “Que inventen ellos” ya ha quedado atrás y hoy sabemos que un país que no investiga es un país que tiene sus días contados, que en el mejor de los casos va a vivir de prestado toda su vida, que va a consumir lo que otros hagan con mayor o peor fortuna, un país que no se va a ganar el respeto de la comunidad internacional. España no siempre ha sabido ver esto y muy probablemente algunos lodos que estamos recogiendo en la actualidad vienen de esta maldita deficiencia que vamos heredando generación tras generación. Si esto es cierto para la investigación en general, la investigación en el ámbito de la salud es todavía más importante. Podemos no consumir un tipo de coche o electrodoméstico pero todos somos usuarios y usuarias de nuestro cuerpo, nuestra mente y de nuestra salud. Y cualquier nuevo conocimiento que alcanzamos en el ámbito de la salud se traduce en una mejora del bienestar y la calidad de vida de muchos seres humanos. ¿Puede haber alguna ocupación más relevante?

La tradición investigadora en nuestras titulaciones es muy amplia. La titulación de Psicología, y concretamente uno de sus departamentos, ocupa el primer lugar en toda la Universitat Jaume I en productividad científica (tesis doctorales, artículos científicos en revistas con índices altos de impacto,

tenses moltes d’elles, en fronts molt diferents, que han permès posar a prova la flexibilitat, la cordialitat, la fortalesa, l’empatia i també la generositat de moltes persones. Resulta molt fàcil sentir-se orgullós de tots els que han fet possible tot això, i tan sols presenciar el desplegament d’esforç realitzat, i com tantes persones han donat el millor d’elles mateixes, ja ha pagat la pena.

Però una facultat és molt més que la difusió de coneixement i la formació de l’estudiantat. També és la generació de nous sabers i, llavors, entrem necessàriament en l’àmbit de la investigació. La promoció de la investigació és una de les inversions més sàvies que hauria de fer qualsevol govern. La famosa frase “Que inventen ells” ja ha quedat arrere i avui sabem que un país que no investiga és un país que té els dies comptats, que en el millor dels casos viurà a l’esquena dels altres tota la vida, que consumirà el que altres facen amb major o pitjor fortuna, un país que no es guanyarà el respecte de la comunitat internacional. Espanya no sempre ha sabut veure-ho i molt probablement alguns fangs que estem recollint en l’actualitat vénen d’aquesta maleïda deficiència que hem heretat durant generacions. Si això és cert per a la investigació en general, la investigació en l’àmbit de la salut és encara més important. Podem no consumir un tipus de cotxe o d’electrodomèstic però tots som usuaris i usuàries del nostre cos, de la nostra ment i de la nostra salut. I qualsevol nou coneixement que abastem en l’àmbit de la salut es tradueix en una millora del benestar i la qualitat de vida de molts éssers humans. Pot haver-hi alguna tasca més rellevant?

La tradició investigadora en les nostres titulacions és molt àmplia. La titulació de Psicologia, i concretament un dels seus departaments, ocupa el primer lloc en tota la Universitat Jaume I en productivitat científica (tesis doctorals, articles científics en revistes amb índexs alts d’impacte, presentacions a congressos, etc.) i aquesta ten-

presentaciones en congresos, etc.) y esta tendencia se mantiene en el tiempo. Se trata de una investigación con una elevada calidad, como indican los datos, que además cubre un espectro de temas muy amplio, desde la investigación más básica en metodología, en procesos mentales o en las bases biológicas y neuropsicológicas del comportamiento humano, hasta la investigación en ámbitos más aplicados como la psicología social y de grupos, del trabajo y las organizaciones, la psicología comunitaria, educativa, evolutiva, clínica y la psicología de la salud. No es casualidad tampoco que en las jornadas de investigación que se han celebrado desde el curso 1994-95 en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales a la que perteneció la titulación de Psicología hasta el nacimiento de la nueva Facultad de Ciencias de la Salud, los trabajos presentados solo en esta disciplina hayan sido más del 50 % de toda la antigua facultad, es decir, solo las aportaciones de Psicología se equiparaban a la suma del resto de titulaciones. Además, esto se produjo con un incremento importante entre los años 1995 y 2011, multiplicándose por dos el número de aportaciones en este intervalo de tiempo. Desde el nacimiento de la nueva Facultad de Ciencias de la Salud se han celebrado dos ediciones de las jornadas de investigación de Psicología y tan solo en la primera celebrada en el curso 2012-13 se presentaron 62 trabajos. Obviamente no se puede decir todavía lo mismo de la actividad investigadora que el nuevo profesorado de Medicina y Enfermería ha desarrollado en la Universidad porque apenas lleva cuatro años entre nosotros. Cuatro años en los que la prioridad ha sido la implantación de los estudios. Pero, sin duda, el potencial investigador de titulaciones como Medicina es tremendo, de gran valor estratégico para la UJI y no digamos para la sociedad en su conjunto. En estos momentos, algunos grandes investigadores están formando sus equipos en estas disciplinas y que aparezcan sus primeros y relevantes frutos solo es cuestión de tiempo. Y algo si-

dència es manté en el temps. Es tracta d'una investigació amb una qualitat elevada, com indiquen les dades, que a més cobreix un espectre de temes molt ampli, des de la investigació més bàsica en metodologia, en processos mentals o en les bases biològiques i neuropsicològiques del comportament humà, fins a la investigació en àmbits més aplicats com ara la psicologia social i de grups, del treball i les organitzacions, la psicologia comunitària, educativa, evolutiva, clínica i la psicologia de la salut. No és casualitat tampoc que en les jornades d'investigació que s'han celebrat des del curs 1994/1995 en la Facultat de Ciències Humanes i Socials, a la qual va pertànyer la titulació de Psicologia fins al naixement de la nostra nova Facultat de Ciències de la Salut, els treballs presentats només en aquesta disciplina hagen sigut més del 50 % de tota l'antiga facultat, és a dir, només les aportacions de Psicologia s'equiparaven a la suma de la resta de titulacions. A més, això es va produir amb un increment important entre els anys 1995 i 2011, quan es va multiplicar per dos el nombre d'aportacions en aquest interval de temps. Des del naixement de la nova Facultat de Ciències de la Salut s'han celebrat dues edicions de les jornades d'investigació de Psicologia i tan sols en la primera, celebrada en el curs 2012-2013, s'hi van presentar 62 treballs. Òbviament, no es pot dir encara el mateix de l'activitat investigadora que el nou professorat de Medicina i Infermeria ha desenvolupat en la Universitat perquè a penes porten quatre anys entre nosaltres. Quatre anys en què la prioritat ha sigut la implantació dels estudis. Però, sens dubte, el potencial investigador de titulacions com Medicina és immens, de gran valor estratègic per a l'UJI i, per descomptat, per a la societat en el seu conjunt. En aquests moments, alguns grans investigadors i investigadores estan formant els seus equips en aquestes disciplines i que apareguen els primers i rellevants fruits només és qüestió de temps. I quelcom de semblant succeirà amb Infermeria,

milar sucederá en Enfermería, una titulación con menor tradición investigadora pero que con la implantación de los grados y los primeros programas de doctorado, sin duda, demostrará que también en este campo se puede y se debe investigar y aportar nuevos conocimientos para el mejor cuidado de nuestros pacientes. De momento, en estos cuatro años, Medicina y Enfermería han celebrado cada una de ellas, dos jornadas o congresos nacionales e internacionales para el estudiantado que han tenido un gran éxito de participación. Ya en el I Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina, celebrado el 22 de marzo de 2012, una treintena de estudiantes presentaron trabajos de investigación. Y en las Jornadas Científicas Internacionales para los Estudiantes de Enfermería de la UJI, celebradas el 17 de mayo de 2013, lo hicieron veintiún estudiantes.

Las jornadas de investigación para los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud nacen a partir de la convicción acerca de la importancia que también tiene formar a nuestro alumnado en investigación. Pensamos que es muy importante que el estudiantado no sea un mero receptor pasivo de conocimientos alcanzados por otros, sino que entienda que el saber se construye día a día y que puede ser protagonista activo de la ciencia. Queremos transmitir claramente al estudiantado que la investigación no es un mero adorno que poco tiene que ver con la realidad profesional, sino una actitud que tiene que acompañarle durante toda su vida. La investigación supone un interés por buscar más allá de lo que se nos presenta ante los ojos, de lo que parece evidente. Decía Diderot: «Se me debe exigir que busque la verdad pero no que la encuentre». Y en ese sentido, el buen investigador y la buena investigadora se ven abocados a la humildad. En el ámbito de la salud, solo a través de la investigación podemos hacer que nuestros profesionales lo hagan cada vez mejor y este fin debería ser un imperativo ético para todos nosotros, dado que la calidad de vida y el bienestar de la población estará en buena medida en manos del personal profesionali-

una titulació amb menor tradició investigadora però que, amb la implantació dels graus i els primers programes de doctorat, sens dubte, demostrarà que també en aquest camp es pot i s'ha d'investigar i s'han d'aportar nous coneixements per a la millor atenció dels nostres pacients. De moment, en aquests quatre anys, Medicina i Infermeria han celebrat cadascuna d'elles, dues jornades o congressos nacionals i internacionals per a l'estudiantat que han tingut un gran èxit de participació. Ja en el I Congrés Nacional d'Estudiants de Medicina, celebrat el 22 de març de 2012, una trentena d'estudiants van presentar-hi treballs d'investigació. I en les Jornades Científiques Internacionals per als Estudiants d'Infermeria de l'UJI, celebrades el 17 de maig de 2013, van ser-ne vint-i-un.

Les jornades d'investigació per a l'estudiantat de la Facultat de Ciències de la Salut naixen a partir de la convicció al voltant de la importància que té formar el nostre alumnat en investigació. Pensem que és molt important que l'estudiantat no siga un mer receptor passiu de coneixements aconseguits per altres, sinó que entenga que el saber es construeix dia a dia i que ells i elles poden ser protagonistes actius de la ciència. Volem transmetre'ls clarament que la investigació no és tan sols un adorn que poc té a veure amb la realitat professional, sinó una actitud que ha d'acompanyar-los durant tota la vida. La investigació suposa un interès per cercar més enllà del que se'ns presenta davant els ulls, d'allò que sembla evident. Deia Diderot: «Se m'ha d'exigir que cerque la veritat però no que la trobe». I en aquest sentit, el bon investigador i la bona investigadora es veuen abocats a la humilitat. En l'àmbit de la salut, només a través de la investigació podem fer que els nostres professionals ho facen cada vegada millor i això hauria de ser un imperatiu ètic per a tots nosaltres, atès que la qualitat de vida i el benestar de la població estarà en gran manera en mans del personal professional que formarem en la nostra facultat. Per als

zado que vamos a formar en nuestra facultad. Para nuestros jóvenes investigadores e investigadoras que están empezando con una beca de colaboración, de proyecto o predoctoral o que simplemente se han acercado a un grupo de investigación con el fin de aprender y de explorar en qué consiste todo este mundo, las jornadas de investigación son una gran oportunidad de aprender: aprender a hacer sus primeras búsquedas bibliográficas, a buscarse sus muestras de participantes para sus estudios, familiarizarse con instrumentos y técnicas de investigación, a refrescar y profundizar sus conocimientos metodológicos, a escribir un pequeño trabajo, a ser capaces de entresacar las ideas más importantes, a exponerlas en público ajustándose a un tiempo reducido, a someterse a la crítica constructiva del auditorio, etc. En ocasiones puede ser una primera experiencia que lleve muy lejos y que haga que el joven alumnado quede marcado por una sensación que le motivará a seguir investigando.

La revista que nace hoy, *Àgora de salut*, intenta recoger todo esto. Pretende ser un instrumento o un medio para que el joven personal investigador de nuestras tres titulaciones y de otras que en un futuro puedan unirse en el camino, publique sus primeros trabajos, aquellos que hayan realizado para ser presentados en las jornadas de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud. Decimos «de salud» porque es el común denominador de la Facultad. La mejora de la salud y el bienestar de la población es el objetivo final que da sentido a la Psicología, la Enfermería y la Medicina y en nuestro centro siempre tenemos presente que ese es nuestro horizonte, lo que la sociedad espera de nosotros. «Àgora» porque esta palabra hace referencia al sustantivo griego proveniente del verbo ἀγείρω que significa 'reunir, juntar, agrupar, convocar' y eso es lo que pretendemos hacer con la revista. Los antiguos griegos se reunían en el àgora de la polis para discutirlo todo, porque todo era discutible, confiados y entregados a su razón como único instrumento para llegar a la

nostres joves investigadors i investigadores que estan començant amb una beca de col·laboració, de projecte o predoctoral, o que simplement s'han acostat a un grup d'investigació a fi d'aprendre i d'explorar en què consisteix tot aquest món, les jornades d'investigació són una gran oportunitat d'aprendre: aprendre a fer les seues primeres recerques bibliogràfiques, a cercar les mostres de participants per als estudis, a familiaritzar-se amb instruments i tècniques d'investigació, a refrescar i aprofundir els coneixements metodològics, a escriure un xicotet treball, a ser capaços de triar les idees més importants, a exposar-les en públic ajustant-se a un temps reduït, a sotmetre's a la crítica constructiva de l'auditori, etc. De vegades, pot ser una primera experiència que porte molt lluny i que faça que el jove estudiantat quede marcat per una sensació que el motivarà per continuar investigant.

La revista que naix avui, *Àgora de salut*, intenta recollir tot això. Pretén ser un instrument o un mitjà perquè els joves investigadors i investigadores de les nostres tres titulacions i d'altres que en un futur puguen unir-se en el camí, publiquen els seus primers treballs, aquells que hagen realitzat per a ser presentats en les jornades d'investigació de la Facultat de Ciències de la Salut. Diem «de salut» perquè és el comú denominador de la Facultat. La millora de la salut i el benestar de la població és l'objectiu final que dóna sentit a la Psicologia, l'Infermeria i la Medicina i en el nostre centre sempre tenim present que aquest és el nostre horitzó, allò que la societat espera de nosaltres. «Àgora» perquè aquesta paraula 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. Els antics grecs es reunien a l'àgora de la polis per a discutir-ho tot, perquè tot era discutible, confiats i entregats a la seua raó com a únic instrument per arribar a la veritat, la veritat sobre l'ésser humà, sobre la millor manera de governar i de conduir-



verdad, la verdad sobre el ser humano, sobre el mejor modo de gobernar y de conducirse a sí mismos, sobre el fin último de la educación y sobre el cosmos en su conjunto. En nuestra revista, *Ágora de salud*, pretendemos convocar y reunir a nuestro joven estudiantado para que presente sus investigaciones, dirigidas por el profesorado que trabaja en las diferentes líneas de las distintas titulaciones. Esperamos ser capaces de transmitirle los valores que identifican a nuestro proyecto de centro que no son otros que la curiosidad, el esfuerzo, la honestidad, el tesón, la humildad, el entusiasmo, la ilusión, el humanismo, la solidaridad y la justicia social. Y también anhelamos que el alumnado de cada titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud aprenda a convivir conociendo, respetando y admirando al de las otras titulaciones. Sería una verdadera inversión de futuro para que algún día sean capaces de trabajar juntos codo con codo en equipos interdisciplinarios por la mejora de la salud y el bienestar de las personas en los hospitales y los centros de salud, pero también en los gabinetes, las empresas y las escuelas.

se a si mateixos, sobre el fi últim de l'educació i sobre el cosmos en el seu conjunt. En la nostra revista *Ágora de salut* pretenem convocar i reunir els nostres joves estudiants i estudiantes perquè presenten les seues investigacions, dirigits pel professorat que treballa en les diferents línies de les distintes titulacions. Esperem ser capaços de transmetre'ls els valors que identifiquen el nostre projecte de centre que no són altres que la curiositat, l'esforç, l'honestedat, la tenacitat, la humilitat, l'entusiasme, la il·lusió, l'humanisme, la solidaritat i la justícia social. I també anhelem que l'estudiantat de cada titulació de la Facultat de Ciències de la Salut aprenga a conivire coneixent, respectant i admirant el de les altres titulacions. Seria una vertadera inversió de futur perquè algun dia siguin capaços de treballar junts braç a braç en equips interdisciplinaris per a la millora de la salut i el benestar de les persones als hospitals i als centres de salut, però també als gabinetes, les empreses i les escoles.



# PSICOLOGIA BÀSICA

---



## Las diferencias individuales en sensibilidad a la recompensa modulan la actividad cerebral en una tarea de control inhibitorio con contingencias de reforzamiento

PATRICIA ROSELL-NEGRE  
prosell@uji.es

JUAN CARLOS BUSTAMANTE  
jbustama@unizar.es

VÍCTOR COSTUMERO  
vcostume@uji.es

PAOLA FUENTES-CLARAMONTE  
pfuentes@uji.es

NOELIA VENTURA-CAMPOS  
venturan@uji.es

ALFONSO BARROS-LOSCERTALES  
barros@uji.es

CÉSAR ÁVILA-RIVERA  
avila@uji.es

### Resumen

**Introducción:** La motivación apetitiva influye sobre procesos cognitivos como el control inhibitorio, y dicha influencia parece asociarse con cambios en la actividad del sistema dopaminérgico. Por otra parte, las diferencias individuales en Sensibilidad a la Recompensa (SR) parecen modular la actividad de las áreas cerebrales que constituyen dicho sistema. El objetivo de este estudio es determinar si las diferencias individuales en SR modulan la actividad cerebral de áreas implicadas en una tarea de control inhibitorio, cuando se recompensa la ejecución correcta a lo largo de la misma. **Metodología:** Nueve sujetos diestros participaron en el estudio. Se utilizó una tarea de señal de stop con contingencias de reforzamiento monetario. Para medir la SR se empleó el cuestionario SPSRQ de Torrubia y cols. (2001). El procesamiento de las imágenes y el análisis estadístico se realizó mediante el SPM8. **Resultados:** Los resultados funcionales mostraron un efecto de inhibición ( $p < 0.005$ , a nivel de vóxel no corregido) en áreas frontales, parietales y estriales involucradas en procesos de control inhibitorio. Por otra parte, se observó un efecto de interacción inhibición-reforzamiento ( $p < 0.005$ , a nivel de vóxel no corregido) en el giro frontal inferior (GFI) izquierdo y el estriado. Además, se obtuvo una correlación positiva ( $r = 0.842$ ,  $p < 0.01$ ) entre la puntuación en la escala SR y la actividad del GFI. **Conclusión:** La SR incrementa la actividad del GFI izquierdo du-

rante la inhibición conductual recompensada monetariamente. Las diferencias individuales en personalidad modulan la interacción entre procesos cognitivos y motivacionales.

**Palabras clave:** recompensa, control inhibitorio, sensibilidad a la recompensa, personalidad.

## Abstract

**Introduction:** Appetitive motivation has an effect on cognitive processes such inhibitory control. This effect is suggested to be associated with functional changes in the dopaminergic system. On the other hand, individual differences in Sensitivity to Reward (SR) seem to modulate brain activity in this system. The aim of this study was to find out whether individual differences in SR would modulate brain activity of regions implicated in an inhibitory control task when correct performance was rewarded. **Methods:** Nine right-handed participants took part in the study. They performed a stop-signal task with monetary contingencies. The SPSRQ questionnaire (Torrubia *et al.*, 2001) was used to measure SR. Image processing and statistical analyses were carried out using SPM8. **Results:** Our findings showed that the frontal cortex, parietal cortex and striatum, were active during the stop-signal task performance ( $p < 0,005$ , voxel-wise uncorrected level). Moreover, a reward-inhibition interaction effect ( $p < 0,005$ , voxel-wise uncorrected level) was observed in the left inferior frontal gyrus (IFG) and striatum. Finally, a positive correlation between SR scores and IFG activity ( $r = 0.842$ ,  $p < 0,01$ ) was obtained. **Conclusions:** SR increases brain activation in the left IFG during behavioral inhibition under reward contingencies. Therefore, individual differences in personality modulate brain activation during the interaction of cognitive and motivational processes.

**Keywords:** reward, response inhibition, sensitivity to reward, personality.

## Introducción

El comportamiento adaptativo requiere de una constante evaluación de las acciones llevadas a cabo (Pessoa y Engelmann, 2010) y de sus consecuencias, así pues, se puede afirmar que el comportamiento está afectado por factores motivacionales ligados al refuerzo y al castigo (Pessoa y Engelmann, 2010). Padmala y Pessoa (2011) sugieren diferentes formas de modulación motivacional no excluyentes entre sí; (1) el aumento de motivación «energiza» la función cognitiva, lo cual hace más veloz la ejecución, (2) la motivación mejora las funciones ejecutivas, y (3) la motivación influye en la selección de la información necesaria para realizar una determinada tarea correctamente. Diversos estudios investigan cómo la motivación puede llegar a afectar a la cognición, y en consecuencia a la conducta, utilizando para ello el refuerzo de la correcta ejecución en diferentes tipos de paradigmas relacionados con funciones de control cognitivo, como la atención (Krebs y cols., 2009; Padmala y Pessoa, 2011; Stoppel y cols., 2011), el control inhibitorio (Padmala y Pessoa, 2010), el cambio de norma (Savine y Braver, 2010), la memoria de trabajo (Beck y cols., 2010; Gilbert y Fiez, 2004) o la toma de decisiones (Pochon y cols., 2002; Rogers y cols., 2004). Un ejemplo de ello es el estudio de Tompowski y Tinsley (1996), en el que utilizando una tarea de atención sostenida, observaron que cuando los participantes eran reforzados económicamente por su participación conseguían

mantener la atención, mientras que cuando no se les recompensaba la atención sostenida disminuía significativamente.

Los resultados funcionales obtenidos han mostrado que la red neuronal involucrada en la interacción entre el control cognitivo y la motivación apetitiva incluye áreas (1) frontales como el córtex prefrontal medio o el giro frontal inferior, (2) parietales como el sulco intraparietal o ínsula, y (3) estriatales como el núcleo accumbens, o el putamen (Padmala y Pessoa, 2011; Stoppel y cols., 2011; Padmala y Pessoa, 2010; Savine y Braver, 2010; Beck y cols., 2010; Pochon y cols., 2002; Rogers y cols., 2004). De igual modo, los apuntan a la dopamina como principal neurotransmisor involucrado en esta interacción (Engelmann y cols., 2009; Zink y cols., 2004; Pessoa y Engelmann, 2010; Ávila y cols., 2012). Según Aarts y cols. (2011) la dopamina dirige la información desde los circuitos frontoestriatales más ventromediales (p. ej.: núcleo accumbens y córtex orbitofrontal) implicados en la recompensa y la motivación apetitiva, hasta circuitos frontoestriatales (p. ej.: caudado, putamen y córtex prefrontal dorsolateral) dorsolaterales asociados con la cognición y la acción.

La influencia sobre la cognición y la conducta por parte de la motivación apetitiva, vendría definida por las diferencias individuales en rasgos de personalidad (Locke y Braver, 2008) como por ejemplo, la Sensibilidad a la Recompensa (SR). La SR es un rasgo de personalidad relacionado con el Sistema de Aproximación Conductual (SAC), el cual define las diferencias individuales en la sensibilidad y reactividad a los estímulos apetitivos, y se relaciona con la actividad de estructuras mesocorticolímbicas (Ávila y cols., 2008). Al igual que sucedía con la interacción cognitivo-motivacional Ávila y cols., (2012) apuntan a la dopamina como principal neurotransmisor implicado en la regulación de la actividad del SAC. Estudios como los de Locke y Braver (2008) y Simon y cols. (2010) investigaron a nivel neuronal la interacción entre la atención y la motivación apetitiva utilizando tareas de atención con contingencias de refuerzo, y analizaron la influencia de la activación del SAC sobre esta interacción. En el primero de los estudios mencionados, observaron que aquellos participantes con un alto SAC mostraban mayor activación del estriado ventral cuando recibían la recompensa por la correcta ejecución. Mientras que Locke y Braver (2008), hallaron que áreas como el córtex orbitofrontal (COF), caudado y córtex prefrontal (CPF), correlacionaban positivamente con altas puntuaciones en el SAC. En la misma línea, Ávila y cols., (2012), examinaron la asociación entre las puntuaciones en SR y las áreas cerebrales involucradas en una tarea de cambio de set, observando que la actividad del giro frontal inferior (GFI) y el estriado, áreas relacionadas con la ejecución de dicha tarea, estaba a su vez modulada por las diferencias individuales en SR.

El presente estudio se centrará en un proceso de control cognitivo como es la inhibición de respuesta. La inhibición de respuesta es la habilidad o capacidad de suprimir una acción en respuesta a cambios en el estado interno o en el entorno de un individuo, de donde subyacen un amplio rango de comportamientos críticos en el funcionamiento adaptativo (Congdon y cols., 2012). Este tipo de procesos suelen ser estudiados con tareas «go/no-go» o tareas de señal de stop (del inglés, *stop-signal task*). Diversos estudios han mostrado la implicación de áreas como el córtex frontal inferior derecho (CFI derecho), tálamo bilateral, córtex frontal medial (área premotora y córtex cingulado anterior), estriado, córtex parietal (CP) y córtex orbitofrontal (COF) bilateral en este tipo de tareas de inhibición conductual (Aron y Poldrack, 2006; Aron y cols., 2007; Verbruggen y Logan, 2008). El objetivo de nuestro estudio es analizar: (1) si la motivación apetitiva influye sobre la actividad cerebral durante la ejecución de una tarea de señal de stop, y (2) si tal influencia se ve modulada por diferencias individuales en el rasgo de personalidad de SR. Se predice que: (1) Existirán diferencias en la actividad de las áreas cerebrales implicadas en la tarea de señal de stop, cuando haya contingencia de reforzamiento en comparación a cuando no las haya; y que (2) las diferencias individuales en SR correlacionarán de forma positiva con la actividad de las áreas cerebrales implicadas en procesos cognitivos de inhibición cuando la correcta ejecución sea recompensada.

## Métodos

### *Participantes*

En este estudio participaron 9 voluntarios diestros (8 hombres y 1 mujer) con una media de edad de 36,44 años (D. S. = 7,57; rango = 27-47 años) y una media de años de educación de 13,44 años (D. S. = 3,5; rango = 8-17 años). Los criterios de inclusión bajo los que se realizó la selección de la muestra fueron: (1) no tener enfermedad médica o neurológica importante o trastorno psicopatológico, (2) no tener antecedentes de traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia superior a 30 minutos, y (3) sin consumo actual de medicamentos o sustancias psicoactivas.

Todos los participantes completaron el Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa (SCRSQ; Torrubia, Ávila, Moltó y Caseras, 2000), obteniendo una puntuación media para la SR de 12,67 (D. S. = 3,43; rango = 8-18). Además, fueron informados sobre la naturaleza de la investigación y firmaron un consentimiento informado por escrito. Al finalizar se les pagó por su participación según su ejecución. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universitat Jaume I de Castellón.

### *Paradigma*

La tarea utilizada fue una tarea de señal de stop con contingencias de refuerzo monetario (véase figura 1). En las tareas de señal de stop los participantes deben responder a un estímulo en función de alguna característica del mismo (ensayos go). Ocasionalmente, este estímulo al que el participante debe responder, va seguido de una señal de stop que indica a los participantes que deben detener su respuesta (ensayos stop). Para introducir el componente motivacional apetitivo en el paradigma, se recompensaron económicamente los ensayos correctamente ejecutados (tanto los ensayos go como los ensayos stop) a lo largo de la tarea.

En los ensayos go se presentaba un cuadrado con un círculo pequeño dentro del mismo (estímulo-respuesta; ER). La tarea de los participantes consistía en indicar si el círculo estaba en la parte superior o inferior dentro de un cuadrado. En las instrucciones, que fueron leídas a cada uno de los participantes, se les pedía que respondieran tan rápido como pudieran durante la presentación del ER, ya que las respuestas que se dieran fuera de este tiempo serían tratadas como erróneas. Los ensayos stop, eran idénticos a los go, con la excepción que tras un intervalo de tiempo variable denominado «retraso de la señal de stop» (SSD, del inglés *stop signal delay*) se presentaba un cuadrado tachado con un aspa (señal-stop; SS) que indicaba a los participantes que debían detener la respuesta que habían iniciado tras la presentación del ER. El SSD se ajustaba dinámicamente durante toda la tarea dependiendo de la ejecución del participante en el ensayo stop previo dentro de un rango temporal de 50 a 850 ms. Si el participante conseguía inhibir, el SSD aumentaba 50 ms haciendo la inhibición más difícil, mientras que si el participante no conseguía inhibir su respuesta en el ensayo previo el SSD disminuía 50 ms haciendo la tarea más fácil. Este procedimiento, conocido con el nombre de *staircasing* asegura que los participantes consigan inhibir la respuesta en aproximadamente el 50 % de los ensayos stop (Logan y cols., 1997; Logan y Cowan, 1984).

Tanto los ensayos go como los stop se secuenciaron de forma pseudoaleatoria, comenzando con la presentación de un punto de fijación durante 500 ms con el objetivo de captar la atención del participante. Tras este punto de fijación y antes del ER, aparecía una figura geométrica durante 1 s (señal; s) que indicaba si ese mismo ensayo iba o no a ser recompensado económicamente por su correcta ejecución. La aparición de un círculo informaba de que la correcta ejecución en ese mismo ensayo iba a ser recompensada económicamente con 0,20 euros (condición-recompensa), mientras que la aparición de un triángulo informaba de que no se les iba a recompensar (condición-control). Tras un intervalo de tiempo variable de 2, 3 ó 4 segundos



(intervalo entre S y ER; ISI señal) aparecía el ER (durante 1 segundo) al que los participantes debían responder. Tras el ER, los sujetos veían una pantalla en negro durante 1, 2 o 3 segundos (intervalo entre el ER y el *feedback*; ISI *feedback*). Por último, se presentaba el *feedback* (F) correspondiente a ese ensayo durante 500 ms, el cual dependía de la condición experimental en la que se encontraba el ensayo (recompensa o control) y de la ejecución del participante. Dentro de los ensayos go, un acierto se consideraría responder adecuadamente a la posición del círculo pequeño establecida de forma pseudoaleatoria dentro del cuadrado, mientras que en los ensayos stop, un acierto sería conseguir inhibir la respuesta. Respecto a la pseudoaleatorización de los ensayos stop, nunca se presentaron dos ensayos stop seguidos, y se intercalaron de 1 a 4 ensayos go por cada ensayo stop de forma pseudoaleatorizada, teniendo en cuenta que el número de ensayos intercalados fuera el mismo para los ensayos de la condición recompensa y condición control. Tras el F volvía a aparecer una pantalla en negro con una duración variable de entre 1 y 4 segundos (intervalo entre ensayos) siguiendo una distribución exponencial de 1 a 4 segundos con una media lo más próxima posible a 1 segundo.

Todos los sujetos realizaron 2 bloques de 170 ensayos cada uno, lo cual hace un total de 340 ensayos, de los cuales 100 eran ensayos stop (30 %) y el resto go. A su vez, de los 340 ensayos, la mitad pertenecían a la condición control y la otra mitad a la condición recompensa. Por lo que obtuvimos 120 ensayos go-condición control, 120 ensayos go-condición recompensa, 50 ensayos stop-condición control y 50 ensayos stop-condición recompensa. La duración media de cada ensayo fue de 7,30 segundos, con lo cual cada bloque duraba aproximadamente 20,71 minutos. Los bloques estaban separados por un descanso de 2 minutos. En el *feedback* correspondiente al último ensayo de cada bloque aparecía además el dinero que el participante llevaba acumulado hasta ese momento.

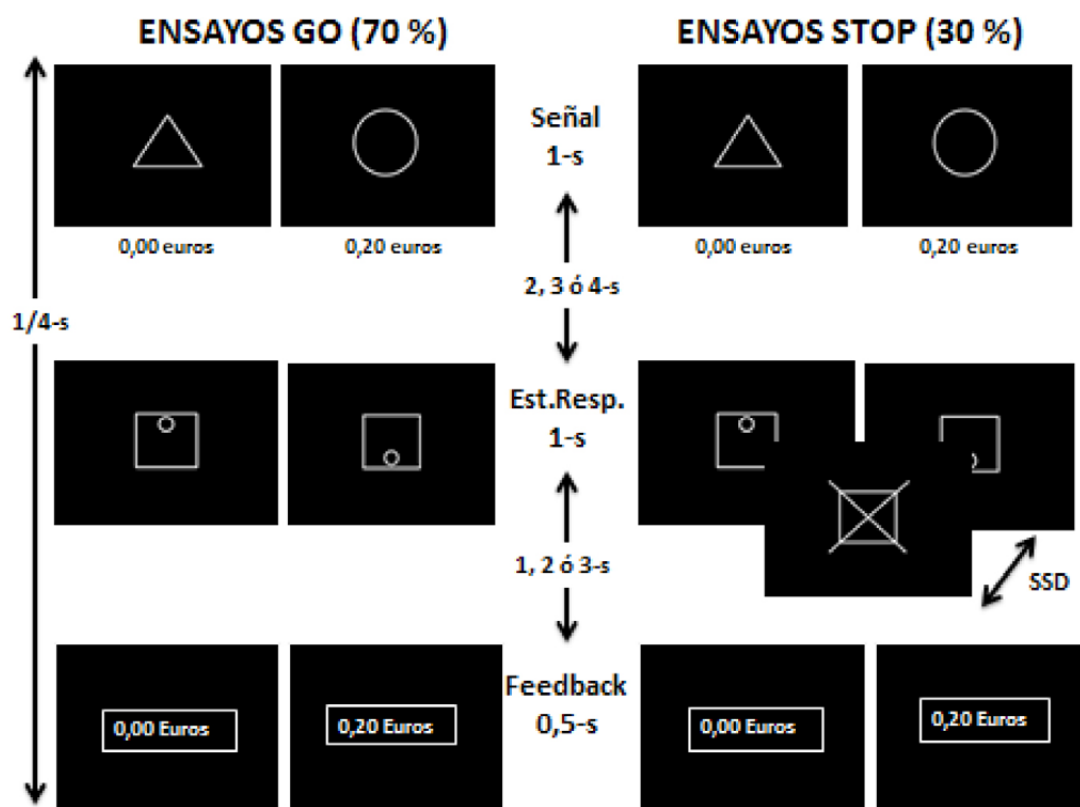


Figura 1. Tarea stop-signal

Antes de entrar en el escáner, todos los participantes recibieron las mismas instrucciones de la tarea y se les informó de que recibirían una recompensa económica al finalizar su participación que dependería de su ejecución a lo largo de la tarea. Una vez dentro del escáner y durante la adquisición del volumen anatómico, completaron una versión práctica de la tarea de una duración de 11,36 minutos. De esta tarea práctica se extrajo la mediana de los SSD de cada una de las condiciones experimentales (recompensa y control) para cada participante y ambos valores fueron introducidos como SSD iniciales en la tarea dentro del escáner. Como hemos dicho anteriormente, el SSD se ajustaba dinámicamente durante toda la tarea, pero lo hacía de forma independiente para cada una de las condiciones de la tarea, es decir, si el participante no conseguía inhibir su respuesta en un ensayo dentro de la condición control, esto afectaría al SSD del siguiente ensayo control. De igual modo, un error en la inhibición dentro de la condición recompensa solo afectaría al siguiente ensayo dentro de la condición recompensa.

### *Adquisición de datos de fMRI*

Los datos de RMF basados en el contraste del nivel de sangre oxigenada (BOLD, del inglés *Blood Oxygenated Level Dependent*) fueron adquiridos en una Siemens Avanto de 1,5 T (Erlangen, Alemania). Los participantes fueron colocados en una posición supina en el escáner de Resonancia Magnética (RM). Sus cabezas fueron inmovilizadas con cojines para reducir los artefactos producidos por el movimiento. El paradigma fue presentado en resonancia utilizando las gafas Visuastim XGA con una resolución de 800 x 600 (Resonance Technologies, Inc., CA, EE. UU.), y con un sistema de dos botones de respuesta (ResponseGrip, NNL, Noruega).

Se utilizó una secuencia gradiente-echo T2\* echo-planar RM fue utilizada para la adquisición de las imágenes funcionales (TE = 48 ms, TR = 2000 ms, flip angle = 90°, matriz = 64 x 64, tamaño de vóxel = 3.5 x 3.5, con 4.5 mm de grosor y 0.5 mm de separación entre cortes). Se adquirieron 24 cortes axiales intercalados paralelos al plano de la comisura anterior-comisura posterior cubriendo el cerebro entero. Antes de la secuencia de RM (Resonancia Magnética) funcional se adquirió un volumen 3D anatómico usando una secuencia T1 gradiente-echo (TE= 4.9 ms, TR= 11ms, FOV= 224 mm, matriz= 256 x 256 x 160, tamaño de vóxel= 1 x 1 x 1).

### *Preprocesado de las imágenes*

El preprocesado de las imágenes y los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPM8 (Statistical Parametric Mapping, Wellcome Institute of Cognitive Neurology, Londres RU). Todos los volúmenes funcionales fueron realineados al primer volumen funcional y corregidos por movimiento. Además se coregistraron con el anatómico correspondiente y se normalizaron en base a un espacio estereotáxico estándar (plantilla proporcionada por el Instituto Neurológico de Montreal) con los parámetros obtenidos de la segmentación anatómica. Se aplicó un suavizado espacial con un filtro gaussiano de 8 mm. Además, la serie temporal de la respuesta hemodinámica fue filtrada con un filtro de alta frecuencia (128 s) para eliminar componentes de baja frecuencia.

### Análisis estadístico

#### - Datos conductuales

Se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0 para Windows, SPSS Inc., EE. UU.). El tiempo de reacción para la señal de «stop» (SSRT, del inglés *stop-signal reaction time*) proporciona una estimación del «tiempo de reacción inhibitorio», y fue calculado restando la media del SSD al tiempo de reacción (TR) medio de los ensayos go correctos (Verbruggen y cols., 2008). El análisis de la ejecución conductual se realizó calculando las medias de las variables conductuales de interés (TR para los ensayos go correctos, SSRT y porcentaje de aciertos de los ensayos stop) por separado para la condición control y condición recompensa (véase tabla 1). Se aplicó una prueba T para muestras relacionadas con el objetivo de averiguar si las diferencias entre ambas condiciones eran estadísticamente significativas.

#### - Datos fMRI

El análisis estadístico se realizó sobre los datos individuales y grupales usando el Modelo Lineal General (Friston, 1995). Este método corrige autocorrelaciones temporales y espaciales en los datos de RMF. En el análisis de primer nivel (efectos fijos), las series temporales de cada participante obtenidas del pre-procesado se modelaron para cada condición de interés, utilizando la función de respuesta hemodinámica y su derivada temporal. Los parámetros de corrección de movimiento de cada sujeto se incluyeron en el modelo como regresores de no interés. Se extrajeron nueve contrastes por separado para cada sujeto. Las activaciones o efectos cerebrales con respecto a (1) go correcta condición recompensa, (2) go correcta condición control, (3) stop correcto condición recompensa, (4) stop correcto condición control, (5) stop erróneo condición recompensa (6) stop erróneo condición control. A continuación, las imágenes de contraste obtenidas del análisis de primer nivel se utilizaron en un segundo nivel (efectos aleatorios) para obtener la activación cerebral grupal relacionada con el control inhibitorio y las diferencias entre condiciones de recompensas.

Para calcular el efecto cerebral de inhibir correctamente (efecto de inhibición) y el efecto cerebral de la interacción entre inhibir correcta o incorrectamente y obtener o no una recompensa monetaria (efecto de interacción), se realizó un análisis estadístico vóxel a vóxel a nivel de todo el cerebro utilizando una ANOVA 2 Inhibición (correctas, incorrectas) x 2 Condición (recompensa, control) de medidas repetidas a un nivel  $p < 0.005$  sin corregir para múltiples comparaciones. En el caso del efecto principal de inhibición se realizó un contraste inhibiciones correctas vs. inhibiciones incorrectas incluyendo tanto los ensayos de la condición control como los ensayos de la condición recompensa. Mientras que para estudiar la interacción cognitivo motivacional, se utilizó el mismo contraste, pero teniendo en cuenta si los ensayos pertenecían a la condición control o recompensa.

Siguiendo estudios previos (Hahn y cols., 2009; Gray y cols., 2005; Simon y cols., 2010), el análisis de los efectos de la SR sobre las áreas cerebrales involucradas en la interacción cognitivo-motivacional, se llevó a cabo correlacionando las puntuaciones individuales de nuestros participantes en SR y el valor medio de la actividad en las áreas involucradas de dicha interacción. El análisis se restringió a los volúmenes de interés (VOI, del inglés *volumes of interest*) en las áreas cerebrales que se observaron implicadas en la interacción cognitivo-motivacional en el presente estudio. Para identificar las diferentes VOI se utilizaron las coordenadas del pico máximo de activación. Cada una de las VOI consistió en una esfera de 8 mm de radio centrada en el vóxel que mostró el pico de activación. Para cada uno de los participan-

tes, se calculó la media de la señal BOLD de los vóxeles activos dentro de esa VOI. Por último, esos valores fueron correlacionados con las puntuaciones de SR. El umbral del análisis de correlación se estableció en  $p < 0.05$ .

## Resultados

### Conductuales

Los resultados conductuales de interés aparecen resumidos en la tabla 1. Se observaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en el TR medio para responder al ER en los ensayos go correctos, siendo menor en los ensayos reforzados que en los controles. Críticamente, se observó una tendencia hacia la significatividad ( $p = 0,0535$ ) en la variable SSRT, siendo menor de nuevo en la condición recompensa que en la control. La correcta ejecución en los ensayos stop fue aproximadamente del 50 % para ambas condiciones.

Tabla 1  
Media (desviación estándar) de las variable conductuales de interés en la condición control y en la condición de refuerzo de la tarea

	CONTROL	REFUERZO	SIGNIFICACIÓN*
TR ensayos GO (ms)	645,71 (89,79)	621,77 (95,76)	0,02
Inhibiciones correctas (%)	51.6 (7,41)	52 (8.86)	0,47
SSD (ms)	476.29 (188.98)	478.54 (184.71)	0,3
SSRT (ms)	167.34 (151.32)	145.36 (123.12)	0,05
TR ensayos STOP incorrectos (ms)	602,91 (111,37)	602,24 (108,86)	0,48
Errores ensayos GO (%)	7.6 (7.38)	5.45 (4.74)	0,09

TR, tiempo de reacción; ms, milisegundos; SSD, *stop-signal delay*; SSRT, *stop-signal reaction time*

\*Diferencias significativas entre condiciones ( $p < 0,05$ )

### fMRI

Los efectos de inhibición (véase tabla 2) se observaron en el giro frontal inferior (GFI) izquierdo (figura 2, a), giro frontal superior (GFS) izquierdo (figura 2, b), en el córtex cingulado anterior (CCA) (figura 2, c), giro parietal inferior (GPI) izquierdo (figura 2, d), y estriado derecho (figura 2, e).

Tabla 2  
Efectos cerebrales para los análisis de interés

ANÁLISIS LOCALIZACIÓN (REGIÓN CEREBRAL)	ÁREA DE BROADMAN	LATERALIZACIÓN	X	Y	Z	K	T
<b>EFFECTO DE INHIBICIÓN</b>							
Giro frontal inferior	10	Izq.	-27	53	-2	162	3,60
Giro frontal superior	8	Izq.	-39	29	46	190	4,79
Córtex cingulado anterior	32	Izq.	-3	41	1	113	4,91
Giro parietal inferior	39	Izq.	-39	-55	25	963	4,69
Estriado		Der.	12	11	-5	128	3,91
<b>EFFECTO DE INTERACCIÓN</b>							
Giro frontal inferior	10	Izq.	-42	35	4	14	3,31
Estriado		Der.	15	5	-5	18	3,66

Izq., izquierdo; der., derecho; k, extensión del cluster de activación obtenido; t, puntuación estadística obtenida para dicho efecto; x/y/z, coordenadas MNI en los tres ejes

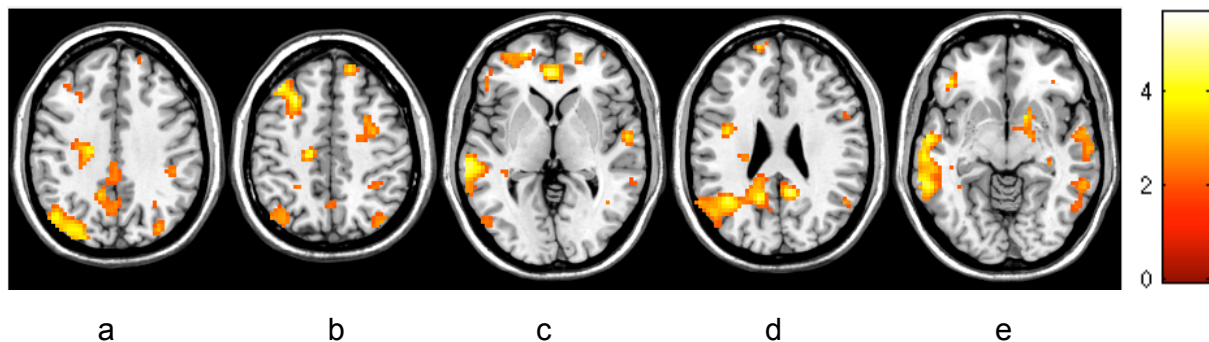
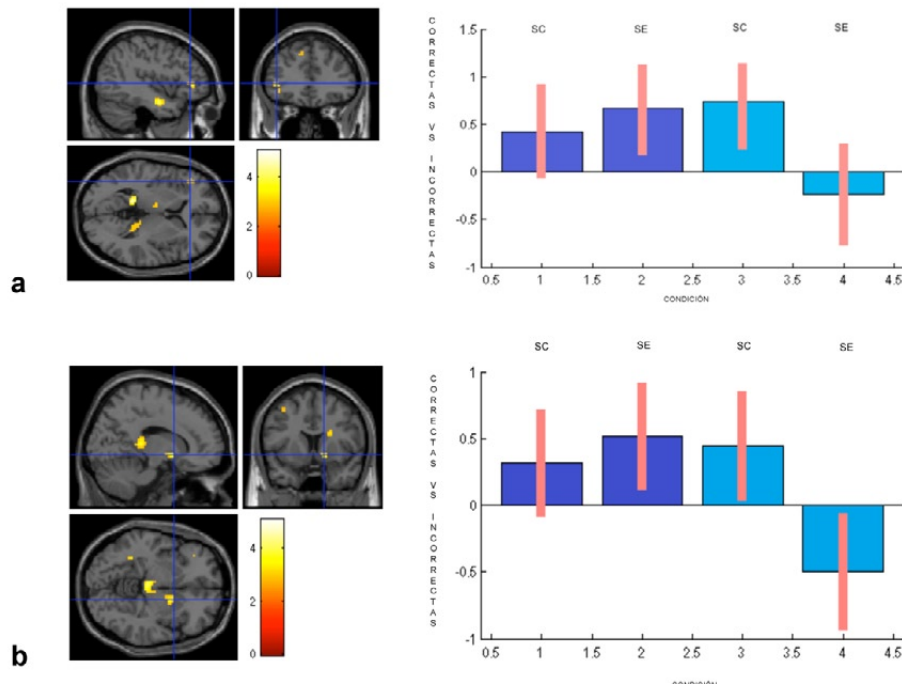


Figura 2. Efectos de inhibición ( $p < 0,005$ , a nivel de vóxel no corregido)

Se obtuvo un efecto de interacción condición por inhibición en el GFI izq. (figura 3, a) y en el estriado derecho (figura 3, b).

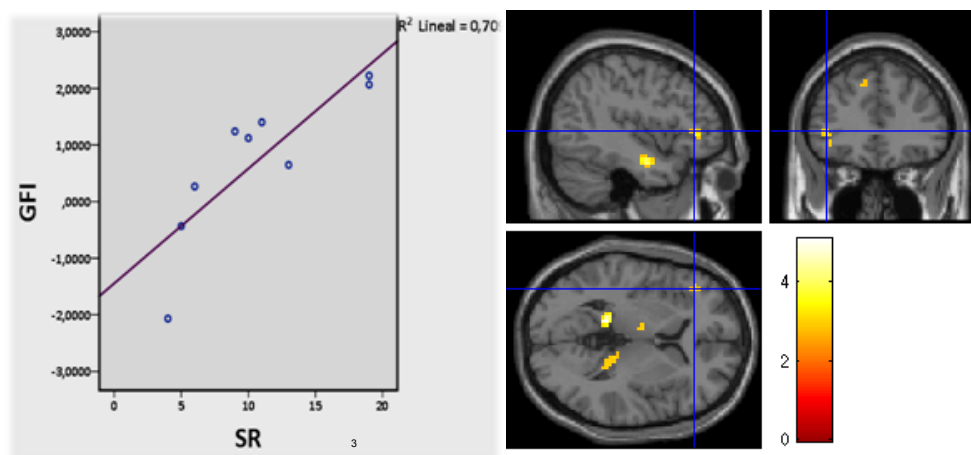
La barra de colores representa los valores estadísticos del efecto de inhibición.



SC, Stop correcto; SE, Stop Erróneo. Azul oscuro, condición control; azul celeste, condición recompensa. La barra de colores representa los valores estadísticos del efecto de la interacción.

Figura 3. Efectos cerebrales en la interacción ( $p < 0,005$ , a nivel de vóxel no corregido)

El análisis de correlación produjo una correlación positiva entre las puntuaciones en SR y la activación del GFI izq. obtenida en el efecto de interacción (véanse tabla 2 y figura 4).



GFI, Giro Frontal Inferior; SR, Sensibilidad a la Recompensa. La barra de colores representa los valores estadísticos del efecto de la interacción.

Figura 4. Efectos de correlación entre el giro frontal inferior izquierdo y las puntuaciones en SR

## Discusión y conclusiones

El paradigma de señal de stop aplicado en este estudio ha mostrado las activaciones típicas en este tipo de procesos cognitivos. Así, nuestros resultados muestran los efectos cerebrales de la inhibición de la red fronto-parietal y en áreas estriatales en concordancia con la literatura previa (Casey y cols., 2002; Padmala y Pessoa, 2010; Aron y cols., 2007; Aron y Poldrack, 2006; Verbruggen y Logan, 2008). Por otra parte, cuando introducimos contingencias de refuerzo monetario en esta tarea, hemos observado que la actividad del GFI izquierdo y del estriado derecho pueden verse influenciadas por el hecho de recompensar o no la correcta ejecución en la tarea (Padmala y Pessoa, 2010; Padmala y Pessoa, 2011; Aarts y cols., 2011; Engelmann y cols., 2009; Locke y Braves, 2008). Por último, hemos mostrado que dicha actividad puede verse modulada por diferencias individuales en rasgos de personalidad relacionados con la motivación apetitiva como la SR (Ávila y cols., 2012; Ávila y Parcet, 2001).

Nuestros resultados muestran que durante procesos de inhibición conductual observamos la implicación del giro frontal inferior, giro frontal superior, córtex cingulado anterior y giro parietal. En este sentido, Verbruggen y Logan (2008) afirman que el giro frontal inferior se ha visto claramente implicado en procesos de inhibición de respuesta. Mientras que el córtex cingulado anterior está implicado en procesos de monitorización de la conducta. Por otra parte, el giro frontal superior se encargaría de procesar situaciones de conflicto (Padmala y Pessoa, 2011) y el giro parietal inferior de procesos de control atencional (Padmala y Pessoa, 2010). Por otra parte, obtuvimos una activación del estriado derecho, el cual se ha visto implicado en procesos de inhibición conductual y se ha relacionado con la saliencia del estímulo (Zink y cols., 2004). Estos autores definen un estímulo saliente como aquel que produce una activación y hacia el cual se dirigen las principales fuentes atencionales y conductuales. Puede que el contexto experimental utilizado en nuestro estudio haya hecho que el ER resulte incluso más saliente que la recompensa obtenida (Zink y cols., 2004).

Cuando analizamos la interacción entre los efectos de la tarea y el hecho de recompensar económicamente su correcta ejecución, se observó que tanto la actividad del GFI izq. como estriado derecho estaba influenciada por la motivación apetitiva. Estos resultados replican los obtenidos por Padmala y Pessoa (2010). En ambas áreas se observa un patrón de activación similar. Para la condición control observamos una mayor activación en los ensayos stop correctos (SC) que en los ensayos stop erróneos (SE). Sin embargo, para la condición recompensa ambas áreas se activan en los ensayos SC, pero se deactivan en los SE. Atendiendo a la implicación funcional de ambas áreas, podríamos especular que la deactivación del GFI izq. cuando no se consigue inhibir, podría producirse por la falta de procesamiento de la saliencia del ER por parte del estriado.

Las diferencias individuales en SR de los participantes correlacionaron de forma positiva con la actividad del GFI, lo cual está de acuerdo a lo que se obtuvo en un reciente estudio llevado a cabo por Ávila y cols. (2012), en el que correlacionaron las diferencias individuales en SR con la actividad de las áreas implicadas en una tarea de cambio de norma, en la cual se necesita de una importante implicación de procesos de control cognitivo para llevarla a cabo. Teniendo en cuenta que la SR es un rasgo de personalidad muy ligado a la actividad del sistema dopaminérgico y que este modula el flujo de información desde circuitos frontoestriatales ventrales, implicados en la recompensa y la motivación, hacia circuitos frontoestriatales dorsales, asociados con la cognición y la acción (Aarts, 2011), resulta conforme a lo esperado que la actividad del GFI se vea modulada por la actividad de los circuitos dopaminérgicos. De lo cual se infiere, que la actividad del GFI permite la inhibición de la respuesta y dicha actividad se ve incrementada cuando la inhibición conlleva la obtención de un refuerzo. Y a su vez, este

aumento en la actividad del GFI podría ser más acusado si se tiene una puntuación alta en SR.

Respecto a la ejecución de este tipo de tareas cognitivas, no existe un consenso claro sobre cómo afecta el refuerzo monetario a variables conductuales de interés como por ejemplo el TR o el número de acierto de los ensayos stop (Padmala y Pessoa, 2011; Stoppel y cols., 2011; Padmala y Pessoa, 2010; Savine y Braver, 2010; Beck y cols., 2010; Pochon y cols., 2002; Rogers y cols., 2004). En este sentido, los resultados obtenidos en el presente estudio contradicen, en parte, a los resultados obtenidos en el único estudio previo similar al nuestro (Padmala y Pessoa, 2010). Es en la variable SSRT donde encontramos la contradicción más importante entre ambos estudios, ya que para Padmala y Pessoa (2010) el SSRT fue mayor en la condición recompensa que en la control, lo cual puede interpretarse como que a sus participantes les costó inhibir más en la condición recompensa que en la control, mientras que en el presente estudio sucede completamente lo contrario. Tales diferencias pueden ser debidas a la existencia de diferencias metodológicas entre ambos estudios; (1) Padmala y Pessoa (2010) no recompensaron los ensayos stop correctamente inhibidos tal y como hicimos nosotros. Esto puede conllevar a que los participantes elijan la estrategia de esperar la aparición de la señal de stop antes de responder al ER, ya que de este modo se aseguran la correcta ejecución en ambos tipos de ensayos. (2) Padmala y Pessoa (2010) utilizan un diseño de bloques según la condición, mientras que en el presente estudio se empleó un *fast event-related*. Por otra parte, respecto a la muestra utilizada, se debe destacar que es demasiado reducida ( $n = 9$ ) para sacar conclusiones extrapolables a la población general y resta validez a los resultados obtenidos, y que no es equivalente en número respecto al sexo, por lo que se propone la ampliación de la muestra para su posible replicación o contrastación. A su vez, esta medida ofrecería una mayor variabilidad a los datos, y tal vez supliría la falta de correlación entre los datos conductuales y funcionales obtenidos. Por último, se destaca la elección del contraste stop correctos contra stop erróneos para entender las bases neuronales del control cognitivo durante una tarea de señal de «stop», ya que otros autores como Aron y Poldrack (2006) emplearon la estrategia de contrastar las imágenes stop correctas contra go correctas.

Con lo que se ha expuesto a lo largo del presente estudio, podemos sugerir que los efectos de la motivación apetitiva sobre la actividad de áreas cerebrales implicadas en procesos de control cognitivo puede ser modulada por rasgos de personalidad caracterizados por una alta sensibilidad a estímulos reforzadores como es la SR. En este sentido, tales implicaciones funcionales deberían tenerse en cuenta a la hora de evaluar y abordar enfermedades mentales que se han visto relacionadas con la falta de control cognitivo, la cual se manifiesta en problemas de desinhibición y impulsividad (Ávila y cols., 2008; Logan y cols., 1997), tales como, los trastornos alimentarios, adicciones, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o incluso la manía (Aron y cols., 2007). Nuevos estudios con aproximaciones metodológicas más completas serían necesarios para ampliar y dar validez a los resultados obtenidos en este estudio.

## Referencias bibliográficas

- Aarts, E., Holstein, M. & Cools, R. (2011). Striatal dopamine and the interface between motivation and cognition. *Frontiers in psychology*, 2, article 163.
- Aron, A. & Poldrack, R. (2006). Cortical and subcortical contributions to stop-signal response inhibition: role of the subthalamic nucleus. *Journal of Neuroscience*, 26 (9): 2424-2433.
- Aron A., Durston, S., Eagle, D., Logan, G., Stinear, C. & Stuphorn, V. (2007). Converging evidence for a fronto-basal-ganglia network for inhibitory control of action and cognition. *The journal of neuroscience*, 27(44), 11860-11864.



- Ávila, C., Garbin, G., Sanjuán, A., Forn, C., Barrós-Loscertales, A., Bustamante, J., Rodríguez-Pujadas, A., Belloch, V. & Parcet, M. (2012). Frontostriatal response to set switching is moderated by reward sensitivity. *SCAN*, 7, 423-430.
- Ávila, C., Parcet, M. & Barros, A. (2008). A cognitive neuroscience approach to individual differences in sensitivity to reward. *Neurotoxicity Research*. 14(2,3), 191-203.
- Ávila, C. & Parcet, M. (2001). Personality and inhibitory deficits in the stop-signal task: the mediating role of Gray's anxiety and impulsivity. *Personality and individual differences*. 31, 975-986.
- Band, G., Van der Molen, M. & Logan, G. D. (2003). Horse-race model simulations of the stop-signal procedure. *Acta Psychologica*. 112,105-142.
- Beck, S., Locke, H., Savine, A., Jimura, K. & Braver, T. (2010). Primary and Secondary Rewards Differentially Modulate Neural Activity Dynamics during Working Memory. *Plos one*. 5(2), e9252.
- Casey, B. J., Thomas, K. M, Davidson, M. C., Kunz, K. & Franzen, P. L. (2002). Dissociating striatal and hippocampal function developmentally with a stimulus-response. *The Journal of Neuroscience*, 22(9): 8647-8652.
- Chambers, C.D., Garavan, H. & Bellgrove, M. A. (2009). Insights into the neural basis of response inhibition from cognitive and clinical neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33:631-646.
- Chevrier, A., Noseworthy, M. & Schachar, R. (2007). Dissociation of Response Inhibition and Performance Monitoring in the Stop Signal Task Using Event-Related fMRI. *Human Brain Mapping*. 28,1347-1358.
- Congdon, E., Mumford, J., Cohen, J., Galvan, A., Canli, T. & Poldrack, R. (2012). Measurement and reliability of response inhibition. *Frontiers in psychology*, 3(37).
- Duncan, J. & Owen, A. (2000). Common regions of the human frontal lobe recruited by diverse cognitive demands. *Trends Neuroscience*. 23 (10), 475-483.
- Engelmann, J., Damaraju, E., Padmala, S. & Pessoa L. (2009). Combined effects of attention and motivation on visual task performance: transient and sustained motivational effects. *Frontiers in human neuroscience*. 3(4).
- Friston, K. J., Holmes, A. P., Poline, J. B. y cols. (1995). Analysis of fMRI time-series revisited. *Neuroimage*, 2(1), 45-53.
- Gilbert, A. & Fiez, J. (2004). Integrating rewards and cognition in the frontal cortex. *Cognitive and affective behavioural neuroscience*. 4(4), 540-552.
- Gray, J., Burgess, G., Schaefer, A., Yarkoni, T., Larsen, R. & Braver, T. (2005). Affective personality differences in neural processing efficiency confirmed using fMRI. *Cognitive, affective and behavioral neuroscience*. 5(2),182-190.
- Hahn, T., Dresler, T., Ehlis, A., Plichta, M., Heinzl, S., Polak, T., Lesch, K., Breuer, F., Jakob, P. & Fallgatter, A. (2009) Neural response to reward anticipation is modulated by Gray's impulsivity. *NeuroImage*. 46, 1148-1153.
- Johnstone, S., Dimoska, A., Smith, J., Barry, R., Pleffer, C., Chiswick, D. & Clarke, A. (2007). The development of stop-signal and Go/Nogo response inhibition in children aged 7-12 years: Performance and event-related potential indices. *International Journal of Psychophysiology*. 63, 25-38.
- Krebs, R., Schott, B., Schütze, H. & Düzel, E. (2009). The novelty exploration bonus and its attentional modulation. *Neuropsychologia*. 47(11), 2272-2281.
- Li, C., Krystal, J. & Mathalon, D. (2005). Fore-period effect and stop-signal reaction time. *Experimental Brain Research*. 167, 305-309.
- Li, C., Huang, C., Constable, R. & Sinha, R. (2006). Imaging Response Inhibition in a Stop-Signal Task:Neural Correlates Independent of Signal Monitoring and Post-Response Processing. *The Journal of Neuroscience*. 26(1),186-192.

- Li, C., Huang, C., Yan, P., Bhagwagar, Z., Milivojevic, V. & Sinha, R. (2008). Neural Correlates of Impulse Control During Stop Signal Inhibition in Cocaine-Dependent Men. *Neuropsychopharmacology*. 33, 1798-1806.
- Locke, H. & Braver, T. (2008). Motivational influences on cognitive control: behaviour, brain activation, and individual differences. *Cognitive, affective and behavioural Neuroscience*, 8(1), 99-112. *Neuroimage*. 62(3), 1841-1847.
- Logan, G. D. & Cowan, W. B. (1984). On the ability to inhibit thought and action: A theory of an act of control. *Psychological Review*, 91, 295-327.
- Logan, G. D., Schachar, R. & Tannock, R. (1997). Impulsivity and inhibitory control. *Psychological Science*. 8, 60-64.
- O'Connor, D., Rossiter, S., Yücel, M., Lubman, D. & Hester, R. (2012). Successful inhibitory control over an immediate reward is associated with attentional disengagement in visual processing areas. *Neuroimage*, 62 (3): 1841-1847.
- Padmala, S. & Pessoa, L. (2010). Interactions between cognition and motivation during response inhibition. *Neuropsychologia*, 48, 558-565.
- Padmala, S. & Pessoa, L. (2011). Reward reduces conflict by enhancing intentional control and biasing visual cortical processing. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 23(11), 3419-3432.
- Pessoa, L. & Engelmann, J. (2010). Embedding reward signals into perception and cognition. *Frontiers in neuroscience*. 4:17.
- Pochon, J., Levy, R., Fossati, P., Lehericy, S., Poline, J., Pillon, B., Le Bihan, D. & Dubois, B. (2002). The neural system that bridges reward and cognition in humans: An fMRI study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America (PNAS)*. 99(8), 5669-5674.
- Rogers, R., Ramnani, N., Mackay, C., Wilson, J., Jezzard, P., Carter, C. & Smith, S. (2004). Distinct portions of anterior cingulate cortex and medial prefrontal cortex are activated by reward processing in separable phases of decision-making cognition. *Biological Psychiatry*. 55(6), 594-602.
- Savine, A. & Braver, T. (2010). Motivated cognitive control: Reward incentives modulate preparatory neural activity during task-switching. *Journal of Neuroscience*. 30(31), 10294-10305.
- Simon, J., Walther, S., Fiebach, C., Friederich, H., Stippich, C., Weisbrod, M. & Kaise, S. (2010). Neural reward processing is modulated by approach- and avoidance-related personality traits. *Neuroimage*. 49, 1868-1874.
- Stoppel, A., Boehler, C., Strumpf, H., Heinze, H., Hopf, J. & Schoenfeld, M. (2011). Neural processing of reward magnitude under varying attentional demands. *Brain research*. 1383, 218-229.
- Tomporowski, P. & Tinsley, V. (1996). Effects of memory demand and motivation on sustained attention in young and older adults. *The American journal of psychology*. 109(2), 187-204.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and individual differences*, 31(6), 837-862. doi:10.1016/S0191-8869(00)00183-5.
- Verbruggen, F. & Logan, G. (2008). Response inhibition in the stop-signal paradigm. *Trends in cognitive sciences*. 12(11), 418-424.
- Verbruggen, F., Logan, G. & Stevens, M. (2008). STOP-IT: Windows executable software for the stop-signal paradigm. *Behavior Research Methods*. 40 (2), 479-483.
- Zink, C., Pagnoni, G., Martin-Skurski, M., Chappelow, J. & Berns, G. (2004). Human striatal responses to monetary reward depend on saliency. *Neuron*. 42, 509-517.

## Ansiedad y toma de decisiones en la *Iowa Gambling Task*\*

ALICIA FONFRÍA MORENO  
afonfria@uji.es

PILAR SEGARRA CABEDO  
segarra@uji.es

ROSARIO POY GIL  
poy@uji.es

ÀNGELS ESTELLER CANO  
aestelle@uji.es

RAÚL LÓPEZ PENADÉS  
penades@uji.es

PABLO RIBES GUARDIOLA  
pribes@uji.es

CARLOS VENTURA BORT  
cventura@uji.es

JAVIER MOLTÓ BROTONS  
molto@uji.es

### Resumen

La hipótesis de los marcadores somáticos propone que la emoción influye en la toma de decisiones mediante señales corporales que indican las consecuencias a largo plazo de una determinada elección. Estudios previos no concluyentes han mostrado que la ansiedad podría influir en el proceso de toma de decisiones. Con el objeto de investigar esta relación, una muestra de 54 estudiantes universitarias clasificadas en dos grupos extremos de ansiedad a partir de sus puntuaciones en la escala *Sensitivity to Punishment* (SP) del cuestionario SPSRQ realizaron la *Iowa Gambling Task* (IGT). La IGT simula la toma de decisiones en la vida real en términos de recompensa, castigo e incertidumbre, a través de una secuencia de elecciones de cartas de cuatro mazos diferentes con el objetivo de ganar dinero. Además de considerar el rendimiento conductual en la tarea, se registraron las respuestas de conductancia de la piel antes y después de cada elección, como medida de la activación psicofisiológica. Los resultados mostraron

\* Esta investigación ha sido posible gracias a la financiación de los proyectos SEJ2007-61742 del Ministerio de Ciencia e Innovación y PSI2011-22559 del Ministerio de Economía y Competitividad. Correspondencia: Javier Moltó, Laboratorio de Neurociencia Afectiva, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I, Avenida Sos Baynat s/n, 12071, Castellón, España. E-mail: [molto@uji.es](mailto:molto@uji.es).

que las participantes no ansiosas presentaban un rendimiento adaptativo en la tarea: un menor número de elecciones desventajosas y una mayor actividad electrodérmica inmediatamente antes de las elecciones desventajosas vs. ventajosas. Las participantes ansiosas, por el contrario, realizaron un mayor número de elecciones desventajosas y mostraron una ausencia de diferenciación electrodérmica anticipatoria entre las elecciones ventajosas y desventajosas. Estos resultados parecen sugerir que una elevada ansiedad perjudica la toma de decisiones, y son coherentes con la hipótesis de los marcadores somáticos destacando la importancia del desarrollo de marcadores somáticos anticipatorios para una toma de decisiones adecuada.

**Palabras clave:** marcadores somáticos, toma de decisiones, ansiedad, actividad electrodérmica, *Iowa Gambling Task*.

## Abstract

The somatic marker hypothesis posits that emotion influences decision-making through body signals that indicate long-term consequences of a particular choice. Previous inconclusive studies have shown that anxiety may influence the decision-making process. In order to investigate this relationship, a sample of 54 undergraduate female students classified into two extreme groups of anxiety –based on their Sensitivity to Punishment (SP) scale scores from the SPSRQ– performed the Iowa Gambling Task (IGT). The IGT simulates real life decision-making situations by involving conditions of reward, punishment, and uncertainty, through a sequence of choices from four different decks of cards in order to win money. In addition to behavioral performance, skin conductance responses before and after each choice were recorded as an index of psychophysiological activation. Non-anxious participants showed adaptive task performance: a smaller number of disadvantageous choices and greater electrodermal reactivity immediately before disadvantageous vs. advantageous choices. However, anxious participants made a higher number of disadvantageous choices and showed a lack of anticipatory electrodermal differentiation between advantageous and disadvantageous choices. These results seem to suggest that high anxiety impairs decision-making and are consistent with the somatic marker hypothesis, highlighting the importance of anticipatory somatic markers for making successful decisions.

**Keywords:** Somatic marker hypothesis. Decision-making. Anxiety. Skin conductance responses. Iowa Gambling Task.

## Introducción

Diversas investigaciones han demostrado que las emociones influyen en la toma de decisiones, actuando como una guía para una adecuada toma de decisiones (para una revisión véanse Bechara, Damasio y Damasio, 2000; Dunn, Dalgleish y Lawrence, 2006; Loewenstein, Weber, Hsee y Welch, 2001). Asimismo, se ha sugerido que los rasgos de personalidad podrían también desempeñar un papel importante en el proceso de toma de decisiones (Kim y Lee, 2011).

Una de las conceptualizaciones más importantes sobre cómo las emociones influyen en la toma de decisiones es la hipótesis de los marcadores somáticos de Antonio Damasio (1994). Según esta hipótesis, la toma de decisiones en situaciones complejas e inciertas está influenciada por señales corporales –marcadores somáticos– relacionadas con la homeostasis, las emociones y los sentimientos. Para cada opción de respuesta se genera un marcador somático y esta información queda almacenada en la memoria. De este modo, cuando se presenta otra situación en particular, similar a aquella experimentada previamente, se reactiva toda la información previamente almacenada relativa a las posibles opciones de respuesta y los posibles consecuencias de cada una de ellas. De este modo, los marcadores somáticos evocarían un escenario futuro acerca de las consecuencias a largo plazo de cada una de las opciones de respuesta, y actuarían como una guía en la elección futura de las opciones ventajosas frente a las desventajas.

La tarea experimental más utilizada para estudiar el proceso de toma de decisiones en contextos de laboratorio ha sido la *Iowa Gambling Task* (IGT; Bechara, Damasio, Damasio y Anderson, 1994). Esta tarea simula la toma de decisiones en la vida real en términos de recompensa y castigo en situaciones de incertidumbre. La tarea consiste en ganar la mayor cantidad de dinero posible eligiendo cartas de cuatro mazos diferentes. Los mazos se diferencian en la magnitud y la probabilidad de castigo, de forma que –a largo plazo– dos mazos resultan desventajosos y dos mazos ventajosos. Así, para ganar en esta tarea, los participantes han de aprender a evitar los mazos desventajosos y seleccionar cada vez más los mazos ventajosos.

Los resultados previos de estudios que utilizan la IGT han puesto de manifiesto que los pacientes con lesiones en la corteza prefrontal ventromedial muestran una ejecución desventajosa en la tarea, mientras que las muestras extraídas de la población normal suelen presentar en ella un rendimiento adecuado (Bechara *et al.*, 1994, 1999). Además, se encuentra una relación positiva entre una adecuada ejecución en la tarea y el desarrollo de marcadores somáticos, medidos a través de las respuestas de conductancia de la piel que se producen ante las elecciones desventajosas (las SCR; Bechara, Tranel, Damasio y Damasio, 1996). Así, aunque tanto los pacientes como los participantes del grupo control muestran las SCR tras las ganancias y las pérdidas, solo los participantes del grupo control generan las SCR anticipatorias antes de las jugadas que producen desventaja. La ausencia de las SCR anticipatorias en los pacientes lesionados ventromediales se asocia a una ejecución desventajosa en la IGT.

No obstante, conviene resaltar que aproximadamente un 20 % de los participantes de la población normal no muestran una ejecución adecuada en la IGT (Bechara y Damasio, 2002). Esta variabilidad en la ejecución de la IGT podría deberse a la influencia de ciertos factores como la edad (Denburg *et al.*, 2009), el nivel de educación (Davis *et al.*, 2008), el género (De Visser, Van der Knaap, Van de Loo, Van der Weerd, Ohl, Van den Bos, 2010; Reavis y Overman, 2001; Van den Bos, Den Heijer, Vlaarm y Houx, 2007) y/o ciertas características de personalidad (Glicksohn y Zilberman, 2010). Con respecto a este último factor, en los últimos años ha empezado a recibir atención la relación entre la ansiedad y la toma de decisiones, aunque los resultados todavía son contradictorios. Por una parte, parece que la ansiedad podría favorecer la toma de decisiones en la IGT. Así, Werner, Duschek y Schandry (2009) encontraron que una toma de decisiones ventajosa estaba asociada con altos niveles de ansiedad, rasgo evaluado mediante el *Trait Anxiety Inventory* (STAI-T; Spielberger *et al.*, 1983), y que existía una correlación positiva entre el nivel de ansiedad y las SCR anticipatorias. En cambio, otros estudios parecen indicar que la ansiedad podría perjudicar más que favorecer el proceso de toma de decisiones. Por ejemplo, en el estudio de Miu, Heilman y Houser (2008) se encontró una ejecución peor en la IGT en el grupo de ansiosos que en el grupo de participantes con bajas puntuaciones en el STAI-T. A nivel fisiológico, sin embargo, no se encontraron los marca-

dores somáticos esperados, quizá debido a que los participantes ansiosos y no ansiosos podrían mostrar distinta sensibilidad al *feedback* de recompensa y castigo. Así, algunos autores sugieren que los sujetos ansiosos podrían presentar un patrón anómalo durante el periodo de evaluación y de procesamiento del *feedback* de recompensa y castigo, periodos cruciales para lograr una adecuada toma de decisiones (Ernst y Paulus, 2005).

Este estudio pretende investigar la influencia de la ansiedad –evaluada mediante la escala de sensibilidad al castigo (SP) del cuestionario *Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire* (SPSRQ; Torrubia, Ávila, Moltó y Caseras, 2001)– en la ejecución de la IGT. Con el fin de evaluar los correlatos psicofisiológicos que acompañan a la toma de decisiones en la IGT, se registraron las respuestas de conductancia de la piel que acompañan e informan del proceso de toma de decisiones (Bechara *et al.*, 1997; Crone, Somsen, Van Beek y Van Der Molen, 2004). Asimismo, con el fin de controlar otras variables que parecen influir en la ejecución de esta tarea, la muestra experimental estuvo formada solo por participantes mujeres, con una edad similar y con el mismo nivel educativo.

De este modo, el objetivo de este estudio fue clarificar el papel que desempeña la ansiedad en la toma de decisiones, examinando la relación entre las diferencias individuales en ansiedad –evaluada mediante la escala de sensibilidad al castigo SP– y el rendimiento conductual (número de elecciones ventajosas vs. desventajosas) y fisiológico (respuesta de conductancia de la piel antes y después de cada tipo de elección) en la IGT.

## Método

### Participantes

La muestra inicial estaba compuesta por 54 estudiantes mujeres de la Universitat Jaume I de Castellón, con un rango de edad comprendido entre los 17 y los 37 años (media = 19.9; SD = 2.21). Las participantes fueron clasificadas en dos grupos experimentales en función de las puntuaciones obtenidas en la escala *Sensitivity to Punishment* (SP) del SPSRQ: grupo de Alta ansiedad –puntuaciones situadas en el cuartil superior en la escala SP (n = 15)– y grupo de Baja ansiedad –puntuaciones situadas en el cuartil inferior en la escala SP (n = 16)–. En la tabla 1 se presentan las puntuaciones de los dos grupos de participantes en las dos escalas (SP y SR) del SPSRQ y su edad. Como era de esperar, los grupos se diferenciaban solo en las puntuaciones en la escala SP y no se diferenciaban en la escala SR ni en la edad.

Tabla 1  
Medias y (desviaciones típicas) en las escalas *Sensitivity to Punishment* (sp) y *Sensitivity to Reward* (sr) para cada grupo experimental

	Grupo de Baja ansiedad	Grupo de Alta ansiedad	t	p
Edad	19.4 (2.2)	19 (2.3)	-.46	.64
SP	6.4 (1.7)	18.2 (2.0)	17.6	<.0001
SR	9.6 (3.4)	10 (4.7)	.29	.77

## Materiales

### Tarea experimental

En este estudio se utilizó una versión computerizada de la *Iowa Gambling Task* (Bechara, Damasio y Damasio (2000)). La tarea se llevó a cabo en un ordenador PC Pentium IV, que controlaba las ganancias y las pérdidas asociadas a cada elección, registraba las elecciones de la participante, y enviaba una señal digital al ordenador encargado del registro fisiológico para marcar el momento preciso de cada elección (véase el apartado *Registro psicofisiológico*).

En la pantalla del ordenador aparecían los cuatro mazos de cartas, etiquetados como A, B, C y D y se le indicaba a la participante que tenía que seleccionar una carta del mazo que deseara. En algunas ocasiones, la elección implicaba ganar algo de dinero –ensayos de recompensa– y, en otras, ganar y perder algo de dinero –ensayos de castigo. Las participantes eran asimismo informadas de que el objetivo de la tarea era ganar la mayor cantidad de dinero posible y que, aunque no se podía saber cuánto ganarían o perderían en cada jugada, algunos mazos eran peores que otros, por lo que para ganar deberían evitarlos. El número total de ensayos era de 100 elecciones, aunque las participantes no eran conscientes de cuántas cartas tenían que seleccionar en total hasta que finalizara el juego. La tabla 2 muestra la relación de recompensas y castigos para cada mazo de cartas de la IGT. Como se observa en la tabla, una ejecución adecuada en la tarea depende de seleccionar más cartas de los mazos C y D (mazos ventajosos), y menos de los mazos A y B (mazos desventajosos).

Tabla 2  
Relación de pérdidas y ganancias para cada mazo de cartas en la IGT

	Ganancia (\$)	Pérdida (\$)	Ganancia neta (cada 10 ensayos)
A	100 (100 % ensayos)	35 a 150 (50 % ensayos)	-250
B	100 (100 % ensayos)	1250 (10 % ensayos)	-250
C	50 (100 % ensayos)	25 a 75 (50 % ensayos)	250
D	50 (100 % ensayos)	250 (10 % ensayos)	250

### Escala de Sensibilidad al Castigo

Escala de Sensibilidad al Castigo del *Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire* (SPSRQ; Torrubia, Ávila, Moltó y Caseras, 2001). El SPSRQ es un cuestionario de personalidad diseñado para evaluar diferencias individuales en las dimensiones de ansiedad e impulsividad propuestas por J. A. Gray (1982, 1987). Consta de 48 ítems referidos a distintas situaciones de la vida cotidiana, ante los que el sujeto responde SÍ o NO en función de su forma de sentir, pensar o actuar. La escala de Sensibilidad al Castigo está compuesta por 24 ítems

que hacen referencia a situaciones generales novedosas o que implican la posibilidad de consecuencias aversivas, así como la preocupación por cometer errores o la amenaza de castigo.

### *Procedimiento*

Previamente al inicio del pase experimental se presentaba a las participantes el documento explicativo del experimento para recabar su consentimiento y, a continuación, se les administraba el cuestionario SPSRQ. Tras ello, se procedía a la realización de la tarea experimental. Durante el pase experimental, la participante permanecía sentada cómodamente, en una habitación insonorizada y con baja iluminación, delante de la pantalla del ordenador en la que se presentaban los cuatro mazos de cartas. Una vez colocados los sensores, se pedía a la participante que contemplara los cuatro mazos todo el tiempo que permanecían proyectados y que seleccionase una carta cuando apareciese en la pantalla el mensaje 'Elige una carta'. Cada vez que la participante hacía *click* con el ratón y seleccionaba una carta, se generaba una marca en el registro poligráfico que identificaba de forma precisa cada carta elegida de un mazo específico. El intervalo entre ensayos (IEE) era de 9 segundos como mínimo, a los que se añadía el tiempo que tardaba la participante en realizar la siguiente elección. Así, la media de los IEE fue de aproximadamente 15 segundos. Durante el IEE de 9 segundos, los mazos permanecían expuestos en la pantalla, y la participante podía pensar la siguiente elección. El ordenador estaba programado para no registrar las respuestas emitidas durante este intervalo.

### *Registro psicofisiológico*

Durante la realización de la IGT se registró de forma continua la actividad electrodérmica asociada con cada respuesta mediante dos electrodos Ag/AgCl, de 8 mm de diámetro, colocados en la protuberancia hipotenar de la palma de la mano izquierda (Fowles *et al.*, 1981). Las SCRs que se generaban en la tarea se clasificaron en tres categorías: (1) las SCR tras recompensa –actividad electrodérmica generada tras las elecciones que iban acompañadas por una recompensa y sin castigo–, (2) las SCR tras castigo –actividad electrodérmica generada tras la selección de cartas que iban seguidas de una recompensa y un castigo–, y (3) las SCR anticipatorias –actividad electrodérmica generada antes de la selección de una carta de un determinado mazo, esto es, durante el periodo de tiempo en el que la participante ponderaba cuál era el mazo a escoger–. Las ventanas temporales para las SCR tras recompensa y castigo eran los 5 segundos inmediatamente posteriores a la selección de una carta. Las SCR anticipatorias fueron aquellas generadas desde el final de la ventana recompensa/castigo hasta el inicio de la siguiente elección.

La adquisición de la conductancia de la piel se llevó a cabo a través del módulo GSR100C del sistema de poligrafía BIOPAC MP150 (*Biopac Systems*, CA, EE. UU.) y fue controlada por un ordenador MacBook Pro mediante la aplicación *AcqKnowledge 4.1*. Esta aplicación fue empleada también posteriormente para la depuración de los datos de las SCR, ya que proporciona un conjunto amplio de medidas y de transformaciones matemáticas para el análisis de la señal. A continuación se muestran los pasos que se siguieron para la cuantificación de las SCR tras recompensa, tras castigo y anticipatorias:



- A. Eliminación de los *downdrifts* en la onda de las SCR, mediante la transformación matemática de la función de –diferencia–. Esta función mide la diferencia (en amplitud) entre dos puntos separados por 10 muestras. Esta diferencia se divide posteriormente por el intervalo temporal entre la primera y la última muestra seleccionada.
- B. Medida del área bajo la curva en la ventana temporal de los 5 segundos tras la selección de una carta para el cálculo de las SCR tras recompensa y castigo, y en la ventana temporal desde el final de esos 5 segundos hasta la siguiente elección para el cálculo de las SCR anticipatorias. El área bajo la curva se expresa en términos de unidades de amplitud (microsiemens,  $\mu\text{S}$ ) por intervalo de tiempo (segundos, s).
- C. Promediado de las áreas bajo la curva ( $\mu\text{S/s}$ ) de las SCR tras recompensa y de las SCR tras castigo en función del tipo de mazo (ventajosos, desventajosos).
- D. Promediado de las áreas bajo la curva ( $\mu\text{S/s}$ ) de las SCR anticipatorias en función del tipo de mazo (ventajosos, desventajosos).

### *Análisis estadísticos*

El rendimiento conductual en la IGT se cuantificó mediante el número selecciones de los mazos de cartas ventajosos y desventajosos realizadas en cada uno de los 5 bloques de 20 ensayos en que se dividió la tarea. Para cada bloque se calculó una puntuación sobre la ejecución en la IGT, sustrayendo el número de elecciones de los mazos desventajosos (A y B) del número de elecciones de los mazos ventajosos (C y D). Así, la ejecución de cada participante venía indicada por la puntuación neta CD-AB. Puntuaciones netas en la IGT por debajo de 0 indican una ejecución desventajosa, mientras que puntuaciones mayores de 0 indican una ejecución ventajosa. El proceso de aprendizaje en la IGT fue evaluado mediante un ANOVA mixto 2 x 5 sobre la puntuación neta, con el factor entre sujetos de Grupo (Alta vs. Baja ansiedad) y la variable intrasujeto de Bloque (B1, B2, B3, B4, B5).

La actividad psicofisiológica post-elección fue analizada mediante un ANOVA de medidas repetidas 2 (Tipo de *feedback*: recompensa, castigo) x 2 (Tipo de mazo: ventajoso, desventajoso) para cada grupo experimental por separado. Finalmente, la actividad psicofisiológica anticipatoria fue analizada por separado para cada grupo experimental mediante pruebas t de Student de comparación de medias entre los mazos ventajosos y desventajosos. Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico JMP (versión 10.0.2).

## **Resultados**

### *Rendimiento conductual en la IGT*

El efecto principal del Bloque alcanzó la significación estadística, ( $F [4,26] = 2.72$ ;  $p < .04$ ), viéndose modulado por la interacción significativa Grupo x Bloque ( $F [4,26] = 5.67$ ;  $p < .001$ ), que señalaba la existencia de un patrón diferente en la ejecución a lo largo de la tarea en función del grupo de ansiedad. Como se observa en la figura 1, en los Bloques 1 y 2 ambos grupos mostraron una puntuación neta inferior a cero, indicando una ejecución desventajosa pero, a partir del Bloque 3 y hasta el final de la tarea, la ejecución de los dos grupos fue diferente: el grupo de Baja ansiedad mostró una puntuación neta significativamente superior (y por encima de 0: rendimiento ventajoso) al grupo de Alta ansiedad (siempre por debajo de 0: rendimiento desventajoso) en los Bloques 4 y 5 ( $t = -3.02$ ;  $p < .01$ ;  $t = -2.38$ ;  $p = .05$ ; respectiva-

mente); el grupo de Baja ansiedad también tendió a mostrar un rendimiento ventajoso en comparación con el grupo de Alta ansiedad en el Bloque 3 ( $t = -1.9$ ;  $p = .07$ ).

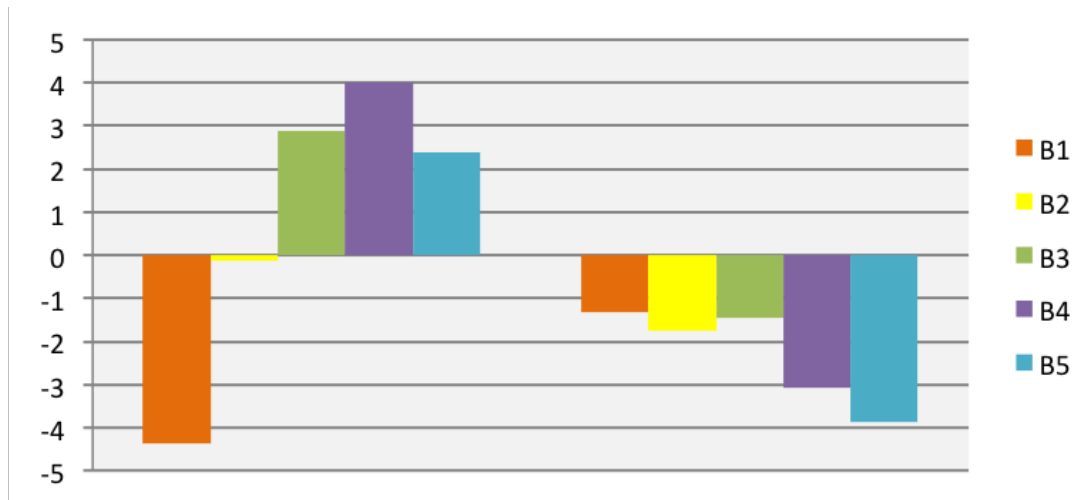


Figura 1. Promedio de las puntuaciones netas en cada uno de los cinco bloques de ensayos para los grupos de Baja y Alta ansiedad

En la figura 2 se representa de forma más detallada el patrón de rendimiento de ambos grupos en la elección de jugadas de los mazos ventajosos y desventajosos a lo largo de toda la tarea. Así, se observa que las participantes con bajas puntuaciones en ansiedad eligieron más veces los mazos ventajosos y menos los desventajosos a partir del Bloque 3 de la tarea, mientras que el grupo con elevadas puntuaciones en ansiedad mostró a lo largo de toda la tarea una preferencia por los mazos desventajosos, más evidente incluso en los últimos bloques.

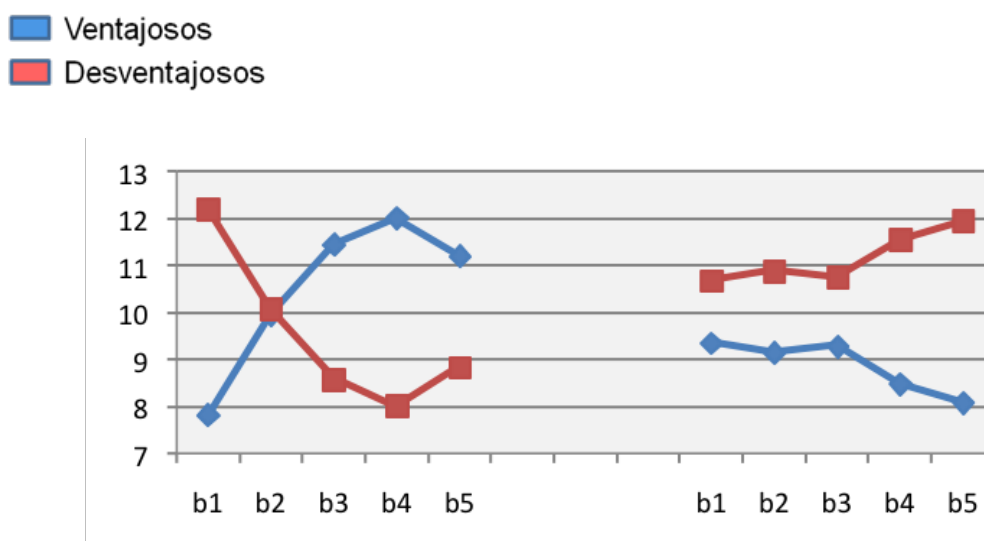


Figura 2. Promedio de las elecciones a los mazos ventajosos y desventajosos para los para los grupos de Baja y Alta ansiedad

*Respuestas de conductancia post-elección*

Los análisis sobre las SCR post-elección mostraron un efecto principal significativo de la variable Tipo de *feedback* tanto para el grupo de Alta ansiedad ( $F [1,14] = 5.64; p < .04$ ) como para el grupo de Baja ansiedad ( $F [1,15] = 6.21; p < .03$ ). El examen de las SCR tras castigo y tras recompensa reveló patrones opuestos en ambos grupos: las participantes con elevadas puntuaciones en ansiedad presentaban mayores las SCR tras castigo que tras recompensa (0.365 vs. 0.346  $\mu\text{S/s}$ ), mientras que las participantes con bajas puntuaciones en ansiedad presentaban mayores las SCR tras recompensa que tras castigo (0.357 vs. 0.339  $\mu\text{S/s}$ ). El efecto principal de la variable Tipo de mazo y la interacción Tipo de *feedback* x Tipo de mazo no resultaron estadísticamente significativos en ninguno de los dos grupos experimentales ( $p > .16$ ).

*Respuestas de conductancia anticipatorias*

La figura 3 muestra los promedios de las SCR anticipatorias en función del tipo de mazo para cada grupo experimental. Las participantes con bajas puntuaciones en ansiedad mostraron una actividad electrodérmica anticipatoria significativamente mayor ante los mazos desventajosos que ante los ventajosos ( $t = 1.95, p < .05$ ), pero no así las participantes con altas puntuaciones en ansiedad ( $p = .43$ ).

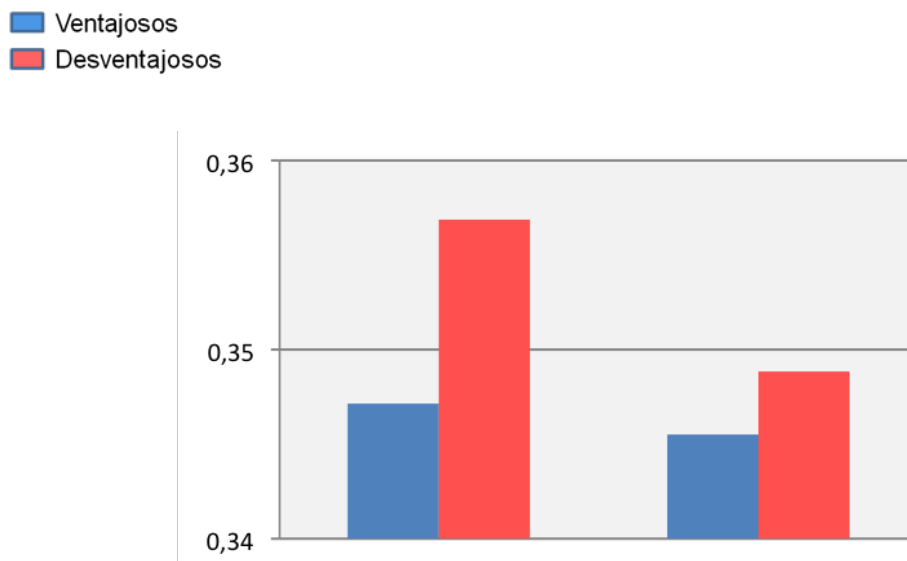


Figura 3. Promedio de las SCR anticipatorias a cada tipo de mazo para los para los grupos de Baja y Alta ansiedad

**Conclusiones**

Los resultados de este estudio muestran que la ansiedad parece interferir en el proceso de toma de decisiones. Así, las participantes con bajas puntuaciones en ansiedad mostraron una adecuada ejecución en la IGT, eligiendo cada vez menos mazos desventajosos a medida que avanzaba la tarea. Este mejor rendimiento conductual se vio acompañado por una activi-

dad electrodérmica anticipatoria claramente superior para las elecciones desventajosas en comparación con las ventajosas. Las participantes con elevadas puntuaciones en ansiedad, por el contrario, mostraron una inadecuada ejecución en la IGT al elegir más cartas de los mazos desventajosos, así como una ausencia de diferenciación electrodérmica anticipatoria para las elecciones ventajosas y desventajosas –lo que quizá estaría apuntando a una dilatación ineficaz en esta tarea entre ambos tipos de opciones–.

El hecho de que únicamente las participantes ansiosas presentaran una mayor reactividad electrodérmica tras el *feedback* de castigo –independientemente de que el mazo fuera ventajoso o desventajoso– es coherentes con la idea de que la toma de decisiones podría estar mediada por las diferencias individuales en la sensibilidad al *feedback* de recompensa y castigo (Ernst y Paulus, 2005). Nuestros resultados parecen sugerir que la alta sensibilidad al castigo interfiere en la evaluación y el procesamiento del *feedback*, lo que a su vez dificulta una toma de decisiones adecuada. Esto quizá impidió que se generara el marcador somático anticipatorio ante los mazos desventajosos dando lugar a una ejecución conductual inadecuada en la tarea.

A su vez, estos resultados son consistentes con la hipótesis de los marcadores somáticos propuesta por Damasio (1994), que enfatiza la importancia de las emociones en el proceso de toma de decisiones. Según esta hipótesis, cuando se toma una decisión las señales corporales constituyen un patrón fisiológico específico –marcador somático– para cada una de las opciones de respuesta y sus posibles resultados. En este sentido, la ansiedad es una emoción adaptativa que permite guiar la respuesta del individuo a estímulos o situaciones amenazantes, aunque niveles elevados de ansiedad pueden ser desadaptativos (De Visser *et al.*, 2010). En este estudio observamos que, en población normal, una disposición temperamental de miedo/ansiedad parece asociarse con una toma de decisiones desventajosa, quizá explicada por la falta del desarrollo del marcador somático apropiado ante las opciones desventajosas. Así, estos resultados sugieren que una elevada disposición temperamental de miedo/ansiedad, caracterizada por sesgos hacia la información amenazante y por una mayor sensibilidad al castigo, podría tener implicaciones en el proceso de toma de decisiones. Futuros estudios deberán investigar esta relación con más profundidad en muestras más amplias, ya que el reducido tamaño muestral en nuestro trabajo limita el alcance de las conclusiones.

En suma, estos resultados proporcionan evidencia empírica sobre la importancia de evaluar ciertas características de personalidad, como la ansiedad, en tareas complejas como la toma de decisiones en la IGT. A su vez, estos resultados ofrecen respaldo empírico a la hipótesis de los marcadores somáticos, en la que una toma de decisiones ventajosa se ve acompañada por el desarrollo de marcadores somáticos anticipatorios, destacando así la importancia de la emoción en el proceso de la toma de decisiones.

## Referencias bibliográficas

- Bechara, A. & Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (part I): Impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, *40*, 1675-1689.
- Bechara, A. & Damasio, A. R. (2005). A neural theory of economic decision. *Games and Economic Behavior*, *52*, 336-372.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H. & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, *50*, 7-15.
- Bechara, A., Damasio, H. & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision-making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, *10*, 295-307.

- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R. & Lee, G. P. (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *Journal Neuroscience*, *19*, 5473-5481.
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D. & Damasio, A. R. (1997). Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*, *275*, 1293-1295.
- Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H. & Damasio, A. R. (1996). Failure to respond automatically to anticipated future outcomes following damage to prefrontal cortex. *Cerebral Cortex*, *6*, 215-225.
- Crone, E. A., Somsen, R. J. M., Van Beek, B. & Van Der Molen, M. W. (2004). Heart rate and skin conductance analysis of antecedents and consequences of decision making. *Psychophysiology*, *41*, 531-540.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York, NY: Grosset/Putnam.
- Davis, C., Fox, J., Patte, K., Curtis, C., Strimas, R., Reid, C. & McCool, C. (2008). Education level moderates learning on two versions of the Iowa gambling task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *14*, 1063-1068.
- Denburg, N. L., Weller, J. A., Yamada, T. H., Shivapour, D. M., Kaup, A. R., LaLoggia, A., Cole, C. A., Tranel, D. & Bechara, A. (2009). Poor decision making among older adults is related to elevated levels of neuroticism. *Annals of Behavioral Medicine*, *37*, 164-172.
- De Visser, L., Van der Knaap, L. J., Van de Loo, A. J. A. E., Van der Weerd, C. M. M., Ohl, F. & Van den Bos, R. (2010). Trait anxiety affects decision-making differently in healthy men and women: Towards gender-specific endophenotypes of anxiety. *Neuropsychologia*, *48*, 1598-1606.
- Dunn, B. D., Dalgleish, T. & Lawrence, A. D. (2006). The somatic marker hypothesis: A critical evaluation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *30*, 239-271.
- Ernst, M. & Paulus, M. P. (2005). Neurobiology of decision making: A selective review from a neurocognitive and clinical perspective. *Biological Psychiatry*, *58*, 597-604.
- Fowles, D. C., Christie, M. J., Edelberg, R., Grings, W. W., Lykken, D. T. & Venables, P. H. (1981). Publication recommendations for electrodermal measurements. *Psychophysiology*, *18*, 232-239.
- Glicksohn, J. & Zilberman, N. (2010). Gambling in individual differences in decision making. *Personality and Individual Differences*, *48*, 557-562.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Kim, D.-Y. & Lee, J.-H. (2011). Effects of the BAS and BIS on decision-making in a gambling task. *Personality and Individual Differences*, *50*, 1131-1135.
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K. & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, *127*, 267-286.
- Miu, A. C., Heilman, R. M. & Houser, D. (2008). Anxiety impairs decision-making: Psychophysiological evidence from an Iowa gambling task. *Biological Psychology*, *77*, 353-358.
- Reavis, R. & Overman, W. H. (2001). Adult sex differences on a decision-making task previously shown to depend on the orbital prefrontal cortex. *Behavioural Neuroscience*, *115*, 196-206.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behaviour*. New York, NY: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. & Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, *31*, 837-862.

- Van den Bos, R., Den Heijer, E., Vlaar, S. & Houx, B. B. (2007). Exploring gender differences in decision-making using the Iowa Gambling Task. En J. E. Elsworth (ed.), *Psychology of decision making in education, behavior & high risk situations* (pp. 207-226). Nova Science Publications.
- Werner, N. S., Duschek, S. & Schandry, R. (2009). Relationships between affective states and decision-making. *International Journal of Psychophysiology*, 74, 259-265.

## Temperamento de bajo miedo y respuesta cardiaca de defensa

CARLOS VENTURA BORT  
cventura@uji.es

RAÚL LÓPEZ PENADÉS  
penades@uji.es

ÀNGELS ESTELLER CANO  
aestelle@uji.es

ROSARIO POY GIL  
poy@uji.es

PILAR SEGARRA CABEDO  
segarra@uji.es

ALICIA FONFRÍA MORENO  
afonfria@uji.es

PABLO RIBES GUARDIOLA  
pribes@uji.es

JAVIER MOLTÓ BROTONS<sup>1</sup>  
molto@uji.es

### Resumen

La psicopatía se caracteriza por la presencia de un temperamento de bajo miedo asociado con una menor o deficitaria activación del sistema motivacional defensivo. Uno de los índices psicofisiológicos de reactividad defensiva más consolidados es la respuesta cardiaca de defensa (RCD). La RCD es un patrón complejo de cambios en la frecuencia cardiaca compuesto por componentes acelerativos y desacelerativos producidos por la presentación de una estimulación auditiva intensa e inesperada; su segundo componente acelerativo (A2) se considera un índice del nivel de activación del sistema motivacional defensivo. Estudios previos encontraron que el factor de 'Dominancia/Ausencia de Miedo' del *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R-I; PPI-R; Lilienfeld & Widows, 2005) –que evalúa los rasgos relacionados con el temperamento de bajo miedo de la psicopatía– se asociaba con una disminución en el componente A2 de la RCD (cf. Esteller *et al.*, 2010). El presente estudio pretendió investigar la contribución diferencial de las subescalas del PPI-R-I ('Influencia Social', 'Inmunidad

---

1. Esta investigación ha sido posible gracias a la financiación de los proyectos SEJ2007-61742 del Ministerio de Ciencia e Innovación y PSI2011-22559 del Ministerio de Economía y Competitividad. Correspondencia: Javier Moltó, Laboratorio de Neurociencia Afectiva, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I, Avenida Sos Baynat s/n, 12071, Castellón, España. E-mail: [molto@uji.es](mailto:molto@uji.es).

al Estrés' y 'Ausencia de Miedo') en la reducción del componente A2 de la RCD, utilizando una muestra de 50 estudiantes mujeres. Los resultados mostraron que las puntuaciones en la subescala de 'Ausencia de Miedo' predecían una menor aceleración cardíaca al inicio del componente A2 (8 % de la varianza,  $\beta = -.30$ ,  $p < .05$ ). Este resultado sugiere que son exclusivamente las características de falta de miedo –y no otras características afectivo/interpersonales de la psicopatía– las responsables de la menor reactividad cardíaca defensiva, sumándose, así, a la evidencia empírica que relaciona el temperamento de bajo miedo que subyace a la psicopatía con el déficit en la activación del sistema motivacional defensivo.

**Palabras clave:** psicopatía, temperamento de bajo miedo, ausencia de miedo, respuesta cardíaca de defensa.

## Abstract

Psychopathy is featured by a low fear temperament related to a reduced, or even deficient, activation of the defensive motivational system. The cardiac defense response (CDR) has been one of the most used psychophysiological indexes to study defensive reactivity. CDR is characterized by a complex pattern of heart rate changes with accelerative and decelerative components produced by an intense, unexpected auditory stimulus. The second accelerative component of CDR has been proposed as an index of the defensive motivational system activation level. Prior studies (Esteller *et al.*, 2010) observed that the 'Fearless Dominance' factor of the *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R-I; PPI-R; Lilienfeld & Widows, 2005), which assesses the low fear tendencies of psychopathy, predicted a reduced cardiac acceleration of the A2 component. The present study examined the differential contribution of the PPI-R-I subscales ('Social Potency', 'Stress Immunity', and 'Fearlessness') on the reduced A2 acceleration component. Results showed that only fearlessness scores predicted a diminished acceleration at the beginning of the A2 component (8 % of variance,  $\beta = -.30$ ,  $p < .05$ ). These results suggest that the reduced cardiac defensive reactivity is specifically related to low dispositional fear, and not to other affective/interpersonal traits of psychopathy, adding to a growing body of data indicating the association between the low fear tendencies of psychopathy and the diminished activation of the defensive motivational system.

**Keywords:** Psychopathy, low fear temperament, Fearlessness, Cardiac Defense Response.

## Introducción

### *La psicopatía*

La psicopatía es un trastorno de la personalidad que se caracteriza por la presencia de rasgos afectivo/interpersonales como el desapego emocional, la crueldad, la grandiosidad o la falta empatía, así como por la existencia de características de desviación social entre las que



se incluyen el pobre control conductual, la impulsividad y la irresponsabilidad (Cleckley, 1941/1976; Hare, 1991, 2003). Una de las propuestas explicativas del trastorno más consolidadas es la hipótesis de una ausencia de miedo (Lykken, 1957). Este enfoque teórico basado en la evidencia experimental postula que la característica central de la psicopatía es la presencia de déficits emocionales ante la estimulación aversiva (Fowles, 1980; Hare, 1965; Hare y Quinn, 1971; Lykken, 1957).

Lykken (1957) observó que los psicópatas mostraban una adquisición deficitaria de las respuestas condicionadas de miedo, así como una extinción más rápida. Diversos estudios han replicado estos pioneros resultados (Birbaumer *et al.*, 2005; Flor, Birbaumer, Hermann, Ziegler y Patrick, 2002), poniendo de manifiesto que los psicópatas presentan un déficit en el nivel afectivo-evaluativo del aprendizaje (i. e., los psicópatas no generan la esperada asociación emocional entre el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado), pero no en el nivel cognitivo (i. e., los psicópatas evalúan el estímulo nocivo de manera similar a los no psicópatas). Asimismo, los psicópatas tampoco muestran la potenciación normal de la respuesta defensiva de parpadeo ante la estimulación aversiva (Herpertz *et al.*, 2001; Levenston, Patrick, Bradley y Lang, 2000; Pastor, Moltó, Vila y Lang, 2003; Patrick, Bradley y Lang, 1993), lo cual sugiere la existencia en estos sujetos de un déficit en el procesamiento emocional de la estimulación aversiva.

Hallazgos recientes, sin embargo, cuestionan si los déficits emocionales son características exclusivas de la psicopatía –tal y como postula la hipótesis de un bajo miedo– o si, más bien, son debidos específicamente a las características afectivas e interpersonales del trastorno. Esta controversia nace a raíz de la obtención de correlatos diferenciales entre los déficits emocionales en la psicopatía y los componentes afectivo/interpersonales y de desviación social del trastorno, lo que parece apuntar hacia etiologías distintas para ambos componentes: el componente afectivo/interpersonal estaría relacionado con una reducida activación del sistema motivacional defensivo, y el componente de desviación social reflejaría déficits asociados al control ejecutivo (Fowles y Dindo, 2006; Patrick, 2007; Patrick y Bernat, 2009). Esta conceptualización dual de la psicopatía, también denominada modelo dual (Fowles y Dindo, 2006; Patrick, 2007; Patrick y Bernat, 2009), considera el trastorno como la confluencia de dos disposiciones temperamentales independientes de *miedo/ausencia de miedo* (más marcada en el componente afectivo/interpersonal de la psicopatía) y *vulnerabilidad externalizante* (más marcada en el componente de desviación social).

Desde este punto de vista, los individuos que posean características de ambas dimensiones mostrarán muchos rasgos subyacentes a cada una (p. ej., resiliencia emocional y social y asertividad, combinadas con imprudencia, y conductas impulsivas), pero algunos individuos pueden exhibir solo características de un único componente. Esta visión tiene implicaciones tanto para la conceptualización criminal, como para la conceptualización no criminal de la psicopatía (Hall y Benning, 2006; Ishikawa, Raine, Lencz, Birhle, y Lacasse, 2001). Así, la presencia de altos niveles en la dimensión de miedo/ausencia de miedo pero de niveles normales en la dimensión de vulnerabilidad externalizante tendría como resultado una manifestación no criminal de los rasgos psicopáticos (Patrick, 2007). La psicopatía criminal y la psicopatía no criminal, por tanto, pueden entenderse como manifestaciones de distinto grado dentro de un mismo continuo, donde la reducida reactividad defensiva que subyace al temperamento de bajo miedo estaría compartida por las manifestaciones criminal y no criminal del trastorno.

En esta línea, la investigación en psicopatía en la actualidad se ha centrado en abordar principalmente dos cuestiones: por una parte, la continuidad etiológica desde la población criminal a la población normal de las diferentes manifestaciones fenotípicas de la psicopatía (Hall y Benning, 2006) y, por otra, la búsqueda de índices y marcadores psicofisiológicos que

aporten mayor evidencia acerca de las relaciones divergentes de los dos grandes componentes de la psicopatía con distintos déficits conductuales y afectivos (Patrick y Bernat, 2009).

En cuanto a la primera cuestión, recientemente se ha demostrado en población normal el déficit de los psicópatas en la adquisición del miedo condicionado (López, Poy, Patrick y Moltó, 2013) y su reducida potenciación de la respuesta de parpadeo en contextos aversivos (Benning, Patrick y Iacono, 2005; Dvorak-Bertsch, Curtin, Rubinstein y Newman, 2009; Vanman, Mejia, Dawson, Schell y Raine, 2003).

Por lo que respecta a la segunda cuestión, las características de desviación conductual de la psicopatía se han asociado con marcadores psicofisiológicos de vulnerabilidad externalizante, como los componentes P300 y ERN de los potenciales evocados (Iacono, Malone y McGue, 2003; Hall, Bernat y Patrick, 2007), mientras que solo los rasgos afectivo/interpersonales del trastorno se han visto relacionados con el deficitario aprendizaje emocional (López *et al.*, 2013) y la falta de potenciación del reflejo de sobresalto (Patrick, 1994; Patrick, Bradley y Lang, 1993; Poy *et al.*, 2009; Vaidyanathan *et al.*, 2011). El examen de otros índices psicofisiológicos de la activación defensiva contribuiría sin lugar a dudas a añadir mayor evidencia empírica a una concepción dual de la psicopatía. Uno de los índices de activación defensiva más válidos y consolidados es la respuesta cardíaca de defensa.

### *La respuesta cardíaca de defensa*

La respuesta cardíaca de defensa (RCD; Vila y Fernández, 1989; Vila *et al.*, 2007) es un patrón complejo de cambios en la frecuencia cardíaca que muestra diferentes componentes acelerativos y desacelerativos a lo largo de los 80 segundos posteriores a la presentación de un estímulo intenso, aversivo e inesperado. El patrón se caracteriza por dos componentes acelerativos y desacelerativos en orden secuencial alterno: aceleración-desaceleración-aceleración-desaceleración (Vila y Fernández, 1989). De acuerdo con el modelo atencional-motivacional de la defensa cardíaca (Vila *et al.*, 2007), los dos componentes acelerativos/desacelerativos secuenciales parecen reflejar la sucesión de dos fases defensivas diferentes que representarían la transición de la atención a la acción: una primera fase defensiva atencional dirigida a interrumpir la actividad presente y analizar el peligro potencial, y una segunda fase defensiva motivacional, dirigida a preparar al organismo para la defensa activa. Dentro de esta segunda fase, el componente acelerativo (A2) se ha propuesto como un índice de la activación del sistema motivacional defensivo (p. ej., López, Poy, Pastor, Segarra y Moltó, 2009; Ramírez, Sánchez, Fernández, Lipp y Vila, 2005). Esta propuesta se encuentra respaldada por la evidencia de que el componente A2 aumenta en individuos normales durante la visión de imágenes aversivas (en comparación con la visión de imágenes neutras; Sánchez *et al.*, 2002), y en individuos fóbicos durante la visión de imágenes relacionadas con su fobia (v. imágenes no fóbicas; Ruiz-Padial, Mata, Rodríguez, Fernández y Vila, 2005).

### *Psicopatía y respuesta cardíaca de defensa*

Un estudio previo de nuestro laboratorio (Esteller *et al.*, 2010) examinó la relación entre los componentes de la psicopatía y las diferencias individuales en la reactividad defensiva, medida a partir de la RCD, en una muestra de estudiantes evaluados mediante el *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R; Lilienfeld y Andrews, 1996; Lilienfeld y Widows, 2005; véase el apartado de *Método* para una descripción más extensa del instrumento). Como era de esperar, los resultados mostraron patrones diferentes de la RCD en función de las puntua-

ciones en el PPI-R: los participantes con puntuaciones más elevadas mostraron un componente A2 de menor amplitud que los participantes con puntuaciones bajas. Además, estas diferencias relacionadas con la psicopatía en el componente A2 venían explicadas por los rasgos afectivos e interpersonales del trastorno (factor de 'Dominancia/Ausencia de Miedo' del PPI-R), y no por sus rasgos externalizantes.

El trabajo de Esteller *et al.* (2010) proporciona evidencia sobre la asociación entre el componente afectivo/interpersonal de la psicopatía y la reducida reactividad defensiva –lo que a su vez respalda la continuidad etiológica del componente de bajo miedo de este trastorno entre las poblaciones normal y penitenciaria–, y sugiere al mismo tiempo que el segundo componente acelerativo de la RCD puede ser un correlato psicofisiológico útil para el estudio de los déficits emocionales de la psicopatía.

En esta línea de investigación, el presente trabajo se plantea con objeto de examinar en mayor profundidad cuáles son los rasgos afectivo/interpersonales más relevantes en la explicación del reducido componente A2 de los psicópatas: la falta de ansiedad anticipatoria, tanto social como física (ausencia de miedo), la escasa evitación de daños (inmunidad al estrés), o el nivel elevado de dominancia interpersonal (influencia social). El objetivo del presente trabajo es, concretamente, investigar la contribución diferencial de las distintas subescalas que componen el factor de 'Dominancia/Ausencia de Miedo' del PPI-R –Ausencia de miedo, Inmunidad al Estrés e Influencia Social– en la reducida amplitud del segundo componente acelerativo (A2) de la RCD.

## Método

### *Participantes*

Las participantes fueron 50 mujeres estudiantes de grado de Psicología de la Universitat Jaume I con edades comprendidas entre los 17 y los 37 años ( $x = 19.62$ ; D. T. = 3.15). Ninguna presentaba trastornos cardiovasculares o deficiencias sensoriales ni estaba sometida a tratamiento farmacológico. Todas las participantes recibieron una bonificación de medio punto en su nota final por su intervención en el estudio.

### *Cuestionario*

El *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R; Lilienfeld y Widows, 2005) es una de las medidas de autoinforme más utilizadas en la investigación de la psicopatía en muestras no penitenciarias. Consta de 154 ítems a los que el sujeto responde mediante una escala de elección múltiple de 4 puntos. El PPI-R proporciona una puntuación global de psicopatía y puntuaciones en 8 subescalas –Inmunidad al Estrés, Influencia Social, Ausencia de Miedo, Inconformismo Rebelde, Externalización de la Culpa, Ausencia Despreocupada de Planes, Egocentrismo Maquiavélico y Frialdad Emocional–. Siete de las subescalas, a su vez, se agrupan en dos factores ortogonales de orden superior (Benning, Patrick, Hicks, Blonigen y Krueger, 2003; López, 2010; Ross, Benning, Patrick, Thompson y Thurston, 2009): Dominancia/Ausencia de Miedo o PPI-R-I (las tres primeras) e Impulsividad Egocéntrica o PPI-R-II (las cuatro siguientes). Así, el factor *Dominancia/Ausencia de Miedo* agrupa las características afectivo/interpersonales de la psicopatía, y el factor *Impulsividad Egocéntrica* recoge las características de desviación social del trastorno (Benning, Patrick, Salekin y Leistico, 2005; Lilienfeld y Widows, 2005). La subescala Frialdad Emocional no satura en ninguno de estos dos factores.

En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales del PPI-R, de los factores y de las subescalas en la muestra del presente trabajo.

Tabla 1  
*Estadísticos descriptivos (mediana, media, desviación típica y rango) de las puntuaciones totales, en los factores y en las subescalas del PPI-R en la muestra experimental (N = 50)*

	MEDIANA	MEDIA	D. T.	MÍN.	MÁX.
Inmunidad al Estrés	31	30.4	6.26	17	46
Influencia Social	46	45.8	9.1	24	65
Ausencia de Miedo	33.5	31.72	8.81	14	46
Egocentrismo Maquiavélico	35	36.06	9.19	20	62
Inconformismo Rebelde	35	34.68	7.98	15	50
Externalización de la Culpa	31	31	7.92	15	48
Ausencia Despreocupada de Planes	34	34.8	7.55	21	57
Frialdad Emocional	26	26.8	5.7	17	46
PPI-R-I	109.5	107.98	15.38	61	148
PPI-R-II	138	136.54	21.19	72	184
PPI-R	274.5	271.32	31.7	186	336

Nota: PPI-R-I: Dominancia/Ausencia de Miedo; PPI-R-II: Impulsividad Egocéntrica; PPI-R: Puntuación Total en el *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (Lilienfeld y Widows, 2005).

### *Tarea experimental*

La tarea de reacción defensiva duraba 10 minutos: 8 minutos de periodo de adaptación, seguidos de 15 segundos de línea base antes de la administración de la estimulación auditiva y de 80 segundos posteriores a la presentación del estímulo. La tasa cardiaca (TC) se registró de forma continua segundo a segundo durante los 15 segundos anteriores y los 80 segundos posteriores a la presentación del estímulo.

Se utilizó como estímulo auditivo un ruido blanco de 500 ms de duración, 110 dB de intensidad y un tiempo de subida virtualmente instantáneo activado automáticamente.

### *Aparatos y variables fisiológicas*

La presentación del estímulo y la adquisición de la señal bioeléctrica fueron controladas mediante el software VPM 11.8 (Cook, 2001). Este software controlaba la tasa de muestreo del registro de la TC, permitiendo la digitalización de los datos y su posterior almacenamiento en un ordenador PC Pentium (compaq V70).

La TC se registró y amplificó mediante un módulo Coulbourn V77-26, utilizando sensores de tamaño estándar (8 mm) de Ag/AgCl colocados siguiendo la derivación II. La señal se amplificó por 5000 y se utilizaron filtros de paso alto y paso bajo de 13Hz y de 40 Hz, respectivamente. La señal fue tratada, corregida y transformada en valores de cambio de tasa cardíaca mediante el software, basado en *MatLab*, Kardia V1.3 (Perakakis, Joffily, Taylor, Guerra y Vila, 2010). El ruido blanco se presentaba mediante auriculares TDH 49P de Telephonics, y fue calibrado previamente mediante un sonómetro (Brüel y Kjaer modelo 2235), utilizando un oído artificial (Brüel y Kjaer, modelo 4153).

### *Procedimiento*

Los datos del cuestionario fueron recogidos de manera grupal antes de la sesión experimental, que cada participante realizaba individualmente. Puesto que esta tarea formaba parte de una investigación más extensa, no fue la única tarea realizada en la sesión, aunque sí fue la primera para todas las participantes. A su llegada al laboratorio, a cada participante se le entregaba el consentimiento donde se indicaba la naturaleza del experimento. Tras su aceptación, era informada de que se iban a registrar diferentes variables psicofisiológicas durante unos 10 minutos. Por último, se colocaban los auriculares, se reducía la iluminación de la habitación a un nivel de penumbra establecido previamente y se cerraba la puerta, dando comienzo al experimento. Una vez finalizada la tarea de reacción defensiva, la participante continuaba la sesión experimental que duraba aproximadamente dos horas.

### *Análisis estadísticos*

Las puntuaciones directas obtenidas se transformaron en puntuaciones de cambio. Para ello, se restó la media de los valores correspondientes a los 15 segundos de línea base a los valores de la TC correspondientes a los 80 segundos post-estímulo. La forma de la respuesta fue analizada, reduciendo las 80 puntuaciones de cambio a 10 valores correspondientes a las medianas de 10 intervalos progresivamente mayores: dos de 3 segundos, dos de 5 segundos, tres de 7 segundos y tres de 13 segundos (Vila *et al.*, 2007). Concretamente, las medianas 5, 6, 7 y 8 –que conforman el componente A2– fueron las variables objetivo del trabajo, y sobre ellas se centraron los análisis estadísticos posteriores.

Se llevó a cabo un modelo lineal general (MLG) de medidas repetidas sobre el cambio de la TC de cada mediana del componente A2 de la RCD (M5, M6, M7 y M8; variables intra-sujeto). Las puntuaciones de las subescalas Inmunidad al Estrés, Ausencia de Miedo e Influencia Social se incluyeron como variables continuas entre-sujetos.

La relación entre el componente A2 y las subescalas del PPI-R-ISE examinó con más detalle mediante correlaciones bivariadas de Pearson entre las puntuaciones de los cuestionarios y el cambio de la TC en las medianas 5, 6, 7 y 8, y, cuando fue necesario evaluar la capacidad predictiva de alguna de las subescalas en concreto, mediante análisis de regresión lineal jerárquica sobre las medianas del componente A2.

## Resultados

Tal y como se esperaba, el MLG reveló que las puntuaciones en la subescala Ausencia de Miedo moderaban el cambio de la TC en el componente A2  $F(1, 46) = 4.051, p = .05, \eta^2_p = .08$ ). Las puntuaciones de las escalas Influencia Social e Inmunidad al Estrés no mostraron un efecto significativo en el cambio de la TC en el componente A2 ( $F_s < 1$ ).

Con el objetivo de explorar más profundamente los resultados se llevaron a cabo correlaciones bivariadas de Pearson entre las puntuaciones de las subescalas del PPI-R-ly el cambio de la TC en cada uno de los componentes. Como se observa en la tabla 2, las puntuaciones de las subescalas Inmunidad al Estrés e Influencia Social no correlacionaban significativamente con ninguna de las medianas que componen el componente A2 de la RCD ( $p_s > .05$ ). Sin embargo, las puntuaciones en la subescala Ausencia de Miedo se relacionaron negativa y significativamente con la M6 del componente ( $r = -.30, p < .05$ ), relación que tendía a permanecer en la M7 ( $r = -.27, p = .06$ ) y en la M8 ( $r = -.26, p = .067$ ). El posterior análisis de regresión lineal jerárquica sobre la mediana 6 reveló que las puntuaciones en la subescala de Ausencia de Miedo explicaban un porcentaje significativo de la varianza del cambio de la TC en la M6 (8.3 %) cuando entraron en tercer lugar en el modelo. Ninguna de las otras dos escalas del PPI-R-ly contribuyó de forma independiente a la predicción de la mediana 6 (véase la tabla 3).

Tabla 2  
Correlaciones bivariadas entre las subescalas del PPI-R-ly el cambio de la TC en las medianas del componente A2 de la RCD (M5, M6, M7 Y M8)

	M5	M6	M7	M8
Inmunidad al Estrés	-.056	-.007	.092	.062
Influencia Social	-.041	-.141	-.046	-.169
Ausencia de Miedo	-.163	-.300*	-.270 <sup>+</sup>	-.261 <sup>+</sup>

\* $p < .05$ , <sup>+</sup> $p < .07$

Tabla 3  
Resumen del modelo de regresión lineal jerárquica de la media de cambio de la TC en la mediana 6

Pasos y variables predictoras	$\Delta R^2$	$F\Delta R^2$	GI1	GI2	$\beta_s$	Valor de $p$ para $\beta$
Paso 1: Influencia Social	.020	.970	1	48	-.116	.414
Paso 2: Inmunidad al Estrés	.000	.002	1	47	.032	.823
Paso 3: Ausencia de Miedo	.083	4.264	1	46	-.290	.045*

\* $p < .05$

La figura 1 ayuda a ilustrar los resultados. Las participantes fueron asignadas al grupo de Alta Ausencia de Miedo ( $n = 25$ ) o al grupo de Baja Ausencia de Miedo ( $n = 25$ ) según sus

puntuaciones en la subescala de Ausencia de Miedo fueran mayores o menores que la mediana (Mediana = 33.5). Los análisis de comparación de medias *t* de Student entre grupos para cada mediana del componente A2 de la RCD revelaron que, aunque no había diferencia entre ambos grupos en la mediana 5 ( $t < 1$ ), las participantes del grupo de Alta Ausencia de Miedo mostraron valores menores en las medianas 6, 7 y 8 que las participantes del grupo de Baja Ausencia de Miedo ( $ps < .02$ ).

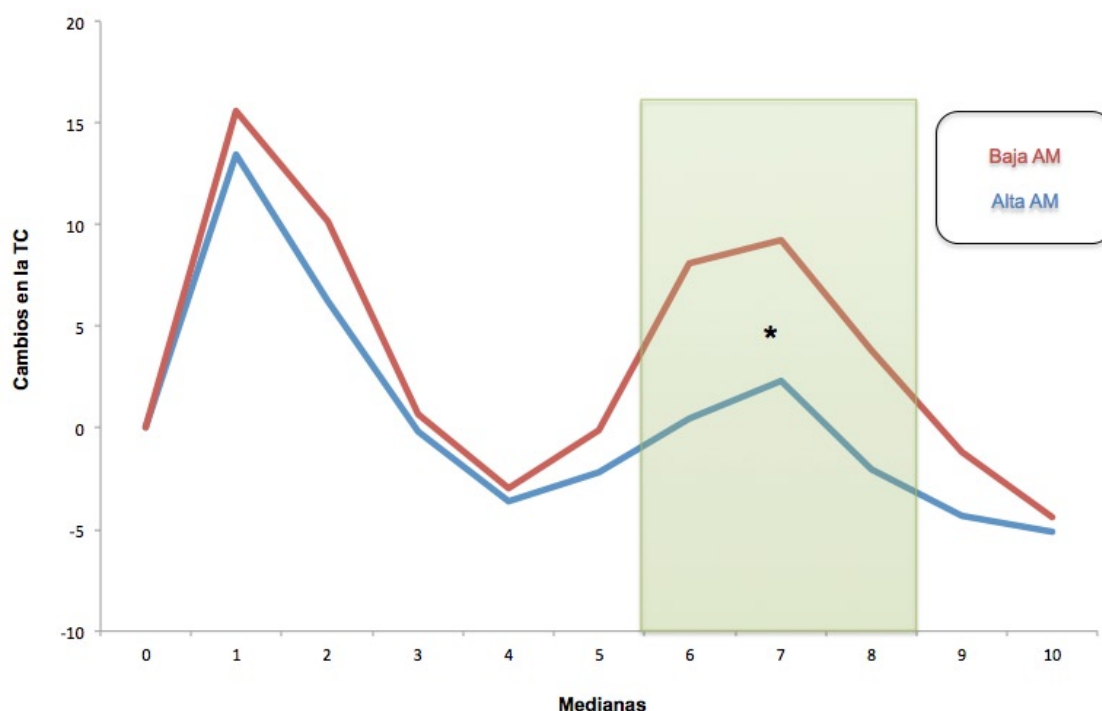


Figura 1. Representación de la RCD de las participantes del grupo de Alta Ausencia de Miedo (Alta AM) y de las participantes del grupo de Baja Ausencia de Miedo (Baja AM)

## Discusión y conclusiones

Este es el primer estudio que evalúa la relación diferencial entre el segundo componente acelerativo de la respuesta cardíaca de defensa y las distintas características afectivo/interpersonales de la psicopatía. Los resultados del trabajo mostraron que las puntuaciones de la subescala 'Ausencia de Miedo' del PPI-R predecían la menor amplitud del segundo componente acelerativo de la RCD. Estos hallazgos sugieren que son las características más relacionadas con el temperamento de bajo miedo –tales como la ausencia de ansiedad anticipatoria ante amenazas físicas o la falta de miedo al peligro físico– las que se asocian con una reducida activación del sistema motivacional aversivo/defensivo. En claro contraste, rasgos como la tendencia a ser encantador, la habilidad para influir sobre los demás o la escasa ansiedad social –subescala 'Influencia Social'–, o la capacidad para manejarse con facilidad bajo presión y para mantener la calma ante situaciones estresantes –subescala 'Inmunidad al Estrés'– no parecen encontrarse asociados con un déficit en la activación defensiva.

Además de sumarse a la evidencia empírica sobre la relación entre el temperamento de bajo miedo de la psicopatía y la deficitaria activación del sistema motivacional defensivo, estos resultados –obtenidos en una muestra de estudiantes universitarias– permiten extender a la psicopatía subclínica las conclusiones de los estudios con psicópatas encarcelados (p. ej., Flor *et al.*, 2002; Pastor *et al.*, 2003; Patrick *et al.*, 1993). Estos resultados, por tanto, constituyen un soporte empírico a la propuesta sobre la existencia de una continuidad etiológica del temperamento de bajo miedo entre las poblaciones criminal y normal (cf. Patrick, 2007; Patrick y Bernat, 2009). Sería conveniente explorar esta cuestión en muestras más amplias y heterogéneas, ya que la homogeneidad de la muestra experimental en nuestro trabajo (mujeres universitarias) limita la capacidad de generalización de las conclusiones en términos de género, edad, nivel educativo, estatus socioeconómico, etc.

Paralelamente, la contribución exclusiva de las características de bajo miedo en la predicción de la reducida activación defensiva aporta datos empíricos a favor de la conceptualización dual de la psicopatía (Fowles y Dindo, 2006; Hall y Benning, 2006; Patrick y Bernat, 2009). De acuerdo con este modelo explicativo, el componente afectivo/interpersonal de la psicopatía difiere etiológicamente del componente de desviación social del trastorno. Concretamente, el primer componente sería la manifestación de una disposición temperamental de ausencia de miedo –asociada, a su vez, a déficits en el sistema motivacional defensivo–, mientras que el segundo componente constituiría la manifestación de una disposición temperamental de vulnerabilidad externalizante, asociada a déficits en los sistemas de control ejecutivo (Fowles y Dindo, 2006; Patrick, 2007).

En suma, este estudio permite concluir que son las características temperamentales de bajo miedo de la psicopatía las que se asocian con una menor activación del sistema motivacional aversivo, apoyando la continuidad etiológica de la psicopatía criminal y subclínica, y respaldando la propuesta de la conceptualización dual de este trastorno de la personalidad como un marco prometedor para el estudio de sus bases etiológicas (cf. López *et al.*, 2013).

## Referencias bibliográficas

- Benning, S. D., Patrick, C. J. & Iacono, W. G. (2005). Psychopathy, startle blink modulation, and electrodermal reactivity in twin men. *Psychophysiology*, *42*, 753–762. doi: 10.1111/j.1469-8986.2005.00353.x.
- Benning, S. D., Patrick, C. J., Hicks, B. M., Blonigen, D. M. & Krueger, R. F. (2003). Factor structure of the Psychopathic Personality Inventory: Validity and implications for clinical assessment. *Psychological Assessment*, *15*, 340-350. doi: 10.1037/1040-3590.15.3.340.
- Benning, S. D., Patrick, C. J., Salekin, R. T. & Leistico, A. R. (2005). Convergent and discriminant validity of psychopathy factors assessed via self-report: A comparison of three instruments. *Assessment*, *12*, 270-289. doi:10.1177/1073191105277110.
- Birbaumer, N., Veit, R., Lotze, M., Erb, M., Hermann, C., Grod, W. & Flor, H. (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy: A functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 799–805. doi: 10.1001/archpsyc.62.7.799.
- Cleckley, H. (1941/1976). *The mask of sanity*. St. Louis, MO: Mosby.
- Cook, E. W. (2001). *VPM reference manual*. Birmingham, AL: Author.
- Dvorak-Bertsch, J. D., Curtin, J. J., Rubinstein, T. J. & Newman, J. P. (2009). Psychopathic traits moderate the interaction between cognitive and affective processing. *Psychophysiology*, *46*, 913-921. doi: 10.1111/j.1469-8986.2009.00833.x.



- Esteller, A., Segarra, P., Fonfría, A., Poy, R., López, R., Pastor, M. C., Molés, M. & Moltó, J. (2010). Cardiac defense response and subclinical psychopathy [Abstract]. *Psychophysiology*, 47, S41.
- Flor, H., Birbaumer, N., Hermann, C., Ziegler, S. & Patrick, C. J. (2002). Aversive Pavlovian conditioning in psychopaths: Peripheral and central correlates. *Psychophysiology*, 39, 505-518. doi: 10.1017/S004857720239404.
- Fowles, D. C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87-104. doi: 10.1111/j.1469-8986.1980.tb00117.
- Fowles, D. C. & Dindo, L. (2006). A dual-deficit model of psychopathy. En C. J. Patrick (ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 14-34). New York: Guilford Press.
- Hall, J. R. & Benning, S. D. (2006). The "successful" psychopath: Adaptive and subclinical manifestations of psychopathy in the general population. En C. J. Patrick (ed.), *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford Press.
- Hall, J., Bernat, E. M. & Patrick, C. J. (2007). Externalizing psychopathology and the Error-Related Negativity. *Psychological Science*, 18 (4), 326-333.
- Hare, R. D. (1965). Acquisition and generalization of a conditioned-fear response in psychopathic and non-psychopathic criminals. *Journal of Psychology*, 59, 367-370.
- Hare, R. D. (1991). *Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2.<sup>a</sup> ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. & Quinn, M. J. (1971). Psychopathy and autonomic conditioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 223-235. doi: 10.1037/h0031012.
- Herpertz, S. C., Werth, U., Lukas, G., Qunaibi, M., Schuerkens, A., Kunert, H. J., Freese, R., Flesch, M., Mueller-Isberner, R., Osterheider, M. & Sass, H. (2001). Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58, 737-745. doi: 10.1001/archpsyc.58.8.737.
- Iacono, W. G., Malone, S. M. & McGue, M. (2003). Substance use disorders, externalizing psychopathology, and P300 event-related potential amplitude. *International Journal of Psychophysiology*, 48, 147-178. doi:10.1016/S0167-8760(03)00052-7.
- Ishikawa, S. S., Raine, A., Lencz, T., Bihle, S. & Lacasse, L. (2001). Autonomic stress reactivity and executive functions in successful and unsuccessful criminal psychopaths from the community. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 423-432. doi: 10.1037/0021-843X.110.3.423.
- Levenston, G. K., Patrick, C. J., Bradley, M. M. & Lang, P. J. (2000). The psychopath as observer: Emotion and attention in picture processing. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 373-385. doi: 10.1037/0021-843X.109.3.373.
- Lilienfeld S. O. & Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment* 66, 488-524.
- Lilienfeld, S. O. & Widows, M. R. (2005). *Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- López, R. (2010). *Déficit en el sistema motivacional aversivo en psicópatas subclínicos evaluados mediante el Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R)*. Tesis doctoral. Universitat Jaume I, Castellón, España. Obtenido de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=15603>.
- López, R., Poy, R., Pastor, M. C., Segarra, P. & Moltó, J. (2009). Cardiac defense response as a predictor of fear learning. *International Journal of Psychophysiology*, 74, 229-235. doi:10.1016/j.ijpsycho.2009.09.006.

- López, R., Poy, R., Patrick, C. J. & Moltó, J. (2013). Deficient fear conditioning and self-reported psychopathy: The role of fearless dominance. *Psychophysiology*, *50*, 210-218. doi: 10.1111/j.1469-8986.2012.01493.x.
- Lykken, D. T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *55*, 6-10. doi: 10.1037/h0047232.
- Pastor, M. C., Moltó, J., Vila, J. & Lang, P. J. (2003). Startle reflex modulation, affective ratings and autonomic reactivity in incarcerated Spanish psychopaths. *Psychophysiology*, *40*, 934-938. doi: 10.1111/1469-8986.00111.
- Patrick, C. J. (1994). Emotion and psychopathy: Startling new insights. *Psychophysiology*, *31*, 319-330. doi: 10.1111/j.1469-8986.1994.tb02440.x.
- Patrick, C. J. (2007). Getting to the heart of psychopathy. En H. F. Hervé & Yuille, J. C. (eds.), *Psychopathy: Theory, research, and social implications* (pp. 207-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Patrick, C. J. & Bernat, E. M. (2009). Neurobiology of psychopathy: A two-process theory. En G. G. Berntson & Cacioppo, J. T. (eds.), *Handbook of neuroscience for the behavioral sciences* (pp. 1110-1131). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Patrick, C. J., Bradley, M. M. & Lang, P. J. (1993). Emotion in the criminal psychopath: Startle reflex modulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 82-92. doi: 10.1037/0021-843X.102.1.82.
- Perakakis, P., Joffily, M., Taylor, M., Guerra, P. & Vila, J. (2010). KARDIA: A Matlab software for the analysis of the cardiac interbeat intervals. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, *98*, 83-89. doi:10.1016/j.cmpb.2009.10.002
- Poy, R., Segarra, P., Pastor, M. C., López, R., Esteller, A., Fonfría, A., Colomer, C., Tormo, M. P. & Moltó, J. (2009). Startle modulation and autonomic reactivity in psychopathy: The role of the affective and the antisocial facets [Abstract]. *Psychophysiology*, *46*, S36. doi: 10.1111/j.1469-8986.2009.00920.x
- Ramírez, I., Sánchez, M. B., Fernández, M. C., Lipp, O. V. & Vila, J. (2005). Differentiation between protective reflexes: Cardiac defense and startle. *Psychophysiology*, *42*, 732-739. doi: 10.1111/j.1469-8986.2005.00362.x.
- Ross, S. R., Benning, S. D., Patrick, C. J., Thompson, A. & Thurston, A. (2009). Factors of the Psychopathic Personality Inventory: Criterion-related validity and relationship to the BIS/BAS and Five-Factor models of personality. *Assessment*, *16*, 71-87. doi:10.1177/1073191108322207.
- Ruiz-Padial, E., Mata, J. L., Rodríguez, S., Fernández, M. C. & Vila, J. (2005). Nonconscious modulation of cardiac defense by masked phobic pictures. *International Journal of Psychophysiology*, *56*, 271-281.
- Sánchez, M., Ruiz-Padial, E., Pérez, N., Fernández, M. C., Cobos, P. & Vila, J. (2002). Modulación emocional de los reflejos defensivos mediante visualización de imágenes afectivas. *Psicothema*, *14*, 702-707.
- Vaidyanathan, U., Hall, J. R., Patrick, C. J. & Bernat, E. M. (2011). Clarifying the role of defensive reactivity deficits in psychopathy and antisocial personality using startle reflex methodology. *Journal of Abnormal Psychology*, *120*, 253-258. [PubMed: 20973594].
- Vanman, E. J., Mejia, V. Y., Dawson, M. E., Schell, A. M. & Raine, A. (2003). Modification of the startle reflex in a community sample: Do one or two dimensions of psychopathy underlie emotional processing? *Personality and Individual Differences*, *35*, 2007-2021. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00052-7.
- Vila, J. & Fernández, M. C. (1989). The cardiac defense response in humans: Effects of predictability and adaptation period. *Journal of Psychophysiology*, *3*, 245-258.
- Vila, J., Guerra, P., Muñoz, M. A., Vico, C., Viedma-del Jesús, M. I., Delgado, L. C., Perakakis, P., Kley, E., Mata, J. L. & Rodríguez, S. (2007). Cardiac defense: From attention to action. *International Journal of Psychophysiology*, *66*, 169-182. doi:10.1016/j.ijpsycho.2007.07.004.

## Perseveración de respuesta y psicopatía subclínica\*

PABLO RIBES GUARDIOLA  
pribes@uji.es

ROSARIO POY GIL  
poy@uji.es

RAÚL LÓPEZ PENADÉS  
penades@uji.es

PILAR SEGARRA CABEDO  
segarra@uji.es

ÀNGELS ESTELLER CANO  
aestelle@uji.es

ALICIA FONFRÍA MORENO  
afonfria@uji.es

CARLOS VENTURA BORT  
cventura@uji.es

JAVIER MOLTÓ BROTONS  
molto@uji.es

### Resumen

Una de las características más salientes de la psicopatía es la incapacidad para aprender de la experiencia (Cleckley, 1941/1976), lo que define a los psicópatas como individuos con dificultades para anticipar las consecuencias adversas de sus acciones y propensos a perseverar en conductas desadaptativas. Estudios previos mediante la *Card Perseveration Task* (CPT; Newman *et al.*, 1987) revelan la existencia de una *perseveración de respuestas no adaptativas* (mayor número de jugadas y menores ganancias) en psicópatas. Además, este déficit parece estar relacionado con las características de desviación social e impulsividad del trastorno y con una falta de reflexión tras el *feedback* de recompensa y de castigo (Moltó *et al.*, 2007).

Con el objetivo de extender y replicar este déficit en poblaciones no penitenciarias, se administró la CPT a una muestra de 80 universitarios varones evaluados mediante el *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R; Lilienfeld y Widows, 2005).

No se encontró evidencia de una perseveración de respuestas asociada a las puntuaciones totales ni por factores del PPI-R. Solo la subescala de 'Ausencia Despreocupada

\* Esta investigación ha sido posible gracias a la financiación de los proyectos SEJ2007-61742 del Ministerio de Ciencia e Innovación y PSI2011-22559 del Ministerio de Economía y Competitividad.

Correspondencia: Javier Moltó, Laboratorio de Neurociencia Afectiva, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I, Avenida Sos Baynat s/n, 12071, Castellón, España. E-mail: [molto@uji.es](mailto:molto@uji.es).

de Planes' se relacionó con un mayor número de cartas jugadas, menores ganancias y menores tiempos de reflexión tras castigo y tras recompensa (11.6 %, 8.1 %, 10.8 % y 6.8 % de la varianza explicada, respectivamente).

Estos resultados constituyen un soporte empírico a la escala de 'Ausencia Despreocupada de Planes' como medida de las características de impulsividad, falta de planificación y dificultades para aprender de la experiencia. Asimismo, establecen cierto grado de continuidad entre la población normal y la penitenciaria en la perseveración de respuestas no adaptativas y la falta de reflexión general asociada a las características de impulsividad de la psicopatía.

**Palabras clave:** psicopatía subclínica, perseveración de respuestas, *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R), *Card Perseveration Task* (CPT), ausencia despreocupada de planes.

## Abstract

One of the most salient characteristic of psychopathy is the failure to learn from the experience (Cleckley, 1941/1976), thus defining psychopaths as individuals with difficulties to anticipate the adverse consequences of their acts, and prone to perseverate in their maladaptative responses. Previous studies using the *Card Perseveration Task* (CPT; Newman *et al.*, 1987) have showed evidence of maladaptative response perseveration –more cards played and less money earned– in incarcerated psychopaths. Furthermore, this deficit seems to be related to the social deviance and impulsivity features of the disorder and to a lack of reflection after reward and punishment feedback (Moltó *et al.*, 2007).

In order to extend and replicate this deficit in nonincarcerated samples, we administered the CPT to a sample of 80 male undergraduates assessed for psychopathic traits with the *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R; Lilienfeld & Widows, 2005).

No evidence of maladaptative response perseveration associated with PPI-R total and factor scores was found. However, 'Carefree Nonplanfulness' scale scores were related to more cards played, less money earned, and shorter response times after reward and punishment feedback (11.6 %, 8,1 %, 10,8 % and 6,8 % of the variance, respectively). These results provide empirical support to the 'Carefree Nonplanfulness' scale as a measure of impulsivity, lack of forethought and failure to learn from experience. Additionally, our results suggest some degree of continuity of maladaptative response perseveration and lack of overall reflection associated with the impulsivity features of psychopathy in community and incarcerated populations.

**Keywords:** Subclinical Psychopathy, Response Perseveration, Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R), Card Perseveration Task (CPT), Carefree Nonplanfulness.

## Introducción

La psicopatía es un trastorno de la personalidad en el que confluyen tanto rasgos de carácter *afectivo/interpersonal* (crueldad, manipulación, egocentrismo, falta de empatía, frialdad emocional, ausencia de miedo, etc.) como de *desviación social* (irresponsabilidad, impulsividad, agresividad, etc.; Cleckley, 1941/1976; Hare, 1991).

Una de las características más salientes de este trastorno es la incapacidad para aprender de la experiencia, lo que define a los psicópatas como individuos con dificultades para anticipar las consecuencias adversas de sus acciones (Cleckley, (1941/1976). De esta forma, su conducta es, a menudo, antisocial y es probable que persista en el futuro.

La evidencia empírica sugiere que los psicópatas presentan déficits a la hora de inhibir respuestas que previamente han sido castigadas en situaciones de competición entre señales de recompensa y castigo (Newman, Patterson y Kosson, 1987; Siegel, 1978). En este sentido, se ha sugerido que el mecanismo psicológico que subyace a este tipo de déficit es una deficiente *modulación de respuestas* (Patterson y Newman, 1993; Newman y Wallace, 1993). Así, la conducta desinhibida de los psicópatas y sus dificultades para evitar castigos y aprender de la experiencia podría estar causada por dificultades para modificar o detener una tendencia de respuesta dominante hacia una recompensa y procesar las señales de castigo (o el *feedback* negativo sobre su ejecución) que indican que esa conducta debe ser interrumpida. De esta forma, los psicópatas son propensos a *perseverar* en sus respuestas desadaptativas, quedando definido este proceso como el mantenimiento de una tendencia de respuesta hacia la recompensa a pesar del castigo o de los cambios en las contingencias ambientales que hacen que la respuesta continuada no resulte adaptativa (McCleary, 1966).

La existencia de una *perseveración de respuesta* desadaptativa en la psicopatía y en otros grupos psicopatológicos ha sido probada en el laboratorio mediante la *Tarea de Perseveración de Cartas* (*Card Perseveration Task*, CPT; Newman *et al.*, 1987). La CPT consiste en un mazo computerizado de 100 cartas, ordenado de tal forma que la probabilidad inicial de obtener una recompensa (ganar dinero) va decreciendo de manera lineal a medida que avanza el juego. Así, existe una tasa inicial del 90 % de recompensa (y 10 % de castigo) en las 10 primeras jugadas, que va decreciendo linealmente un 10 % en cada bloque de 10 cartas jugadas, hasta que en las 10 últimas jugadas existe una probabilidad del 0 % de obtener una recompensa y del 100 % de obtener un castigo en cada jugada. Esta tarea evalúa la *perseveración de respuestas* en tanto que permite establecer en las primeras jugadas una clara tendencia de respuesta hacia la recompensa, y evalúa la habilidad de los sujetos para modificar esa tendencia de respuesta inicial hacia la recompensa de acuerdo con los cambios en las contingencias ambientales que van convirtiendo dicha tendencia inicialmente adaptativa (recompensada) en una tendencia desadaptativa (castigada).

Mediante esta tarea se ha podido poner de manifiesto la existencia de una perseveración de respuestas no adaptativas en muestras de psicópatas encarcelados varones (Newman *et al.*, 1987; Moltó, Poy, Segarra, Pastor y Montañés, 2007) –aunque no en muestras de mujeres institucionalizadas (Vitale y Newman, 2001). Así, mediante la CPT, Newman *et al.* (1987) demostraron que en los psicópatas se daba una perseveración de respuestas desadaptativa –jugaron más cartas y obtuvieron menos ganancias– en comparación con los no psicópatas cuando jugaban libremente. Sin embargo, cuando tras cada jugada se imponía una pausa de 5 segundos, no se encontraron diferencias entre ambos grupos en el número de cartas jugadas ni en las ganancias obtenidas. Los autores concluyeron que la pausa impuesta tras el resultado de cada jugada permitía a los psicópatas utilizar mejor el *feedback* sobre su respuesta, posibilitando así un mejor procesamiento de la información sobre los cambios en la probabilidad de ser castigados y, por tanto, reduciendo su perseveración desadaptativa. Sin

embargo, el papel que juega la reflexión tras el *feedback* en el déficit de perseveración no fue examinada experimentalmente. Esta cuestión fue puesta a prueba por Moltó *et al.* (2007) en una muestra penitenciaria evaluada mediante el *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991, 2003) a la que administraron una adaptación de la CPT en la que se registraba la latencia de respuesta tras el *feedback*. Los resultados de este estudio replicaron los obtenidos por Newman *et al.* (1987): los psicópatas jugaron más cartas y ganaron menos dinero que los grupos mixto y de no psicópatas. Mediante el análisis de la latencia de respuesta tras el *feedback* demostraron asimismo que la perseveración de respuestas no adaptativas de los psicópatas se debía, más que a una falta de reflexión tras el *feedback* negativo, a una falta de reflexión general, ya que tanto los tiempos de reacción tras castigo como tras recompensa correlacionaban de manera inversa con el número de cartas jugadas y directa con las ganancias totales en la tarea.

Por otra parte, este estudio examinó el papel de los diversos componentes del trastorno en la ejecución de la CPT. Así, los análisis de regresión jerárquica múltiple mostraron que las características de desviación social del trastorno (Factor 2 del PCL-R), en particular el estilo de vida impulsivo e irresponsable (Faceta 3 del PCL-R; véase Hare, 2003), predecían de manera única la peor ejecución en la tarea por parte de los psicópatas. Las puntuaciones en el Factor 2 y en la Faceta 3 del PCL-R se asociaban, además, con menores tiempos de reflexión tras recompensa y tras castigo. La importancia de la falta de reflexión general en la perseveración de respuestas no adaptativas, junto con la clara asociación entre las características de desviación social de la psicopatía y la dimensión externalizante de la personalidad y la psicopatología ( $r = .84$ ; Patrick, Hicks, Krueger y Lang, 2005), sugieren que la perseveración de respuestas encontrada en psicópatas no constituye un déficit específico del trastorno. Más bien parece definir, de forma más general, la conducta de otros grupos psicopatológicos relacionados con el factor general de vulnerabilidad externalizante (Krueger, Hicks, Patrick, Carlson, Iacono y McGue, 2002; Krueger, Markon, Patrick, Benning y Kramer, 2007), caracterizados por la conducta impulsiva, la agresividad, la falta de reflexión y la persistencia en conductas apetitivas a pesar de las consecuencias adversas.

En línea con esta idea, varios estudios han demostrado la existencia de perseveración de respuestas no adaptativas en diversos grupos psicopatológicos estrechamente relacionados con la dimensión externalizante de la personalidad y la psicopatología. Así, se ha encontrado evidencia de perseveración de respuestas no adaptativas en grupos de delincuentes juveniles (Fonseca y Yule, 1995; White, Moffit, Caspi, Bartusch, Needles y Stouthamer-Loeber, 1994), en niños y adolescentes en escuelas de educación especial por problemas emocionales y dificultades conductuales, con tendencias psicopáticas (Fisher y Blair, 1998) o con características de trastorno disocial (Shapiro, Quay, Hogan y Schwartz, 1988), en niños con diagnóstico de trastorno disocial (Fonseca y Yule, 1995), en niños con trastorno disocial con o sin déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Matthys, Van Goozen, De Vries, Cohen-Kettenis y Van Engeland, 1998), en adultos jóvenes con trastorno disocial e historia de trastorno por hiperactividad (Fischer, Barkley, Smallish y Fletcher, 2005), en niños con trastorno negativista desafiante (Matthys, Van Goozen, Snoek y Van Engeland, 2004), en niños agresivos (Séguin, Arseneault, Boulerice, Harden y Tremblay, 2002), y en jugadores patológicos (Goudriaan, Oosterlaan, De Beurs y Van den Brink, 2005). Además, la peor ejecución en la CPT correlaciona con síntomas de dependencia de diferentes drogas (Martin, Rayens, Kelly, Hartung y Leukefeld, 2000).

El hecho de que las relaciones observadas entre la psicopatía y la perseveración de respuestas no adaptativas se expliquen específicamente a través de las características de desviación social del trastorno (Moltó *et al.*, 2007) respaldan la conceptualización de la psicopatía como un constructo multifacético (Skeem, Polaschek, Patrick y Lilienfeld, 2011). Recien-

tes modelos etiológicos han propuesto que las distintas manifestaciones fenotípicas de la psicopatía –esto es, las características afectivo-interpersonales del trastorno, por un lado, y las características de desviación social, por otro– son consecuencia de distintos procesos etiológicos relativamente independientes (Fowles y Dindo, 2006, 2009; Patrick, 2007; Patrick & Bernat, 2009). Desde esta perspectiva, una disposición temperamental de bajo miedo (que teóricamente refleja una hiporreactividad del sistema motivacional defensivo) subyacería a parte de las características de tipo afectivo/interpersonal del trastorno, mientras que el concepto disposicional de vulnerabilidad externalizante (que refleja deterioros en los sistemas frontales que median la anticipación, la planificación y el control conductual) estaría relacionado con las manifestaciones de desviación social del trastorno (Patrick y Bernat, 2009).

En línea de lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente trabajo es examinar si existe una perseveración de respuestas no adaptativas en una muestra subclínica (o no institucionalizada), evaluada mediante el *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R; Lilienfeld y Widows, 2005). Dicho instrumento ha emergido en los últimos años como una herramienta prometedora para el estudio de la psicopatía en muestras no penitenciarias, ya que fue desarrollado para evaluar las características de personalidad y rasgos disposicionales asociados a la psicopatía basados en las descripciones prototípicas avanzadas por Cleckley, sin hacer referencia explícita a la conducta criminal o antisocial.

Teniendo en cuenta la evidencia empírica revisada anteriormente, en el presente estudio esperamos encontrar evidencia de (1) una perseveración de respuestas no adaptativas (mayor número de cartas jugadas y menores ganancias) asociada con las características de impulsividad de la psicopatía, y (2) que esta perseveración de respuestas no adaptativas se relaciona con una falta de reflexión general (menores tiempos de reacción tras el *feedback* de recompensa y castigo) y no exclusivamente con una falta de reflexión tras el *feedback* negativo (cf. Moltó *et al.*, 2007).

## Método

### *Participantes*

La muestra experimental estaba compuesta por 80 estudiantes universitarios varones de la Universitat Jaume I de Castellón que participaban en un estudio más amplio sobre personalidad y psicopatía, con edades comprendidas entre los 17 y los 45 años ( $M = 21.45$ ). Para su evaluación se utilizó la adaptación española del *Psychopathic Personality Inventory-Revised* (PPI-R; Lilienfeld y Widows, 2005) (véase López, 2010). El PPI-R es un autoinforme que consta de 154 ítems que evalúan los rasgos de personalidad nucleares del trastorno. Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = falso, 2 = más falso que verdadero, 3 = más verdadero que falso, 4 = verdadero). Este cuestionario proporciona una puntuación global de psicopatía, resultado de la suma directa de las puntuaciones en cada una de las 8 subescalas de contenido que lo conforman. Diversos estudios factoriales exploratorios del PPI (Benning, Patrick, Hicks, Blonigen y Krueger, 2003; Lilienfeld y Widows, 2005) han mostrado que 7 de las 8 subescalas de contenido se pueden agrupar en dos factores generales. El primer factor, PPI-I o «Dominancia/Ausencia de miedo», está compuesto por las subescalas de Ausencia de Miedo, Inmunidad al Estrés e Influencia Social, y parece reflejar las características de tipo afectivo/interpersonal de la psicopatía. El segundo factor, PPI-II o «Impulsividad Egocéntrica», agrupa las escalas de Egocentrismo Maquiavélico, Inconformismo Rebelde, Ausencia Despreocupada de Planes y Externalización de la Culpa, y parece reflejar las características de desviación social y externalizantes del trastorno como la impulsividad, la

agresividad y el no cumplimiento de las normas sociales. La escala de «Frialdad Emocional» no satura en ningún factor.

La muestra experimental definitiva, una vez excluidos los participantes con un perfil no válido en el PPI-R ( $n = 6$ ), con menos de 10 jugadas en la CPT (i. e., sin una tendencia dominante de respuesta hacia la recompensa, o sin tiempos de reflexión tras castigo;  $n = 7$ ), o con tiempos de reflexión significativamente dispares de la media de la muestra experimental (técnica Jackknife;  $n = 5$ ), fue de 62 participantes.

### *Procedimiento*

Previamente a la sesión de laboratorio, se administró a un grupo más amplio de participantes una batería de autoinformes de psicopatía y personalidad. Los participantes recibían por su colaboración en la sesión de cuestionarios puntos extra en las asignaturas de los profesores responsables del laboratorio. Posteriormente, se contactó por teléfono con la muestra final de 80 sujetos para acudir a la sesión experimental en el laboratorio, en la que, además de la CPT, se realizaron otras tareas experimentales que serán expuestas en otros trabajos.

Una vez en el laboratorio, a los participantes se les administró una adaptación de la tarea de perseveración de cartas de Newman *et al.* (1987), similar a la utilizada por Moltó *et al.* (2007), en la que se registraba la latencia de respuesta tras el *feedback*. La presentación de la tarea y la adquisición de los datos fue controlada a través de un ordenador PC HP workstation xw4600 con un Monitor 22» LCD TFT, mediante la aplicación Presentation v.9.2 (Neurobehavioral Systems). Las respuestas de los participantes fueron registradas mediante el plafón de respuesta RB-730 de Cedrus.

Al comienzo de la tarea, en la pantalla del ordenador los participantes veían el dorso de una carta de la baraja española y dos montones de 50 monedas de 10 céntimos de euro. El montón de monedas de la izquierda era el del sujeto experimental y se le informaba de que 20 de las monedas le pertenecían por participar y las otras 30 se le prestaban para empezar el juego. El montón de la derecha representaba la cantidad de monedas que el sujeto podía ganar. Cada ensayo se iniciaba con la pregunta «¿Quieres jugar?» encima del dorso de la carta de la baraja. Los participantes entonces decidían entre dos opciones: «jugar» (pulsando el botón derecho del plafón de respuesta) o bien «dejar de jugar» (pulsando el botón izquierdo del plafón de respuesta), siempre y cuando se hubiera jugado al menos la primera vez. Tras cada jugada, desaparecía la pregunta y la carta se daba la vuelta. Si la carta era una figura (sota, caballo, rey o as), aparecía la palabra «¡GANAS!» durante 1000 ms, sonaba un tono agudo y se añadía una moneda de 10 céntimos de euro al montón del sujeto. Si la carta era un número (del 2 al 7) aparecía la palabra «¡PIERDES!», sonaba un zumbido, y se perdía una de las monedas de 10 céntimos del montón del sujeto.

La tarea estaba compuesta por 100 cartas de la baraja española que se presentaban en un orden predefinido, de manera que en las 10 primeras jugadas existía una probabilidad de 0.9 de obtener una recompensa (ganar 10 céntimos de euro) y 0.1 de obtener un castigo (perder 10 céntimos). Dicha probabilidad se reducía de manera lineal un 0.1 en cada bloque de 10 cartas jugadas, hasta que en las últimas 10 jugadas la probabilidad de obtener una recompensa era de 0.

Los participantes se sentaban en una habitación insonorizada y con baja iluminación. El experimentador acompañaba a los sujetos a la habitación y leía en voz alta las instrucciones de la tarea que aparecían en pantalla.



## Análisis estadísticos

Las variables dependientes estudiadas fueron el número de cartas jugadas, las ganancias totales obtenidas y los tiempos de reflexión tras castigo y tras recompensa (en ms).

Con el objetivo de examinar la relación entre las puntuaciones en el PPI-R y la perseveración de respuestas no adaptativas en la psicopatía subclínica, se llevaron a cabo 3 conjuntos de modelos lineales generales (MLG) sobre cada variable dependiente (número de jugadas, ganancias, tiempo de reflexión tras castigo y tiempo de reflexión tras recompensa). En el primer conjunto de análisis se incluyeron las puntuaciones totales en el PPI-R como factor continuo entre-sujetos. En el segundo conjunto de análisis, se incluyeron las puntuaciones por factores del PPI-R (PPI-R-I, «Dominancia/Ausencia de Miedo», y PPI-R-II, «Impulsividad Egocéntrica») como factores continuos entre-sujetos. En el tercer conjunto de análisis se incluyeron las puntuaciones de las ocho subescalas del PPI-R como factores continuos entre-sujetos. La edad de los participantes fue incluida como covariante en todos los conjuntos de análisis. Este tipo de análisis permite establecer los mejores predictores de la variable dependiente de interés, dado que el poder predictivo de cada variable independiente sobre la dependiente se pone a prueba manteniendo constantes los demás predictores, lo que posibilita determinar la varianza única que explica cada factor de forma independiente. Los valores de eta al cuadrado parcial ( $\eta^2_p$ ) se presentan como índices del tamaño de los efectos observados.

## Resultados

Los resultados del primer MLG no mostraron efectos significativos de las puntuaciones totales en el PPI-R sobre el número de cartas jugadas ( $F < 1$ ), las ganancias totales obtenidas ( $F < 1$ ) o el tiempo de reflexión tras recompensa ( $p = .21$ ). Sí se observó una tendencia a que las puntuaciones totales en PPI-R estuvieran relacionadas inversamente con el tiempo de reflexión tras castigo ( $F [1,61] = 3.75$ ;  $p = .058$ ;  $t = -1.94$ ;  $\eta^2_p = .06$ ).

En el segundo MLG, no se encontraron efectos significativos de las puntuaciones del PPI-I sobre ninguna variable dependiente (número de cartas jugadas, tiempo de reflexión tras castigo o el tiempo de reflexión tras recompensa,  $F_s < 1$ ; ganancias totales obtenidas,  $p = .27$ ), ni tampoco del PPI-II (número de cartas jugadas, ganancias totales obtenidas o tiempo de reflexión tras recompensa,  $F_s < 1$ ; tiempo de reflexión tras castigo,  $p = .08$ ).

Los resultados del tercer MLG mostraron que únicamente la subescala de Ausencia Despreocupada de Planes (CN) mostraba una relación estadísticamente significativa con las cuatro variables dependientes de la CPT (como se puede observar en las tablas 1, 2, 3 y 4).

Así, las puntuaciones en CN estaban relacionadas significativamente de forma directa con el número de cartas jugadas –explicando de forma única un 11.6 % de la varianza (véase la tabla 1)–, y de forma inversa con las ganancias totales obtenidas (8.1 % de la varianza explicada; véase la tabla 2), y los tiempos de reacción tras castigo (10.8 % de la varianza explicada; véase la tabla 3) y tras recompensa (6.8 % de la varianza explicada; véase la tabla 4). El resto de subescalas del PPI-R no mostró relaciones significativas con ninguna de las variables dependientes, salvo la subescala de Influencia Social (SOI) con el tiempo de reflexión tras recompensa (6.8 % de la varianza).

Tabla 1  
Resultados del tercer MLG para el Número de Cartas Jugadas

VARIABLES INDEPENDIENTES	F	P	T	H2P
Edad	1.72	.196	1.31	.032
Frialdad Emocional (C)	.198	.658	-.445	.004
Inmunidad al Estrés (STI)	.325	.571	.570	.006
Ausencia de Miedo (F)	.021	.884	-.147	.000
Influencia Social (SOI)	1.18	.283	1.09	.022
Egocentrismo Maquiavélico (ME)	.114	.738	-.337	.002
Inconformismo Rebelde (RN)	.315	.577	-.561	.006
Externalización de la Culpa (BE)	2.5	.120	-1.58	.046
Ausencia Despreocupada de Planes (CN)	<b>6.80</b>	.012	2.61	.116

Nota. Los valores en negrita son significativos a un nivel de  $p < .05$ .

Tabla 2  
Resultados del tercer MLG para las Ganancias totales obtenidas

VARIABLES INDEPENDIENTES	F	P	T	H2P
Edad	.701	.406	-.837	.013
Frialdad Emocional (C)	.124	.727	.351	.002
Inmunidad al Estrés (STI)	.871	.355	-.933	.016
Ausencia de Miedo (F)	.000	.996	.005	.000
Influencia Social (SOI)	.084	.363	-.919	.016
Egocentrismo Maquiavélico (ME)	.589	.446	.768	.011
Inconformismo Rebelde (RN)	.195	.660	.442	.004
Externalización de la Culpa (BE)	.647	.425	.804	.012
Ausencia Despreocupada de Planes (CN)	<b>4.61</b>	.037	-2.15	.081

Nota. Los valores en negrita son significativos a un nivel de  $p < .05$ .

Tabla 3  
Resultados del tercer MLG para el Tiempo de Reflexión tras Castigo

VARIABLES INDEPENDIENTES	F	P	T	H2P
Edad	.769	.384	.877	.015
Frialdad Emocional (C)	.003	.958	-.053	.000
Inmunidad al Estrés (STI)	.460	.501	-.678	.009
Ausencia de Miedo (F)	1.03	.314	1.02	.019
Influencia Social (SOI)	2.21	.143	-1.49	.041
Egocentrismo Maquiavélico (ME)	.008	.928	-.091	.000
Inconformismo Rebelde (RN)	.173	.679	-.416	.003
Externalización de la Culpa (BE)	.085	.772	-.291	.002
Ausencia Despreocupada de Planes (CN)	<b>6.30</b>	.015	-2.51	.108

Nota. Los valores en negrita son significativos a un nivel de  $p < .05$ .

Tabla 4  
Resultados del tercer MLG para el Tiempo de Reflexión tras Recompensa

VARIABLES INDEPENDIENTES	F	P	T	H2P
Edad	.112	.739	.335	.002
Frialdad Emocional (C)	.084	.773	.290	.002
Inmunidad al Estrés (STI)	.000	.989	.014	.000
Ausencia de Miedo (F)	.480	.492	.693	.009
Influencia Social (SOI)	3.78	.057	-1.96	.068
Egocentrismo Maquiavélico (ME)	.344	.560	-.587	.007
Inconformismo Rebelde (RN)	.132	.718	.363	.003
Externalización de la Culpa (BE)	.126	.724	.355	.002
Ausencia Despreocupada de Planes (CN)	3.81	.056	-1.95	.068

Nota. Los valores en negrita son significativos a un nivel de  $p = .05$ .

## Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio era examinar la existencia de una perseveración de respuestas no adaptativas asociada a los rasgos psicopáticos en una muestra no clínica de estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos mostraron que la subescala de Ausencia Despreocupada de Planes del *Psychopathic Personality Inventory-Revised* –que refleja características de impulsividad, dificultades en aprender de los propios errores y falta de planificación de la psicopatía (Lilienfeld y Widows, 2005)– predecía, de forma exclusiva, un mayor número de cartas jugadas y un menor número de ganancias totales, así como una falta de reflexión general tras el *feedback* (sea de recompensa o de castigo). Este resultado es consistente con la literatura previa que indica que los déficits en la perseveración de respuestas encontrados en psicópatas encarcelados están específicamente relacionados con las características de un estilo de vida impulsivo e irresponsable de la psicopatía (Moltó *et al.*, 2007) y que, lejos de ser un déficit exclusivo de dicha condición patológica, parece estar presente en otros grupos psicopatológicos como el trastorno disocial (Fonseca y Yule, 1995), niños con trastorno disocial y TDAH (Matthys *et al.*, 1998), niños agresivos (Séguin *et al.*, 2002), adultos jóvenes con trastorno disocial e historia de trastorno por hiperactividad (Fisher *et al.*, 2005), jugadores patológicos (Goudriaan *et al.*, 2005) o asociado al uso/abuso de sustancias (Martin *et al.*, 2000), condiciones todas ellas englobadas dentro del espectro de los trastornos externalizantes (Krueger *et al.*, 2002, 2007).

Por otro lado, existen muy pocos estudios que hayan examinado el papel que juega la conducta reflexiva en la perseveración de respuestas no adaptativas. De manera consistente con estudios previos llevados a cabo con psicópatas encarcelados (Moltó *et al.*, 2007), nuestros resultados mostraron que las características de la psicopatía relacionadas con una peor ejecución en la CPT se asociaron también a menores tiempos de reflexión tras castigo y tras recompensa. Este resultado parece no dar soporte empírico a la interpretación propuesta por Newman *et al.* (1987) que relaciona una peor ejecución en esta tarea con una falta de reflexión tras los castigos. Así, más que una falta de procesamiento de información de las señales de castigo, la peor ejecución en la CPT se encuentra asociada de forma más clara con las características de impulsividad, falta de planificación y necesidad de estimulación de la psicopatía, probablemente debido a que la necesidad de actuar y responder de estas personas dificulta el procesamiento de señales tanto de recompensa como de castigo, lo que a su vez reduce su sensibilidad a los cambios en las contingencias de la tarea.

Aunque en la presente muestra subclínica las puntuaciones totales en el PPI-R no se asociaran con una perseveración de respuestas no adaptativas –como sí se ha demostrado en los estudios previos utilizando el PCL-R en muestras penitenciarias (Newman *et al.*, 1987; Moltó *et al.*, 2007)–, los resultados del presente trabajo son consistentes con la propuesta de que el diagnóstico de psicopatía del PPI-R, más que representar un constructo unitario (como es la evaluación de la psicopatía a partir del PCL-R), constituye un rasgo multifacético que emerge a partir de rasgos de orden menor, que pueden no estar relacionados entre sí o mostrar relaciones opuestas (Lilienfeld y Widows, 2005). El hecho de que la escala de Ausencia Despreocupada de Planes, tras controlar la varianza compartida con el resto de subescalas, se asociara con una perseveración de respuestas no adaptativas en la CPT y con un estilo de juego caracterizado por una falta de reflexión general tras el *feedback*, constituye un soporte empírico a la medida que ofrece dicha subescala, ya que precisamente refleja las características de impulsividad que tradicionalmente se han asociado a la psicopatía.

Como se ha comentado a lo largo del presente trabajo, existe un importante cuerpo de evidencia empírica que relaciona la perseveración de respuestas no adaptativas y diversos grupos psicopatológicos relacionados con el factor general de vulnerabilidad externalizante.

Pues bien, los resultados del presente estudio son consistentes con los modelos duales del trastorno que entienden la psicopatía como un constructo dual (Fowles y Dindo, 2006, 2009; Patrick, 2007; Patrick y Bernat, 2009). Diversos estudios de laboratorio han puesto de manifiesto que los dos grandes factores del PPI-R (PPI-I, que refleja parte de las características afectivo-interpersonales y al que parece subyacer una disposición temperamental de bajo miedo, y PPI-II, que refleja las características de desviación social, al que subyacería una disposición de vulnerabilidad a problemas externalizantes) se asocian a distintos déficits psicofisiológicos y conductuales. Así, existe evidencia de un déficit en la activación del sistema motivacional defensivo asociado a las puntuaciones en el PPI-I (Dominancia/Ausencia de Miedo), pero no al PPI-II, medido a través de distintas tareas de laboratorio, como una menor potenciación en el reflejo de sobresalto (Benning, Patrick y Iacono, 2005), una reducción en el segundo componente acelerativo de la respuesta cardiaca de defensa (Esteller *et al.*, 2010) o un déficit en el condicionamiento clásico del miedo (López, Poy, Patrick y Moltó, 2013). Por su parte, el PPI-II se ha asociado de manera específica con una hipersensibilidad del sistema dopaminérgico mesencefálico –lo que sugiere una mayor sensibilidad a la recompensa (Buckholz *et al.*, 2010)– y con una reducida amplitud del componente P300 –lo que podría reflejar déficits en la distribución de la atención hacia estímulos relevantes durante la ejecución de tareas cognitivas (Carlson, Tháí y McLarnon, 2009). A nivel conductual se han encontrado déficits en la inhibición de respuestas en baterías de pruebas neuropsicológicas asociados a las puntuaciones en el PPI-II, explicados particularmente por las subescalas de Ausencia Despreocupada de Planes y Maquiavelismo Egocéntrico (Sellbom y Verona, 2007).

En este sentido, la asociación específica entre la subescala de Ausencia Despreocupada de Planes (que forma parte del PPI-II) y la perseveración de respuestas no adaptativas parece respaldar esta conceptualización de la psicopatía, de forma paralela a los resultados obtenidos en psicópatas encarcelados (Moltó *et al.*, 2007).

En resumen, el constructo de psicopatía parece no ser de naturaleza unitaria, sino que representa una constelación de múltiples rasgos que pueden dar lugar a diferentes manifestaciones fenotípicas (Skeem *et al.*, 2011). Los resultados del presente estudio subrayan la importancia de diferenciar entre los diferentes componentes relacionados con el constructo a la hora de asociarlos a distintos déficits de laboratorio, que puedan servir como marcadores de las distintas dimensiones del trastorno, ayudando así a validar las distintas escalas y dimensiones de los instrumentos diseñados para la evaluación de la psicopatía en población no penitenciaria.

Finalmente, cabe hacer referencia a las limitaciones del presente estudio. Por un lado, la muestra utilizada estaba compuesta únicamente por estudiantes universitarios, por lo que algunas variables, como el alto nivel educativo, quizá hayan podido influir en los resultados limitando por este motivo la posibilidad de generalizar las conclusiones al concepto de psicopatía en la población general. Futuros estudios con muestras más amplias que puedan cubrir el rango de dimensiones asociadas al constructo parecen necesarios con el fin de caracterizar mejor la naturaleza y los correlatos del trastorno. Por otro lado, como nuestro estudio se centró en una muestra de varones –dada la falta de evidencia concluyente acerca de la perseveración de respuestas no adaptativas en mujeres psicópatas institucionalizadas (cf. Vitale y Newman, 2001)– no parece justificada la formulación de hipótesis claras respecto a lo que cabe esperar en poblaciones no penitenciarias sobre la relación entre la perseveración de respuestas no adaptativas y la psicopatía en mujeres. En este sentido, futuros estudios podrían atender a las diferencias de género para ayudar a entender las similitudes y diferencias entre las manifestaciones del constructo en mujeres y hombres.

## Referencias bibliográficas

- Benning, S. D., Patrick, C. J., Hicks, B. M., Blonigen, D. M. & Krueger, R. F. (2003). Factor structure of the Psychopathic Personality Inventory: Validity and implications for clinical assessment. *Psychological Assessment*, *15*(3), 340-350.
- Benning, S. D., Patrick, C. J. & Iacono, W. (2005). Psychopathy, startle blink modulation, and electrodermal reactivity in twin men. *Psychophysiology*, *42*, 753-762.
- Buckholtz, J. W., Treadway, M. T., Cowan, R. L., Woodward, N. D., Benning, S. D., Li, R. *et al.* (2010). Mesolimbic dopamine reward system hypersensitivity in individuals with psychopathic traits. *Nature Neuroscience*, *13*, 419-421.
- Carlson, S. R., Thái, S. & Mclarnon, M. E. (2009). Visual P3 amplitude and self reported psychopathic personality traits: Frontal reduction is associated with self-centered impulsivity. *Psychophysiology*, *46*, 100-113.
- Cleckley, H. (1941/1976). *The mask of sanity*. St. Louis, MO: Mosby.
- Esteller, A., Segarra, P., Fonfría, A., Poy, R., López, R., Pastor, M. C., Molés, M. & Moltó, J. (2010). Cardiac defense response and subclinical psychopathy [Abstract]. *Psychophysiology*, *47*, S41.
- Fischer, M., Barkley, R., Smallish, L. & Fletcher, K. (2005). Executive functioning in hyperactive children as young adults: Attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. *Developmental Neuropsychology*, *27*, 107-133.
- Fisher, L. & Blair, R. J. R. (1998). Cognitive impairment and its relationship to psychopathic tendencies in children with emotional and behavioral difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 511-519.
- Fonseca, A. C. & Yule, W. (1995). Personality and antisocial behavior in children and adolescents: An enquiry into Eysenck's and Gray's theories. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *23*, 767-781.
- Fowles, D. C. & Dindo, L. (2006). A dual-deficit model of psychopathy. En C. J. Patrick (ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 14-34). New York: Guilford Press.
- Fowles, D. C. & Dindo, L. (2009). Temperament and psychopathy: A dual-pathway model. *Current Directions in Psychological Science*, *18*, 179-183.
- Goudriaan, A., Oosterlaan, J., De Beurs, E. & Van den Brink, W. (2005). Decision making in pathological gambling: A comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Cognitive Brain Research*, *23*, 137-151.
- Hare, R. D. (1991). *Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2.<sup>a</sup> ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G. & McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 411-424.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D. & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 645-666.
- Lilienfeld, S. O. & Widows, M. R. (2005). *Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- López, R. (2010). *Déficit en el sistema motivacional aversivo en psicópatas subclínicos evaluados mediante el Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R)*. Tesis doctoral. Universitat Jaume I, Castellón, España Obtenido de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=15603>

- López, R., Poy, R., Patrick, C. J. & Moltó, J. (2013). Deficient fear conditioning and self-reported psychopathy: The role of fearless dominance. *Psychophysiology*, *50*, 210-218.
- Martin, C. A., Rayens, M. K., Kelly, T., Hartung, C. & Leukefeld, C. (2000). Card perseveration task performance and post-task feeling states: Relationship to drug use in adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *26*, 325-333.
- Matthys, W., Van Goozen, S. H., De Vries, H., Cohen- Kettenis, P. T. & Van Engeland, H. (1998). The dominance of behavioural activation over behavioural inhibition in conduct disordered boys with or without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*, 643-653.
- Matthys, W., Van Goozen, S. H., Snoek, H. & Van Engeland, H. (2004). Response perseveration and sensitivity to reward and punishment in boys with oppositional defiant disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *13*, 362-364.
- McCleary, R. A. (1996). Response modulating function of the limbic system: Initiation and suppression. En E. Stellar y J. M. Sprague (eds.), *Progress in physiological psychology* (Vol. 1, pp. 209-271). San Diego, CA: Academic Press.
- Moltó, J., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M. C. & Montañés, S. (2007). Response perseveration in psychopaths: Interpersonal/Affective or Social deviance traits? *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 632-637.
- Newman, J. P., Patterson, C. M. & Kosson, D. S. (1987). Response perseveration in psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*(2), 145-148.
- Newman, J. P. & Wallace, J. F. (1993). Diverse pathways to deficient self-regulation: implications for disinhibitory psychopathology in children. *Clinical Psychology Review*, *15*, 699-720.
- Patrick, C. J. (2007). Getting to the heart of psychopathy. In H. Hervé y J. Yuille (eds.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 207-252). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Patrick, C. J. & Bernat, E. M. (2009). Neurobiology of psychopathy: A two-process theory. En G. G. Berntson & Cacioppo, J. T. (eds.), *Handbook of neuroscience for the behavioral sciences* (pp. 1110-1131). New York: John Wiley & Sons.
- Patrick, C. J., Hicks, B. M., Krueger, R. F. & Lang, A. R. (2005). Relations between psychopathy facets and externalizing in a criminal offender sample. *Journal of Personality Disorders*, *19*, 339-356.
- Patterson, C. M. & Newman, J. P. (1993). Reflectivity and learning from aversive events: Toward a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. *Psychological Review*, *100*, 716-736.
- Séguin, J. R., Arseneault, L., Boulerice, B., Harden, P. W. & Tremblay, R. E. (2002). Response perseveration in adolescent boys with stable and unstable histories of physical aggression: The role of underlying processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 481-494.
- Sellbom, M. & Verona, E. (2007). Neuropsychological correlates of psychopathic traits in a non-incarcerated sample. *Journal of Research in Personality*, *41*, 276-294.
- Shapiro, S. K., Quay, H. C., Hogan, A. E. & Schwartz, K. P. (1988). Response perseveration and delayed responding in undersocialized aggressive conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*, 371-373.
- Siegel, R. A. (1978). Probability of punishment and suppression of behavior in psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 514-522.
- Skeem, J. L., Polaschek, D., Patrick, C. J. & Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic personality: Bridging the gap between empirical evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, *12*, 95-162.
- Vitale, J. E. & Newman, J. P. (2001) Response perseveration in psychopathic women. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 644-647.

White, J. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Bartusch, D. J., Needles, D. J. & Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 192-205.



## Efecto de facilitación de los cognados en el cerebro bilingüe

M.<sup>a</sup> ÁNGELES PALOMAR-GARCÍA  
mpalomar@uji.es

ELISENDA BUEICHEKÚ BOHABONAY  
bueichek@uji.es

ANA SANJUÁN TOMÁS  
asanjuan@uji.es

NOELIA VENTURA-CAMPOS  
venturan@uji.es

CÉSAR ÁVILA  
avila@uji.es

### Resumen

**Introducción:** El objetivo de la presente investigación de resonancia magnética funcional fue estudiar las diferencias neurales y conductuales entre bilingües y monolingües durante una tarea de denominación de palabras cognadas y no cognadas a partir de imágenes. **Metodología:** La muestra estaba formada por 33 estudiantes universitarios diestros: 16 bilingües de castellano-catalán, cuya L1 era el castellano, y 17 monolingües de castellano. Se realizó una tarea con un diseño asociado a eventos lento en RMf que consistió en la denominación en castellano (L1) a partir de imágenes, donde la mitad de las imágenes se denominaban con palabras cognadas y la otra mitad con palabras no cognadas. **Resultados:** Los resultados conductuales obtenidos mostraron un claro efecto de cognación y una interacción entre el estado de cognación y el efecto del grupo, por el que los bilingües denominaban más rápido palabras cognadas que no cognadas. Los resultados neurales mostraron diferencias globales entre bilingües y monolingües en áreas posteriores, pero estas no fueron específicas para palabras cognadas o no cognadas. También se observaron diferencias en el grupo de los bilingües, observándose mayor activación en el córtex cingulado anterior (ACC) cuando la condición de palabras no cognadas fue comparada con las palabras cognadas. **Conclusión:** Tal y como postula la hipótesis de la interferencia, el grupo de los bilingües presenta una mayor participación del córtex cingulado anterior durante el procesamiento de palabras no cognadas debido a la activación en paralelo del léxico de L1 y de L2.

**Palabras claves:** cognados, bilingüismo, córtex cingulado anterior (ACC), neuroimagen, resonancia magnética funcional (RMf).

### Abstract

**Introduction:** The aim of the present fMRI research was to study the neural and behavioral differences between bilinguals and monolinguals during picture naming task with cognate and

non-cognate words. **Method:** The sample consisted of 33 right-handed university students: 16 Spanish – Catalan bilinguals and 17 Spanish monolinguals. For this study, a slow event-related fMRI task was used which consisted in a picture naming task performed in Spanish (L1). The pictures were manipulated for cognate status, thus half of them were named with cognate words and the other with half non-cognate words. **Result:** The behavioral results obtained showed a main effect of the cognate status and an interaction between the cognate status and the effect of group by which the bilingual denominated faster cognates words than non-cognate words. The neural results showed overall differences between bilinguals and monolinguals in posterior areas, but these were not specific for cognate or non-cognate words. Differences within the bilingual group were observed, revealing an increased activation in the anterior cingulate cortex (ACC) when the non-cognate condition was compared to the cognate condition. **Conclusion:** As the interference hypothesis postulates, bilinguals have a parallel activation of L1 and L2 lexicons that could be related to the increased activation observed in the anterior cingulate cortex (ACC) while processing non cognate words.

**Keywords:** cognates, bilingualism, anterior cingulate cortex (ACC), neuroimaging, functional magnetic resonance (fMRI).

## Introducción

El término bilingüe se refiere a una persona con la capacidad de utilizar más de un idioma con fluidez (Abutalebi y cols. 2008). Este proceso es especialmente relevante en nuestra sociedad donde castellano y catalán se alternan continuamente. Una persona bilingüe tiene una lengua materna o primera lengua (denominada L1) en la que muestra una alta proficiencia y una segunda lengua aprendida (denominada L2) en la que puede tener distintos niveles de proficiencia. En el contexto del bilingüismo castellano-catalán es frecuente encontrar bilingües con alta proficiencia en L2 ya que han aprendido ambos idiomas simultáneamente.

Los cognados son palabras que comparten el mismo significado en los dos idiomas y son fonológicamente similares (ej., oreja en castellano y *orella* en catalán) y los no cognados son palabras que también comparten el mismo significado pero fonológicamente son distintos (ej., cama en castellano y *llit* en catalán). Las palabras cognadas y no cognadas solamente tienen sentido en el contexto del bilingüismo (Costa, Caramazza y Sebastián-Gallés, 2000).

La investigación previa sobre estudios conductuales en producción del lenguaje ha mostrado que cuando se compara a los bilingües con los monolingües en diferentes tareas de producción verbal, como tareas de denominación, de lectura y de fluidez verbal, los bilingües presentan un mayor tiempo de respuesta cuando denominan en su segunda lengua (L2) como cuando denominan en su primera lengua (L1). Esta desventaja se ha observado para ambos tipos de palabras cognadas y no cognadas (Gollan y cols. 2005, 2008; Ivanova y cols. 2008; Rosselli y cols. 2000). Costa y cols. (2000) realizaron un estudio en el que mostraron el efecto de facilitación para las palabras cognadas en los bilingües, y encontraron diferencias significativas del efecto del cognado para el grupo de los bilingües, y observó diferencias significativas del efecto del cognado para el grupo de los bilingües, obteniendo menores tiempos de reacción para las palabras cognadas que para las no cognadas. Este efecto de facilitación de los cognados puede ser encontrado para personas con diferentes niveles de proficiencia, no solamente en su L2 sino incluso para su lengua dominante L1 (Christoffels y cols., 2003, 2006).

Los estudios de neuroimagen han mostrado una mayor activación en áreas lingüísticas del hemisferio izquierdo (HI) para los bilingües en comparación con los monolingües cuando realizan tareas de denominación, lectura en voz alta o tareas de decisión léxica. Parker-Jones y cols. (2012) encontraron incremento de activación en cinco áreas del HI: giro precentral dorsal, pars triangularis, pars opercularis, giro temporal superior y el plano temporal, para los bilingües comparado con los monolingües durante tareas de denominación y lectura en su L1, pero no durante el procesamiento semántico. Rodríguez-Fornells y cols. (2002) también encontraron un incremento de activación en áreas del HI como el córtex frontal inferior, el plano temporal y el lóbulo parietal inferior, en una tarea de decisión léxica en su L1 cuando comparaba bilingües con monolingües.

Kroll y cols. (2008) proponen que estas diferencias entre grupos lingüísticos son debidas a que los bilingües deben activar en paralelo los dos idiomas cuando hablan en su L1, produciéndose una interferencia mutua entre la producción de L1 y L2. Ambos idiomas pueden ser activados, pero los bilingües desarrollan la habilidad de seleccionar a los candidatos del idioma objetivo. Es, por tanto, la activación de un mayor número de competidores léxicos junto con la menor frecuencia de uso de las palabras por el hecho de hablar dos idiomas lo que produce la mayor interferencia (Parker-Jones y cols., 2012).

El objetivo principal de nuestro estudio fue investigar las diferencias conductuales y neurales entre bilingües y monolingües durante una tarea de denominación en L1 con palabras cognadas y no cognadas. En concreto nos planteamos conocer las diferencias globales en denominación y la influencia de los cognados y no cognados en la respuesta neural al realizar una tarea de denominación a partir de imágenes. Las hipótesis que nos planteamos para este estudio fueron: a) los bilingües deberían tener tiempos de denominación (TD) más lentos que los monolingües y presentar un incremento de activación en áreas del hemisferio izquierdo; b) los bilingües deberían denominar las palabras no cognadas más lentamente que las palabras cognadas y esta diferencia debería verse reflejada en el patrón de activación cerebral cuando las palabras no cognadas están siendo procesadas.

## Metodología

### *Participantes*

La muestra estaba formada por 33 estudiantes de la Universitat Jaume I de Castellón: 16 bilingües castellano-catalán y 17 monolingües. Todos los participantes fueron asignados al grupo de bilingües o monolingües después de que ellos completaran un cuestionario sobre el uso de los idiomas. Este cuestionario permite obtener la edad de adquisición (todos los participantes bilingües aprendieron ambos idiomas antes de los tres años) y el nivel de proficiencia para cada participante mediante una escala de 4 puntos (1 = pobre nivel de proficiencia, 4 = alto nivel de proficiencia), todos los participantes bilingües mostraron una alta proficiencia en ambos idiomas.

A pesar de la temprana y continua exposición a ambos idiomas, los participantes mostraban una preferencia por uno de sus idiomas. Con ello, la L1 de todos los participantes era el castellano.

Todos los participantes eran diestros y fueron informados de la naturaleza del estudio dando su consentimiento para participar en él. La participación en este estudio fue monetariamente recompensada.

## *Tarea*

La tarea utilizada en este estudio fue una tarea de denominación. Consistió en la presentación de 64 imágenes de objetos familiares seleccionados de Strijkers, Costa y Thierry (2010) que se presentaban durante 1,5 segundos. La mitad de las imágenes se denominaban con palabras cognadas y la otra mitad con palabras no cognadas. Casi todas las palabras cognadas (27 de 32) compartían, por lo menos, la primera sílaba entera con su correspondiente traducción, y todos ellos comparten al menos el primer fonema.

Las imágenes fueron presentadas en la pantalla del ordenador y los participantes fueron instruidos en dar una respuesta en voz alta para cada imagen y en denominarlas con la máxima rapidez.

El paradigma de resonancia fue aplicado mediante un diseño asociado a eventos lento. Cada ensayo empezaba con un punto de fijación blanco sobre un fondo negro que permanecía en la pantalla durante 1 segundo y mantenía la atención del participante en el centro de la pantalla, inmediatamente después aparecía la imagen que duraba 1,5 segundos. Después la pantalla permanecía en negro durante 13,5 segundos hasta el siguiente ensayo, cada ensayo duraba 16 segundos. Durante los ensayos experimentales, los participantes debían responder en voz alta y durante los ensayos línea de base («+» y la pantalla en negro), debían ver pasivamente la pantalla.

El orden de las imágenes fue aleatorio para cada participante y la sesión duraba aproximadamente 17 minutos.

La tarea fue programada y presentada utilizando el Software Presentation (Neurobehavioral System, INC; Albany, CA), e implementado mediante el sistema operativo Microsoft XP. Los estímulos visuales fueron presentados dentro del escáner usando unas gafas compatibles con la resonancia (Resonance Technologies, EE. UU.) y las respuestas verbales de los participantes fueron grabadas mediante un micrófono compatible que cancela el ruido del escáner (FOMRI, Optoacoustic, Israel).

## *Parámetros de adquisición de las imágenes de Resonancia Magnética funcional (RMf)*

Las imágenes se obtuvieron mediante un escáner Siemens Avanto (Erlangen, Alemania) de 1,5 T. Los participantes fueron colocados en una posición supina en el escáner de resonancia magnética. Para reducir los artefactos producidos por el movimiento se utilizaron cojines para fijar sus cabezas.

Antes de la secuencia funcional de resonancia magnética, para cada participante se adquirió un volumen estructural usando una secuencia MPRAGE de alta resolución potenciada en T1 (TE = 3.8 ms, TR = 2200 ms, FOV = 25.6 x 25.6 cm, tamaño vóxel = 1 x 1 x 1 mm). A continuación, se adquirió una secuencia gradiente-echo T2\* echo-planar de 148 volúmenes usada para las imágenes funcionales (TE = 55 ms, TR = 3000 ms, matriz = 64 x 64, tamaño vóxel = 3.5 x 3.5 x 3.8). Se adquirieron 33 cortes axiales intercalados de manera ascendente, paralelos a la comisura anterior / comisura posterior cubriendo todo el cerebro.

## *Análisis conductuales*

El tiempo de denominación (TD) y el juicio de las respuestas (acierto, error, omisión) fueron obtenidos manualmente usando el programa Praat (<http://www.fon.hum.uva.nl/praat/>).

Los tiempos de denominación (TD) fueron basados solamente en las respuestas correctas, y las respuestas que superaban 3 desviaciones típicas fueron excluidas de los análisis.

Una vez obtenidos los TD se analizaron con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.19.0). Se llevaron a cabo pruebas paramétricas (ANOVA de 2 x 2).

### *Análisis de las imágenes*

El procesamiento de las imágenes y los análisis estadísticos fueron realizados usando el programa SPM8 (Statistical Parametric Mapping 8; Wellcome Trust Centre for Neuroimaging, London, UK. <http://www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm>).

El Preprocesado de las imágenes funcionales incluía corrección donde todos los volúmenes fueron temporalmente alineados («slice-timing»), corrección por movimiento, normalización espacial de las imágenes funcionales a un espacio estereotáxico estandarizado –coordenadas del Instituto Neurológico de Montreal (MNI) de 3 mm<sup>3</sup>–. Finalmente sobre los datos funcionales se aplicó un suavizado espacial con una función gaussiana mediante *full width half maximum* (FWHM) de 8 mm<sup>3</sup>.

El análisis estadístico fue realizado sobre los datos individuales y grupales utilizando el Modelo Lineal General (Friston y cols. 1995). Para cada participante, los contrastes de cada condición versus la línea de base fueron calculados (cognados > línea de base, no-cognados > línea de base). Los datos de cada participante se modelaron mediante un diseño asociado a eventos lento con la función de la respuesta hemodinámica y su derivada temporal. Los parámetros obtenidos de la corrección de movimiento, los TD y los errores se introdujeron para cada participante como covariable en el análisis de efectos fijos.

Los efectos de interés grupal (bilingües/monolingües) de cada uno de los contrastes (cognado y no cognado) obtenidos para cada participante en los análisis de efectos fijos, fueron estudiados mediante una prueba t para una muestra. Las diferencias entre grupos (bilingües y monolingües) en cada contraste fueron obtenidas mediante una prueba t para dos muestras. Para todos los resultados se aplicó un umbral *family-wise error* (FWE)  $p < 0.05$  corregido por múltiples comparaciones a nivel de clúster mediante la simulación de Montecarlo usando el programa Alphasim de la herramienta REST (<http://www.restfmri.net>), con un umbral de  $p < 0.005$  no corregido a nivel de vóxel y un criterio de tamaño de clúster de 45 vóxeles.

## **Resultados**

### *Resultados conductuales*

El análisis de los datos conductuales (tabla 1) muestra la media y la desviación típica para cada una de las condiciones experimentales. Este análisis fue llevado a cabo mediante un análisis de varianza (ANOVA) del grupo (bilingües vs. monolingües) y el estado del cognado (cognadas vs. no cognadas) mostrando una tendencia a ser significativo el efecto de grupo ( $F(1,31) = 3,185$   $p = 0,08$ ) y diferencias significativas para el efecto de cognado ( $F(1, 31) = 5,518$   $p < 0,05$ ). También se encontró un efecto significativo para la interacción entre el estado del cognado y el grupo ( $F(1, 31) = 8,089$   $p < 0,01$ ). Como se esperaba, el TD para los bilingües fue más lento (1243 ms) que para los monolingües (1185 ms) y dentro del grupo de los bilingües más rápido para las palabras cognadas (1219 ms) que para las no cognadas (1267 ms), no existiendo diferencias entre ambas en monolingües. Por lo tanto, fue obtenido el efecto de facilitación para las palabras cognadas.

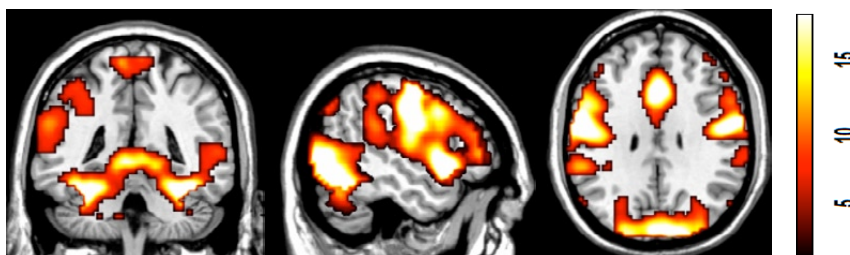
Tabla 1

	GRUPO BILINGÜES		GRUPO MONOLINGÜES	
	TD	DT	TR	DT
COGNADAS	1219	200	1113	195
NO COGNADAS	1267	217	1124	194
DIFERENCIA	-48		-11	

TD = Media del tiempo de denominación (milisegundos). DT = Desviación típica.

### Resultados de RMf

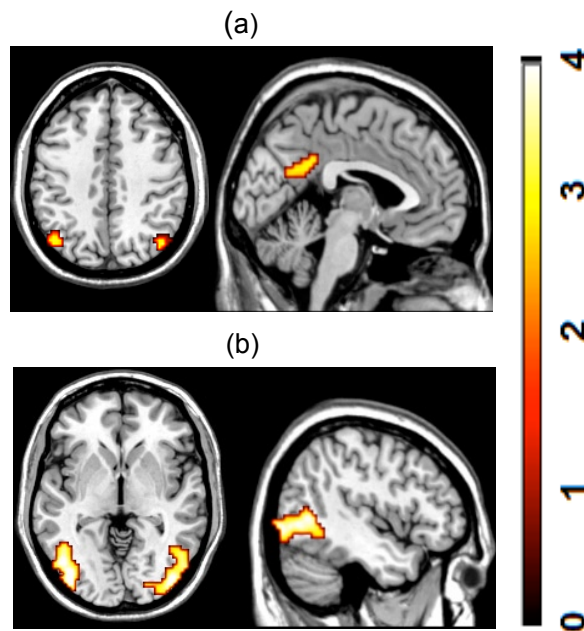
La figura 1 muestra las regiones donde se observaron diferencias significativas cuando realizamos los efectos principales de la tarea, es decir, cuando juntamos a los dos grupos (bilingües y monolingües) y las dos condiciones (cognados y no cognados), encontrándose áreas relacionadas con la denominación, como el área de Broca y Wernicke.



La parte derecha de la imagen representa la parte derecha del cerebro. Mapa de activación obtenido con umbrales  $p < 0,005$  corregido por múltiples comparaciones a nivel de clúster  $p < 0.05$ .

Figura 1. Activaciones obtenidas para los efectos principales de la tarea

Cuando realizamos comparaciones entre grupos se observan diferencias significativas entre ambos grupos (véanse tabla 3 y figura 2). El grupo bilingüe mostró mayores activaciones que el grupo monolingüe cuando comparamos las dos condiciones (cognados y no cognados) en giro angular bilateral y giro cingulado posterior izquierdo. Por otro lado, el grupo de los monolingües, presentó una mayor activación en giro temporal medio e inferior bilateral y giro occipital medio bilateral. Otras activaciones aparecen en la tabla 3 para el grupo de los bilingües y monolingües, respectivamente.



La parte derecha de la imagen representa la parte derecha del cerebro. Mapa de activación obtenido con umbrales  $p < 0,005$  corregido por múltiples comparaciones a nivel de clúster  $p < 0.05$ .

Figura 2. Activaciones cerebrales cuando comparamos bilingües frente a monolingües (a) y monolingües frente a bilingües (b) en todas las condiciones de la tarea

Tabla 3

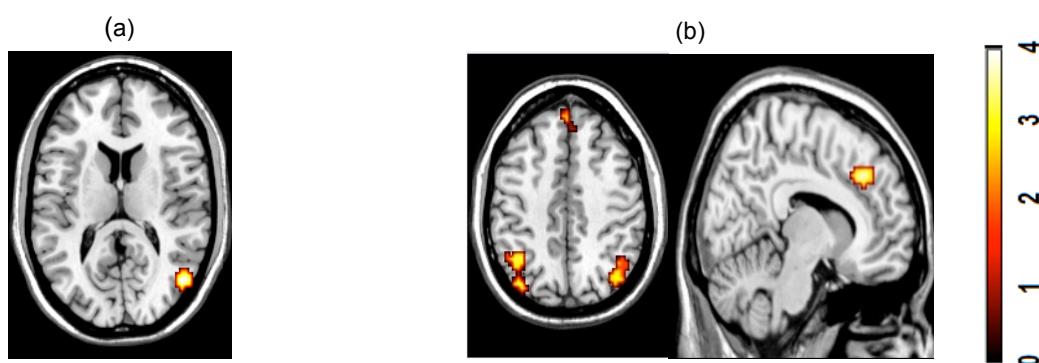
Regiones que mostraron activación cerebral cuando comparamos ambos grupos durante todas las condiciones de la tarea (cognadas y no cognadas)

Áreas cerebrales	BA	Tarea		
		Clúster	Puntuación Z	Coordenadas MNI
<i>Bilingües &gt; Monolingües</i>				
Giro angular derecho	19,39	54	3.36	45, -73, 40
Giro angular izquierdo	39	50	3.11	-42, -67, 40
Giro cingulado posterior izquierdo	31	64	3.08	-3, -46, 31
<i>Monolingües &gt; Bilingües</i>				
Giro occipital medio izquierdo	18, 37	300	4.99	-42, -85, -5
Giro temporal medio izquierdo	39		3.94	-45, -61, 4
Giro occipital medio derecho	19,39	323	4.43	42, -85, -2
Giro temporal medio derecho	37		4.19	54, -73, 1
Giro temporal inferior derecho	37		3.79	48, -64, -8
Giro fusiforme derecho	19		3.31	36, -70, -8
Cisura calcarina derecha	17		3.07	18, -88, 4

BA = Áreas de Brodmann.

Las diferencias entre grupo para cada condición produjeron resultados muy parecidos a las comparaciones grupales. Quizá este patrón de resultados obedezca a las diferencias en tiempo de denominación entre grupos.

Se realizaron análisis adicionales para comparar el procesamiento de cognados y no cognados en cada grupo. La tabla 4 y la figura 3 muestran las regiones donde se observaron diferencias significativas en la respuesta BOLD en el grupo de los bilingües. En el contraste cognados > no cognados solo se encontró una diferencia en el giro temporal medio derecho. Por otro lado, el contraste inverso, no cognados > cognados produjo una mayor respuesta en el giro cingulado anterior y giro angular bilateral.



La parte derecha de la imagen representa la parte derecha del cerebro. Mapa de activación obtenido con umbrales  $p < 0,005$  corregido por múltiples comparaciones a nivel de clúster  $p < 0.05$ .

Figura 3. Activaciones cerebrales en el grupo de los bilingües cuando comparamos las palabras cognadas frente a las no cognadas (a) y comparación de las no cognadas frente a las cognadas (b)

Tabla 4  
Regiones que mostraron activación cerebral para el grupo bilingüe cuando comparamos las condiciones de cognadas y no cognadas

Áreas cerebrales	BA	Tarea		
		Clúster	Puntuación z	Coordenadas MNI
<i>Cognadas &gt; No cognadas</i>				
Giro temporal medio derecho	39	49	4.05	48, -70, 13
<i>No cognadas &gt; Cognadas</i>				
Giro cingulado anterior derecho	32	117	3.71	9, 29, 37
Giro frontal medial derecho	9,8		3.43	3, 32, 37
Giro angular izquierdo	39,40	73	3.66	-39, -76, 43
Giro angular derecho	40	54	3.43	42, -70, 49



## Discusión

El paradigma de RMf aplicado en este trabajo estudió la respuesta cerebral de un grupo de bilingües (castellano-catalán) y uno de monolingües (castellano) durante una tarea de denominación en L1 a partir de imágenes. La mitad de las imágenes correspondían a palabras cognadas y la otra mitad eran no cognadas. Los bilingües denominaron más lento que los monolingües especialmente las palabras no cognadas. La tarea no confirmó resultados previos que mostraron diferencias entre grupos en el lóbulo frontal inferior izquierdo (Parker Jones y cols. 2012; Rodríguez-Fornells y cols., 2002) pero sí que se encontró mayor activación en el giro angular bilateral (véase Rodríguez-Fornells y cols., 2002). Las comparaciones intragrupo en los bilingües mostró mayor activación en el córtex cingulado anterior (ACC) y el giro angular bilateral cuando comparamos la condición de no cognadas con cognadas.

Tal como muestran los resultados conductuales, la ejecución de la tarea mostró una tendencia a que el tiempo de denominación fuera más lento para el grupo de los bilingües en relación al grupo de monolingües. Este efecto es debido a las mayores dificultades de acceso léxico que se observan en bilingües en cualquiera de los dos idiomas (Kroll y cols. 2008). Dentro del grupo de los bilingües se observa un efecto de facilitación para las palabras cognadas, denominándose más rápido que las palabras no cognadas. Este efecto ya había sido obtenido en investigaciones previas (Costa y cols. 2000; Christoffels y cols. 2003, 2006). El efecto de facilitación para las palabras cognadas se produce por la existencia de interacción entre los niveles léxicos y subléxicos de representación de las palabras (Costa y cols., 2009). Cuando se presenta una imagen de una palabra cognada, tanto el nodo léxico objetivo (oreja) como su traducción (*orella*) comparten segmentos fonológicos (/o/, /r/, /e/, /a/). Por lo tanto, el nodo léxico objetivo (oreja) recibe activación de ambos sistemas semánticos y de ambos segmentos fonológicos. Por otro lado, cuando el nodo léxico objetivo es una palabra no cognada (*cama* – *llit* (catalán)) recibe menor activación del segmento fonológico, ya que no hay ningún solapamiento fonológico entre la palabra objetivo y su traducción. Este efecto de facilitación puede servir como un índice de hasta qué punto el idioma no objetivo se activa y por lo tanto influye en el procesamiento del idioma objetivo.

Los resultados también mostraron que los bilingües activaban en mayor medida el giro cingulado posterior izquierdo y en el giro angular bilateral. Este incremento de activación puede ser debido al peor acceso léxico que presentan los bilingües debido a la menor frecuencia de uso. En cambio en el grupo de los monolingües se encontraron mayores activaciones en áreas occipitales que pueden ser relacionadas con el mejor acceso léxico que presentan.

Este incremento de activación para el grupo de los bilingües cuando denominan en su primera lengua (castellano) en la región parietal posterior izquierda, ya ha sido reportado en la literatura previa (Rodríguez-Fornells y cols. 2002) y se ha relacionado con la respuesta motora. Abutalebi y Green (2008) proponen que esta área está relacionada con la selección del idioma objetivo.

Cuando realizamos los análisis intragrupo, comparando la condición de no cognadas frente a cognadas para los bilingües, observamos un incremento de activación en el giro cingulado anterior, este resultado es lo esperado, ya que es un área que se ha relacionado con la detección del conflicto de idiomas (Abutalebi y Green, 2007, 2008). Estudios previos con tareas donde se alternan dos idiomas han mostrado activación del ACC y se ha relacionado con el control y selección del idioma (Abutalebi y cols. 2012; Van Heuven y cols., 2008). Estudios recientes consideran que esta región evalúa la demanda o necesidad de control cognitivo cuando aparece un conflicto o interferencia en el procesamiento de dos estímulos o respuestas (Carter y cols., 2000; Botvinick y cols., 1999).

El incremento de activación para el grupo de los bilingües se puede interpretar como que necesitan un mayor reclutamiento de esta área durante el procesamiento de palabras no cognadas debido a la activación en paralelo del léxico de L1 y L2 tal y como postula la hipótesis de la interferencia (Kroll y cols. 2008). Por lo tanto, la activación de ACC está directamente relacionada con el grado de respuesta de conflicto presente en una determinada tarea cognitiva.

En resumen, en el presente estudio se ha demostrado cómo los bilingües muestran una desventaja en el acceso al léxico cuando se comparan con los monolingües, incluso cuando la tarea es realizada en su primer idioma o idioma dominante (L1). Además estos datos sugieren que la competición es acentuada en los bilingües y para poder denominar las imágenes es necesario que inhiban el idioma no objetivo y seleccionen el idioma objetivo.

## Bibliografía

- Abutalebi, J. & Green, D. (2007). Bilingual language production: The neurocognition of language representation and control. *Journal of Neurolinguistic*, 20(3), 242-275.
- Abutalebi, J. & Green, D. (2008). Control mechanisms in bilingual language production: Neural evidence from language switching studies. *Language and Cognitive Processes*, 23(4), 557-582.
- Abutalebi, J., Annoni, J-M., Zimine, I., Pegna, A. J., Segier, M. L., Lee-Jahnke, H., Lazeyras, F., Cappa, S. F. & Khateb, A. (2008). Language Control and Lexical Competition in Bilinguals: An Event-Related fMRI Study. *Cerebral Cortex*, 18(7), 1496-1505.
- Abutalebi, J., Della-Rosa, P. A., Green, D., Hernandez, M., Scifo, P., Keim, R., Cappa, S. F. & Costa, A. (2012). Bilingualism Tunes the Anterior Cingulate Cortex for Conflict Monitoring. *Cerebral Cortex*, 22(9), 2076-2086.
- Botvinick, M., Nystrom, L. E., Fissell, K., Carter, C. S. & Cohen, J. D. (1999). Conflict monitoring versus selection-for-action in the anterior cingulate cortex. *Nature*, 402, 179-181.
- Carter, C. S., Macdonald, A. M., Botvinick, M., Ross, L. L., Stenger, V. A., Noll, D. & Cohen, J. D. (2000). Parsing executive processes: Strategic vs. evaluative functions of the anterior cingulate cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, EE. UU., 97(4), 1944-1948.
- Christoffels, I. K., De Groot, A. M. B. & Waldorp, L. J. (2003). Basic skills in a complex task: a graphical model relating memory and lexical retrieval to simultaneous interpreting. *Bilingualism: Language and Cognition*, 6(3), 201-211.
- Christoffels, I. K., De Groot, A. M. B. & Kroll, J. F. (2006). Memory and language skills in simultaneous interpreters: The role of expertise and language proficiency. *Journal of Memory and Language*, 54(3), 324-345.
- Costa, A., Caramazza, A. & Sebastián-Gallés, N. (2000). The cognate facilitation effect: Implications for models of lexical access. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 26(5), 1283-1296.
- Costa, A., Strijkers, K., Martin, C. & Thierry, G. (2009). The time course of word retrieval revealed by event-related brain potentials during overt speech. *Proc Natl Acad Sci EE. UU.*, 106(50), 21442-6.
- Friston, K. J., Holmes, A. P., Poline, J-B., Grasby, P. J., Williams, S. C. R., Frackowiak, R. S. J. & Turner, R. (1995). Analysis of fMRI Time-Series Revisited. *Neuroimage*, 2(1), 45-53.
- Gollan, T. H., Montoya, R. I., Fennema-Notestine, C. & Morris, S. K. (2005). Bilingualism affects picture naming but not picture classification. *Memory & Cognition*, 33(7), 1220-1234.

- Gollan, T. H., Montoya, R. I., Cera, C. & Sandoval, T. C. (2008). More use almost always means a smaller frequency effect: Aging, bilingualism, and the weaker links hypothesis. *Journal of Memory and Language*, 58(3), 787-814.
- Ivanova, I. & Costa, A. (2008). Does bilingualism hamper lexical access in speech production? *Acta Psychologica*, 127, 277-288.
- Kroll, J. F., Bobb, S. C., Misra, M. & Guo, T. (2008). Language selection in bilingual speech: Evidence for inhibitory processes. *Acta psychologica*, 128(3), 416-430.
- Parker-Jones, O., Green, D. W., Grogan, A., Pliatsikas, C., Filippopolitis, K., Ali, N., Lee, H. L., Ramsden, S., Gazarian, K., Seghier, M. L. & Price, C. J. (2012). Where, when and why brain activation differs for bilinguals and monolinguals during picture naming and reading aloud. *Cereb Cortex*, 22(4), 892-902.
- Rodríguez-Fornells, A., Rotte, M., Heinze, H. J., Nössel, T. & Münte, T. F. (2002). Brain potential and functional MRI evidence for how to handle two languages with one brain. *Nature*, 415, 1026-1029.
- Rosselli, M., Ardila, A., Araujo, K., Weekes, V. A., Caracciolo, V., Padilla, M. & Ostrosky-Solís, F. (2000). Verbal Fluency and Repetition Skills in Healthy Older Spanish-English Bilinguals. *Applied Neuropsychology*, 7(1), 17-24.
- Strijkers, K., Costa, A. & Thierry, G. (2010). Tracking Lexical Access in Speech Production: Electrophysiological Correlates of Word Frequency and Cognate Effects. *Cerebral Cortex*, 20(4), 912-928.
- Van Heuven W. J., Schriefers, H., Dijkstra, T. & Hagoort, P. (2008). Language Conflict in the Bilingual Brain. *Cerebral Cortex*, 18(11), 2706.



## Emoción y desarrollo evolutivo

### Infancia, adolescencia y vejez

IVÁN PALLARÉS MONTAÑÉS  
al135749@uji.es

BERTA PERIS FERNÁNDEZ  
al135648@uji.es

J. FRANCISCO SANTAS BONA  
al152927@uji.es

NATALIA SULLER BALAGUER  
al108054@uji.es

M. CARMEN PASTOR VERCHILI  
mpastor@uji.es

#### Resumen

Tan antiguos como la existencia de los seres vivos son los mecanismos de adaptación que les han servido para evolucionar y sobrevivir. Con la aparición del cerebro reptiliano surgieron las primeras emociones y, desde entonces, los procesos emocionales han estado ligados al desarrollo cerebral, aumentando en grado y sofisticación según evolucionaban las especies. La máxima expresión del desarrollo emocional la podemos encontrar en el ser humano, en el que se ha demostrado cómo las emociones son fundamentales en su proceso de crecimiento. De hecho, el equilibrio y la maduración de las conexiones entre el córtex prefrontal y el sistema límbico condicionan la vivencia emocional en las distintas etapas de la vida de las personas.

Tomando como «grupo control» la población adulta (con ausencia de patologías), nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica de trabajos experimentales recientes para ilustrar la existencia de diferencias y/o semejanzas en la expresión y la experiencia emocional en las principales etapas evolutivas del ser humano: infancia, adolescencia y vejez. En general, la mayoría de trabajos experimentales analizados indican una predisposición a experimentar emociones negativas en los primeros meses de vida y una tendencia hacia las experiencias emocionales positivas en la vejez. Por otro lado, la adolescencia se caracteriza, fundamentalmente, por ser una etapa de gran desequilibrio emocional. Finalmente, en el presente trabajo se estudiará la relación de la experiencia y la expresión emocional propias de estas etapas con el proceso de maduración del sistema nervioso central.

**Palabras clave:** Emoción, desarrollo evolutivo, corteza prefrontal, sistema límbico, densidad sináptica.

## Abstract

As old as the existence of living beings are the adaptive mechanisms which served to evolve and survive. With the appearance of the reptilian brain, the first emotions arise and since then, the emotional processes have been linked to brain development, increasing in degree and sophistication as species evolve. The maximal expression of emotional development can be found in humans, in which emotions have been considered as central in the growth process. In fact, the balance and the maturation of the connections between the prefrontal cortex and the limbic system determine the emotional experiences in the different stages of life.

Taking healthy adult population (without pathologies) as group of comparison, our goal was to perform a literature review of recent experimental research to illustrate the existence of differences and/or similarities in both the expression and emotional experiences in the main evolutionary stages in human beings: childhood, adolescence and old age. In general, the analysis of the experimental literature shows a predisposition to negative emotions in the first months of life and a trend towards positive emotional experiences in old age. On the other hand, adolescence is a period characterized by a great emotional distress. Finally, this essay explores the relationship of the experience and the emotional expression of these stages with the maturation process of the central nervous system.

**Keywords:** Emotion, evolutionary development, prefrontal cortex, limbic system, synaptic density.

## 1. Breve historia del cerebro

Mucho antes de que las criaturas vivas tuvieran mentes desplegaron comportamientos eficientes y adaptativos que, a todos los efectos, se asemejan a los que surgen en seres que tienen mentes conscientes. Desde el inicio de la vida en la Tierra, hace aproximadamente 4 billones de años, las formas iniciales tuvieron que realizar movimientos destinados a la obtención de nutrientes y movimientos de escape de las fuentes dañinas, sirviéndose para ello de un sistema sensorial de recepción de información ambiental, un mecanismo de integración de la información y un sistema efector de las conductas objetivo. Estos mecanismos fueron considerados la base de la conducta motivada.

Las primeras criaturas marinas ya poseían un sencillo sistema nervioso compuesto de un tubo neural de células especializadas que transmitían electricidad. El primer cerebro moderno existía en los peces primitivos, cerebro que ya poseía conexiones sinápticas mielinizadas. Con la aparición de anfibios y reptiles el cerebro se reorganiza para adaptarse a la vida de tierra firme: lo forman el tronco cerebral y el cerebelo, se considera un cerebro rígido, obsesivo, ritualista y paranoico, repitiendo comportamientos persistentemente, nunca aprendiendo de experiencias vividas. Posteriormente los mamíferos hacen acto de presencia y para enfrentarse a las exigencias del medio ambiente desarrollan una fina capa rugosa llamada córtex. Este pudo haber aparecido en el periodo glacial ante las nuevas y peligrosas dificultades que la adaptación al frío planteaba y el problema que suponían para la probabilidad de supervivencia el habitar en un escenario completamente helado donde la congelación y la falta de alimentos eran situaciones hasta ahora no vividas.

Hace 5 millones de años apareció un nuevo mamífero que habita la Tierra: el ser humano. La corteza cerebral continúa desarrollándose y es capaz de acumular los conocimientos adquiridos a través de la experiencia para después de ser filtrados y procesados, almacenarlos en la memoria y utilizarlos en los procesos de aprendizaje y capacidad de previsión. Este es un fenómeno sin precedentes en la evolución. Producto de este desarrollo son las circunvoluciones que observamos y que se producen solo en el ser humano debido a la falta de espacio. Desde que el primer primate (*Homo habilis*) puso el pie en tierra el tamaño y peso del cerebro ha ido evolucionando conforme el córtex se ha ido desarrollando, triplicando su volumen hasta alcanzar el peso actual de aproximadamente 1300 g.

La corteza cerebral acumula las experiencias de la vida del ser humano en forma de circuitos de neuronas individuales e interconectadas (Ramon y Cajal, 1891) y utiliza estos circuitos para controlar la influencia de esas zonas emocionales e impulsivas, permitiendo que nuestro comportamiento sea el propio de los seres civilizados. Así explicaríamos de un modo sencillo la metáfora de la «lucha entre lóbulo prefrontal y el sistema límbico». La neocorteza, dividida en cuatro lóbulos (frontal, parietal, occipital y temporal), es la región evolutivamente más nueva de la corteza cerebral y es donde tiene lugar la percepción sensorial, la generación de órdenes motoras, el razonamiento espacial, el pensamiento consciente y, en nosotros, el *Homo sapiens*, el lenguaje.

## 2. La expresión emocional en humanos: valencia afectiva y *arousal*

La forma en la que modulamos y expresamos nuestras emociones forma una parte muy importante de la comunicación entre los seres humanos. Según la etapa evolutiva en la que nos encontremos la experiencia emocional difiere en intensidad (*arousal*) y valencia afectiva (positiva o negativa).

En los primeros años de vida (i. e., infancia temprana) se observan las emociones negativas como más relevantes. Los autores que han realizado estudios al respecto muestran una clasificación sobre las manifestaciones de las emociones en el orden en que se van presentando desde el momento del nacimiento: excitación, malestar, bienestar, rabia, miedo, disgusto, alegría, afecto hacia adultos, celos, afecto hacia niños... Como podemos observar, la primera emoción que se da en los niños es la excitación, caracterizada por tener una valencia afectiva neutra. En el resto vemos como hay una tendencia a experimentar el polo negativo de una emoción antes que el positivo (por ejemplo: el malestar precede al bienestar, el disgusto a la alegría).

Llegados a la adolescencia, las emociones «sociales» (vergüenza, culpa, frustración, curiosidad...) empiezan a tener mayor relevancia. La aparición de las hormonas sexuales da inicio a grandes cambios en el ser humano. La formación de la identidad personal, la confrontación con el núcleo familiar y la necesidad de aceptación en un entorno de fines necesarios en el desarrollo de toda persona. Este proceso de socialización está marcado por unos rasgos de personalidad básicos. La ausencia de miedo, la búsqueda de sensaciones y la impulsividad están presentes en todas las conductas de integración en el medio que rodea al adolescente (Likken, 2000). Las experiencias emocionales se viven de una forma muy intensa y la activación emocional tiene valores muy altos en algunas situaciones. Hay una gran facilidad para pasar rápidamente del estado positivo al negativo o viceversa, del mismo modo que la activación fluctúa desde sus valores más bajos a los más altos en pocos segundos. El control racional sobre la expresión de emociones se encuentra empobrecido por causas que posteriormente explicaremos.

En las últimas etapas del ciclo vital (la vejez) las emociones positivas adquieren un papel mucho más relevante dejando en segundo plano a las emociones negativas. La intensidad afectiva (*arousal*), de forma contraria a lo que ocurría con los adolescentes, tiene valores menores en expresión y vivencia emocional. Este descenso es más significativo en el caso de los varones y, sobre todo, cuando se trata de emociones negativas.

### 3. Funcionalidad de las emociones

Una vez analizadas las diferencias en la expresión emocional entre distintas etapas evolutivas nos centraremos en el aspecto funcional de las emociones: permitirnos afrontar diferentes sucesos de la manera más exitosa posible.

La función principal que desempeñan las emociones en la infancia es la de *supervivencia*: los bebés y niños necesitan comunicar cualquier pequeña alteración que interfiera en su bienestar (véase tabla 1). Este hecho explicaría una mayor predisposición a sentir emociones negativas. De esta manera vamos haciendo frente a los cambios ambientales, cada vez más complejos, que se nos van presentando a lo largo del ciclo vital. Una vez hemos logrado superarlos ya se nos permite disfrutar de los aspectos positivos de la vida; no hablamos solo de supervivencia, se introduce el placer. Esta explicación nos sirve también para otras funciones que se dan en esta etapa como son la *cohesión* y la *adaptación social*. En la infancia las emociones se expresan de forma espontánea, sin control alguno, pero a medida que vamos creciendo se va introduciendo la modulación emocional. Más que eliminar se trata de controlar nuestras respuestas en interacción con el medio, modulación que aparecerá en torno a los 3 años y, con ello, el control emocional proyectado en nuestras conductas. Según Antonio Damasio (2010), «la *modulación* de las emociones humanas es producto de la cultura y del aprendizaje».

La adolescencia, como hemos comentado en el punto anterior, se caracteriza por ser una etapa en la que las emociones se manifiestan con un alto grado de activación y una valencia muy inestable. Las emociones sociales entran con fuerza en escena y sirven de guía en la búsqueda de la identidad personal y la formación del autoconcepto. La función principal de las emociones en esta etapa es la de *cohesión social* (véase tabla 1). La persona se encuentra ante un periodo de grandes cambios psicocognitivos y conductuales que irán asociados a conductas de riesgo mayoritariamente impulsivas orquestadas por las relaciones interpersonales. La actividad en la corteza prefrontal medial disminuye y esto hace que el adolescente tenga mayor dificultad para entender el mundo adulto y sus normas (Blakemore, 2012). La adolescencia es un periodo donde se aprenden las consecuencias de la expresión emocional (León, 2008).

Por último, en la vejez encontramos que la función emocional principal es la *satisfacción* o *bienestar personal*. Los factores motivacionales y emocionales darán preferencia a la reducción de relaciones interpersonales y a los conflictos que estas acarreen (i. e., Teoría de la selectividad socioemocional; Cartensen, 1993). En la última etapa de la vida no queremos tener preocupaciones sino disfrutar al máximo de nuestro tiempo libre, «quedarnos con un buen sabor de boca». De ahí la mayor tendencia a experimentar las emociones positivas con una menor intensidad, independientemente de la valencia hedónica.



Tabla 1  
Resumen del componente conductual de las emociones en las etapas evolutivas más relevantes:  
infancia, adolescencia y vejez

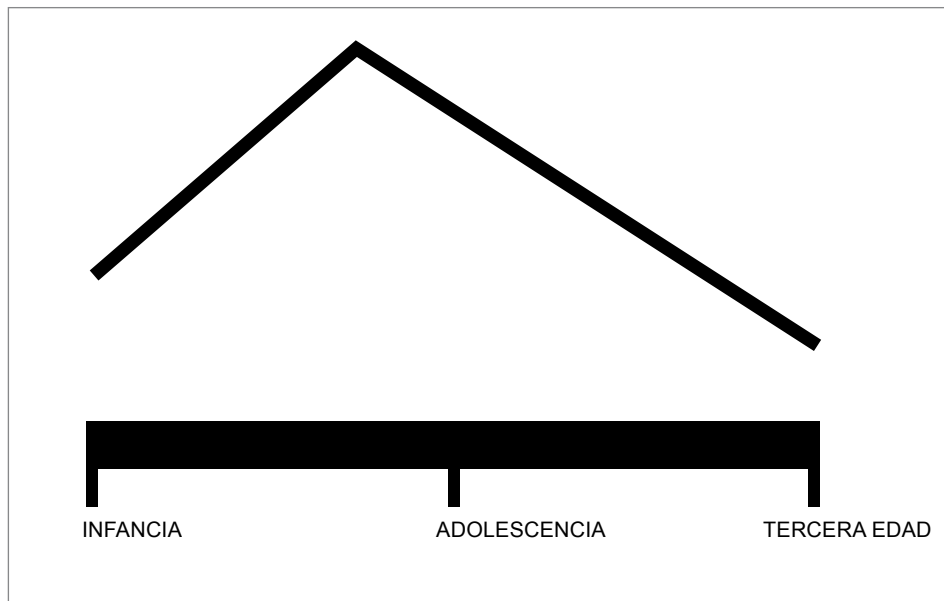
	EXPRESIÓN		FUNCIONALIDAD
	VALENCIA	AROUSAL	
INFANCIA	Negativa	Moderado	Supervivencia
ADOLESCENCIA	Positiva y negativa	Alto	Cohesión social
VEJEZ	Positiva	Bajo	Satisfacción personal

#### 4. Neurofisiología del desarrollo emocional

El papel del lóbulo prefrontal es decisivo en la maduración de las emociones a lo largo del ciclo vital, mostrando una relación directa con el proceso de toma de decisiones y, en especial, con el de índole social (Damasio, 1994). Se trata de la región cerebral de integración por excelencia que ha llegado a ocupar casi una cuarta parte de toda la corteza cerebral y que se encargará de dirigir muchas funciones de gran relevancia para la correcta adaptación al medio (véase apartado anterior). Por tanto, implica un cambio gradual que avanzará a medida que nuestro entorno y nuestros recursos nos lo permitan. A mediados de los años setenta, en su obra *El cerebro en acción*, Luria lanzó una importante afirmación (completamente consolidada en la actualidad) a favor de este aspecto gradual: «La corteza prefrontal no adquiere la madurez necesaria para regular los estados de actividad hasta los 4 años de edad» (Luria, 1974).

##### 4.1. Sustancia gris

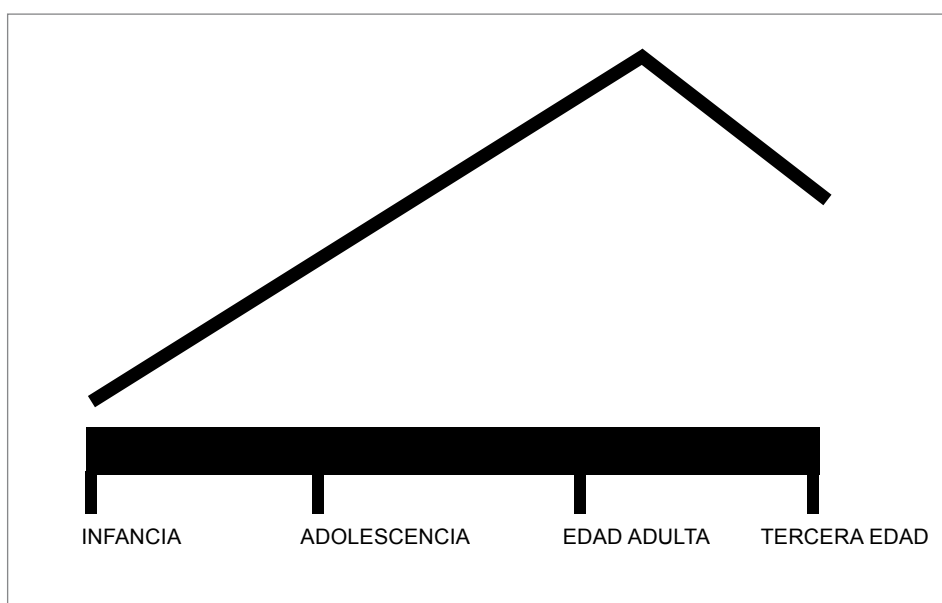
Desde el nacimiento nuestro cerebro ya dispone de sustancia gris, aumentando significativamente el nivel de partida hasta llegar a los 12 años, momento en el que alcanzará el mayor tamaño del ciclo vital, lo cual coincide con el inicio de la adolescencia. A partir de entonces irá en descenso como se muestra en la figura 1.



*Figura 1.* La evolución de la sustancia gris teniendo en cuenta las tres etapas de cambios más significativos (infancia, adolescencia y tercera edad)

#### *4.2. Sustancia blanca*

Como se muestra en la figura 2, la sustancia blanca va en aumento hasta los 30 años aproximadamente, momento en el que empieza a descender.



*Figura 2.* Evolución de la sustancia blanca en las cuatro etapas evolutivas

Mientras que en el caso de la sustancia gris se seguía un patrón uniforme (mayor concentración en el prefrontal dorsolateral y en los lóbulos parietales), en el caso de la sustancia blanca no ocurre así. Se ha relacionado su variación con la mielinización de las vías corticales asociadas a la región prefrontal. Dicha mielinización se iniciará en distintos momentos y poseerá un ritmo y duración variables hasta llegar a la segunda gran etapa del ciclo vital, la adolescencia. Aun así, en términos generales podemos afirmar que sigue una secuencia cefalocaudal, desde segmentos proximales a distales. Esto significaría que las áreas de proyección tendrían una maduración anterior a las de asociación. En la figura 3 podemos apreciar los límites poco definidos entre la sustancia blanca y gris del niño (a la parte izquierda) frente a la imagen ya conformada del adulto (a la parte derecha).

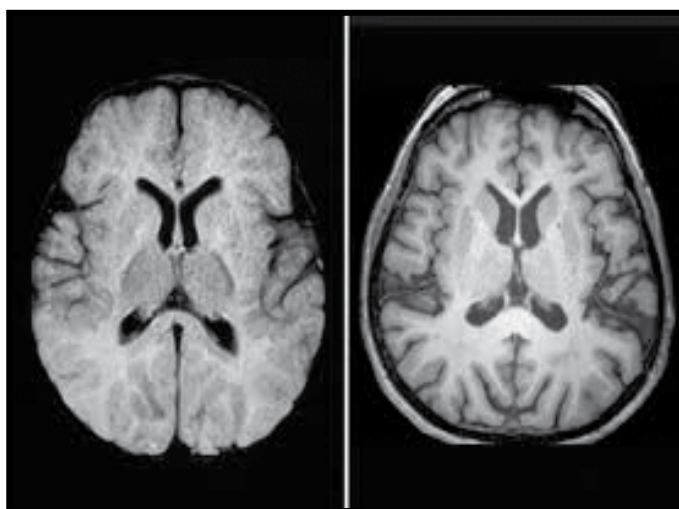


Figura 3. Límite entre sustancia blanca y gris en niños (izquierda) y adultos (derecha)

#### 4.3. Densidad neuronal

La densidad neuronal alcanza su nivel máximo cerca de los tres años y a partir de entonces va decreciendo. El cerebro inicialmente representa un tercio de todo nuestro organismo y entre los cuatro o cinco años primeros abarca casi el 80 % del tamaño que se alcanzará en la edad adulta. Parte de este crecimiento se debe a la mielina y a la expansión de las neuronas a través de sus ramificaciones. El ser humano nace con un número de neuronas finito (más de cien mil millones) que se va reduciendo a lo largo de nuestra vida. Es durante los primeros años cuando las neuronas se organizan, mielinizan y empiezan a establecer interconexiones (sinapsis) a una gran velocidad. Por ello situamos la máxima plasticidad neuronal en este periodo. Las regiones cerebrales serán capaces de adaptarse a posibles modificaciones e incluso ejercer las funciones de otras regiones dañadas.

En consecuencia, también en torno a los tres años, encontraremos la mayor densidad sináptica. «La densidad sináptica explicaría los cambios observados en la sustancia gris durante la infancia y la adolescencia» (Jernigan *et al.* 1991). Podría entenderse como un crecimiento longitudinal y volumétrico de las ramificaciones dendríticas hasta los tres primeros

años de vida que favorecería la capacidad adaptativa y la posterior «selección ambiental». Como puede observarse en la figura 4, y de forma más gráfica en la figura 5, existe un proceso de selección de las conexiones que se produce entre el final de la infancia y el principio de la adolescencia. De hecho, la presencia de una elevada densidad sináptica en un niño posibilita disponer de un grado de libertad mayor a la hora de elegir opciones de respuesta, por lo que podría considerarse como una cuestión adaptativa. Ahora bien, a medida que se va perfeccionando esta adaptación será necesaria la eliminación de circuitos que puedan distraernos dentro de infinidad de posibles opciones. De esta forma, apoyándose en el aprendizaje vital se irán consolidando las sinapsis que resulten más eficientes y adaptativas.

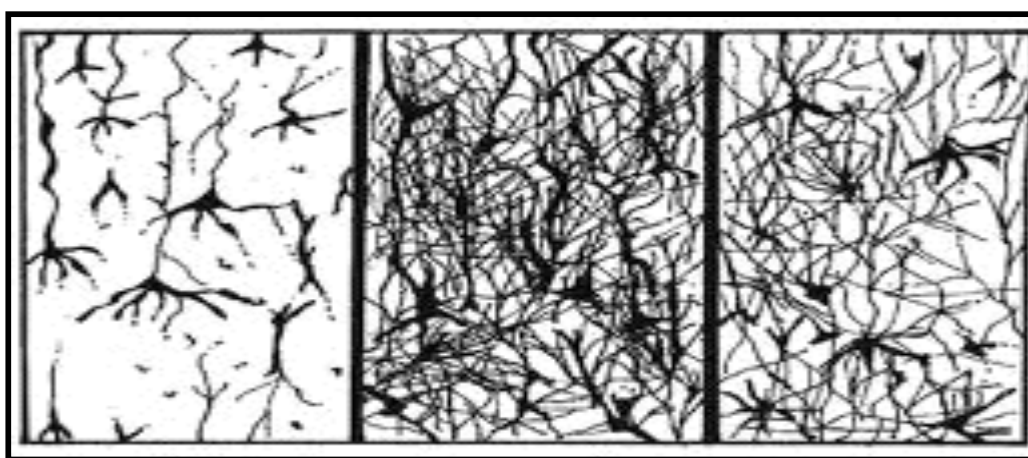


Figura 4. Densidad sináptica desde el nacimiento (izquierda) hasta la entrada de la adolescencia (derecha)

Al llegar al periodo de la adolescencia se produce la «poda sináptica» o «synaptic pruning» (Blakemore, 2012). Se trata de un proceso similar al de la selección natural infantil en el que se eliminarán conexiones inactivas en función del ambiente y se fortalecerán las sinapsis más utilizadas mediante el proceso de mielinización (Oliva, 2007). Sin embargo, en este caso se produce en un periodo mucho menor de tiempo y muy superior en cantidad de conexiones eliminadas. Este descenso en el número de conexiones neuronales, provocará que el sistema límbico adquiera una mayor importancia en la toma de decisiones frente a la que tiene el sistema racional. Las conductas del sujeto son impulsivas y orientadas a la búsqueda de sensaciones (Burunat, 2007). Finalizado el *prunning*, se ha comprobado la maduración de ciertas conexiones (como la conexión del lóbulo orbitofrontal y las estructuras límbicas del hipocampo, amígdala y núcleo caudado). Esta maduración refuerza la influencia del córtex prefrontal en el proceso de toma de decisiones haciéndolo menos impulsivo y más racional (Oliva, 2007).

Como se puede observar en la figura 5, la densidad sináptica seguirá decreciendo en sucesivas etapas aunque de forma más pausada y gradual hasta llegar a los bajos niveles de densidad que caracterizan la vejez.

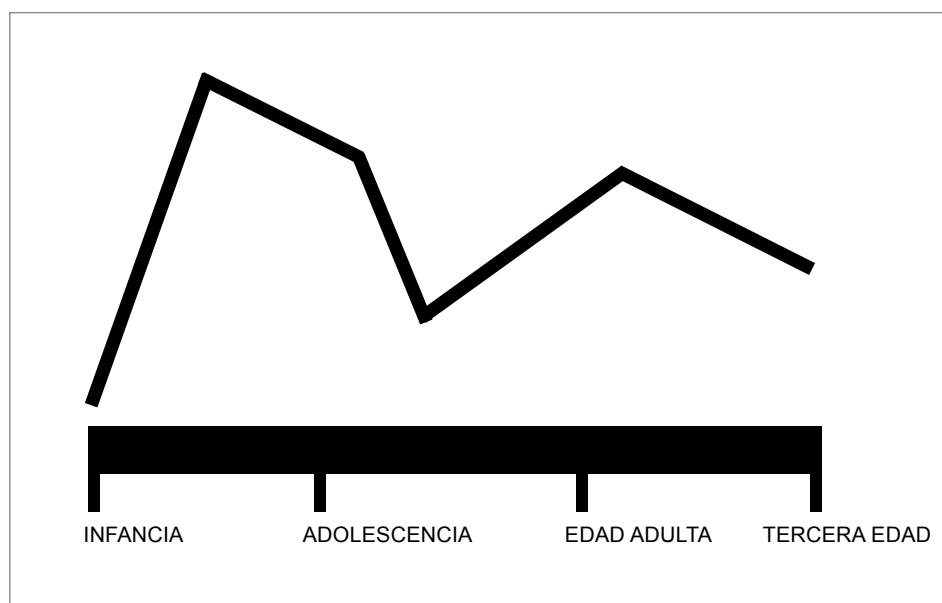


Figura 5. Evolución de la densidad sináptica en las cuatro etapas del desarrollo evolutivo.

En la tabla 2 se resume la evolución de los aspectos neurofisiológicos (sustancia gris, sustancia blanca y densidad sináptica) anteriormente detallados para las distintas etapas del ciclo vital.

Tabla 2  
Neurofisiología emocional en infancia, adolescencia y vejez

	SUST. GRIS	SUST. BLANCA	DENSIDAD SINAPTICA
INFANCIA	Aumento (hasta alcanzar su máximo nivel)	Aumento (hasta los 30 años aproximadamente)	Ascenso (máxima a los 2 años aproximadamente)
ADOLESCENCIA	Descenso		«Pruning» sináptico
VEJEZ	Descenso		Descenso gradual

## 5. Conclusiones

A pesar de que en la literatura más reciente existe un elevado volumen de trabajos que exploran la relevancia de las emociones en el desarrollo evolutivo, la gran mayoría de estos estudios se han focalizado en las características específicas de cada una de las etapas del crecimiento del ser humano por separado. Es decir, en la mayoría de estos trabajos no se ha

tenido en cuenta todo el ciclo vital como un continuo, ni las interacciones tan decisivas que existen entre las diferentes etapas. Precisamente, el objetivo de esta revisión teórica era enfatizar dicha carencia en la literatura tanto teórica como experimental, y destacar la relevancia de aproximarse a la evolución como un concepto «conciliador» e integrador que puede aportar no solo cantidad de información, sino también calidad a la comprensión de las emociones humanas y su desarrollo.

Hasta bien entrada la Edad Moderna, las emociones han supuesto fundamentalmente una guía útil y una herramienta en la toma de decisiones que permitían asegurar la supervivencia humana. Hoy en día algunas de estas reacciones denominadas emocionales o viscerales pueden no resultar adaptativas, bien por su valencia afectiva o bien por su *arousal* o intensidad emocional. En este contexto, la reeducación de estas reacciones emocionales para que puedan ser válidas en nuestra realidad social supone un gran reto, especialmente si tenemos en cuenta que el componente genético y conductual sigue teniendo un gran peso en nuestra toma de decisiones. La influencia es obviamente menor cuando hablamos de etapas evolutivas relativamente tempranas, como son la infancia y la adolescencia.

Una buena educación emocional en la infancia puede ayudar a solventar el periodo de irracionalidad adolescente aportando una mayor estabilidad. En este sentido, propondríamos reforzar los programas de educación básicos incluyendo y destacando el papel que las emociones juegan a lo largo de nuestra vida. Como hemos enfatizado anteriormente, adolescencia significa literalmente periodo de cambio, periodo de crecimiento. Siendo conocedores de los acontecimientos neurofisiológicos que tienen lugar en el cerebro adolescente podemos aprender a considerar este periodo como una oportunidad de moldeamiento del cerebro humano: una gran oportunidad de educar (o re-educar) para evitar futuros problemas emocionales.

La relevancia de incluir la educación emocional en el sistema educativo en etapas tempranas radica en que los programas de intervención emocional (terapias y reeducación) que deben aplicarse posteriormente actúan en realidad como «paliativos». Cuando ya se ha generado un problema o un conflicto, el coste del tratamiento, su gestión o su resolución puede ser muy grande: cuantas más experiencias (negativas) acumule una persona, más costará su reeducación.

En consecuencia, parece lógicamente mucho más sensato apostar por la educación emocional (comprensión, regulación, etc.) desde una etapa temprana y de forma sistemática para que pueda tener una función preventiva. Integrar una correcta gestión emocional en la infancia ayudaría a entender los cambios de la adolescencia y facilitaría enormemente la integración y adaptación del ser humano en la vida social adulta. Igualmente, teniendo en cuenta que la vejez es el periodo en el que la vida exige menos obligaciones a nivel individual, resultaría enormemente gratificante trabajar en mayor medida diversas cuestiones relacionadas con las competencias emocionales de los ancianos con la finalidad de enseñarles a disfrutar de la vida y gestionar mejor su tiempo libre y sus emociones, aprendiendo a preocuparse más por ellos mismos y vivir esta etapa como un periodo de madurez plena.

## Referencias bibliográficas

- Adolphs, R. (2002). *Emoción y conocimiento: la evolución del cerebro e inteligencia*. Barcelona: Tusquets.
- Aguado, L. (2005). *Emoción, afecto y motivación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Benítez, R. N., Cerrato, I. M., González, M. M., Fernández de Trocóniz, M. Izal & Baltar, A. L. (2004). Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 337-355.

- Blakemore, S. J. & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47: 3 (2006), 296-312.
- Blakemore, S. J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *J R Soc Med*, 105, 111-116.
- Burunat, E. (2003). El desarrollo del sustrato neurobiológico de la motivación y emoción en la adolescencia: ¿un nuevo periodo crítico? *Infancia y Aprendizaje*, 2004, 27 (1), 87-104.
- Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. En J. E. Jacobs (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 209-254). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Consedine, N. S. & Magai, C. (2002). The uncharted waters of emotion: Ethnicity, trait emotion and emotion expression in older adults. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(1), 71-100. doi: 10.1023/A:1014838920556.
- Damasio, A. (2001). *El error de Descartes*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Damasio, A. (2010). *El cerebro creó al hombre*. Barcelona: Ediciones Destino.
- Davidson, R. J. (2012). *El perfil emocional de tu cerebro*. Barcelona: Ediciones Destino.
- Diener, E., Sandvik, E. & Larsen, R. J. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21, 542-546.
- Gazzaniga, M. S. (2010). *¿Qué nos hace humanos? La explicación científica de nuestra singularidad como especie*. Barcelona: Paidós.
- Geary, D. C. (2008). *El origen de la mente. Evolución del cerebro, cognición e inteligencia*. México: Manual Moderno.
- George, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(3), 331-339.
- Goldberg, E. (2001). *The executive brain: Frontal lobes and the civilized mind*. Nueva York: Oxford University Press.
- Labouvie-Vief, G. & González, M. M. (2004). *Dynamic integration: Affect optimization and differentiation in development*. En D. Y. Dai, & R. J. Sternberg (eds.), (pp. 237-272). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuevas emociones*. Barcelona: Paidós.
- León, D. A. (2008) Desarrollo de la comprensión de las consecuencias de las emociones. *Revista Latinoamericana de Psicología* 40,(1), 35-45.
- Luria, A. R. (1974). *El cerebro en acción*. Barcelona: Ed. Fontanella.
- Lykken, D. T. (2000). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.
- Márquez-González, M., Fernández de Trocóniz, M. Izal, Montorio Cerrato, I. & Losada Baltar, A. (2008). Emotional experience and regulation across the adult lifespan: Comparative analysis in three age groups. *Psicothema*, 20(4), 616-622.
- Nickel, H. (1978). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Barcelona: Herder
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, vol. 25, 239-254.
- Ramón y Cajal, S. (2002). *Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados*. Gobierno de Aragón.
- Schrijnemaekers, V., Van Rossum, E., Candel, M., Frederiks, C., Derix, M., Sielhorst, H. & Van den Brandt, P. (2002). Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive

impairment and behavioral problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 926-937.

Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. International Thompson Editores.

Weinberger, D. R., Elvevag, B. & Giedd, J. N. (2005). *The adolescent brain: a work in progress*. Whashington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.



# Influencia cultural y universalidad en la expresión de las emociones

## Una revisión sistemática de estudios recientes

SONIA ROMERO OLUCHA  
soniarom90@gmail.com

FERNANDO RUBIO-QUINTANILLA ALCALÁ  
al120968@uji.es

MARTA BASET IVARS  
martabaset@gmail.com

RAQUEL SERRANO FLICH  
rsflich@gmail.com

M. CARMEN PASTOR VERCHILI  
mpastor@uji.es

### Resumen

La emoción ha sido considerada una reacción global, similar y común ante estímulos desencadenantes, caracterizada por una expresión universal y fácilmente reconocible por cualquier individuo. Sin embargo, las emociones también indican, expresan o revelan significados culturales, así como niveles de internalización de normas y valores en personas y grupos sociales. Esta dualidad se ha visto reflejada desde los planteamientos evolucionistas de Darwin hasta la reciente investigación en torno a la regulación emocional. De hecho, ¿somos realmente capaces de reconocer cualquier expresión emocional aislada de su contexto o cultura? ¿Es la expresión emocional similar, innata e inherente a todo ser humano? ¿Expresarán la misma reacción emocional un occidental que un oriental ante un mismo suceso? En este trabajo, realizamos una revisión sistemática de estudios recientes que, mediante metodologías experimentales originales e innovadoras, intentan responder a todas estas cuestiones. En general, la evidencia empírica indica que la expresión y el ajuste emocional dependen en gran medida del contexto, la cultura y el entorno en el que nos desarrollamos. Igualmente revelan la existencia de discrepancias en la percepción emocional de expresiones faciales, al tiempo que nos muestran diferencias sustanciales en las expresiones faciales, gestos y movimientos corporales entre distintas culturas. Todo ello no hace más que destacar el papel modulador de la cultura sobre las emociones humanas y su regulación.

**Palabras clave:** emociones básicas, influencia cultural, universalidad, expresión emocional.

## Abstract

Emotion has been considered as a global reaction, similar and common to triggering stimuli, characterized by a universal expression and clearly identified by any individual. However emotions also indicate, express or reveal cultural meanings and internalization levels of norms and values in people and social groups. This duality is reflected from Darwin's evolutionary approaches to recent researches on emotional regulation. In fact, are we really able to recognize any emotional expression isolated from its context or culture? Are emotional expressions similar, innate and inherent in every human being? Do European and Oriental people react in a similar way when they are involved in the same situation? This essay is a systematic review of current studies about culture and emotion carried out using original and innovative experimental methodologies with the aim of answering all these questions. Overall, the empirical evidence indicates that expression and emotional adjustments depend mainly on the context, culture and the environment where we evolved. They also reveal differences in the perception of emotional facial expressions, and at the same time they show us substantial differences in facial expressions, gestures and body movements across cultures. All these features highlight the moderating role of culture on human emotions and their regulation.

**Keywords:** basic emotions, cultural influence, universality, emotional expression.

## Introducción

Las emociones han acompañado al ser humano desde el principio de su existencia. «Parte Pasional o Irracional», así la llamaban los antiguos filósofos y pensadores. La emoción permite al individuo adaptarse e interactuar con el mundo que le rodea, y a pesar de las múltiples definiciones y concepciones que diversos autores y científicos han realizado del término, en general entendemos la emoción como una respuesta ante un estímulo que tiene un componente fisiológico, conductual y cognitivo. En cuanto a su clasificación, principalmente distinguimos dos tipos: emociones primarias y secundarias. Las básicas o primarias se caracterizan por ser universales, se manifiestan de forma temprana en el desarrollo del individuo, presentan expresiones faciales específicas, un patrón de activación fisiológica concreto, y sistemas cerebrales especializados y preestablecidos. Las secundarias o sociales aparecen más tarde en el desarrollo del individuo, son «construidas» por las personas, resultan más difíciles de reconocer a partir de la expresión facial y necesitan de un procesamiento más cortical. Las 6 emociones básicas para la mayoría de los estudiosos de este ámbito son: alegría, tristeza, miedo, ira, asco y sorpresa. En el caso de las secundarias podemos destacar la vergüenza, el orgullo, los celos, la culpa o la admiración, aunque el número no está tan claramente definido.

Desde que se inició el interés por el estudio de las emociones, muchas han sido las cuestiones y preguntas que han surgido. De acuerdo con su importancia para la supervivencia del individuo, consideramos que las emociones poseen un componente biológico que está presente en todos los animales. Sin embargo, no descartamos tampoco la clara influencia cultural que nuestro entorno social ejerce en cuanto a su expresión y manifestación. Y es así, cuando observamos la clasificación de las emociones, las primarias son las que «más componente biológico poseen», por ejemplo, el miedo se ha visto experimentado y expresado tanto

en humanos como en otro tipo de animales inferiores, ya que es una emoción que nos sirve para protegernos de las amenazas facilitando la aparición de respuestas de escape o evitación. En cambio, las secundarias, se observan más en las personas, ya que su expresión y experimentación posee un mayor componente social y cultural. Por ejemplo, sentimos culpa cuando consideramos que nuestro comportamiento ha herido a otro, o ha hecho que otra persona se sienta mal.

*¿Las emociones son universales o culturales?* Precisamente el objetivo del presente trabajo es llevar a cabo una revisión sistemática de diferentes estudios relevantes y recientes que han explorado cuál es el papel que juega la cultura en la expresión emocional. Existe un mayor consenso al determinar que las emociones secundarias poseen una mayor influencia cultural, pero en el caso de las primarias, ¿están tan claras las características que las definen como universales, primitivas? A pesar de su componente biológico, ¿se expresan igual en las diferentes culturas? ¿La expresión e identificación de la alegría o tristeza, es la misma para un caucásico que para un asiático, para un miembro de una cultura colectivista que para uno de una cultura individualista? En los próximos apartados intentaremos responder todas estas cuestiones que han interesado a diversos científicos e investigadores en este campo. Analizaremos el papel que las normas, valores y creencias sociales de diversas culturas ejercen en la expresión emocional. Y demostraremos que existe investigación muy actual y reciente sobre esta temática. De hecho, el estudio de la relación entre emoción y cultura, no es un tema obsoleto, olvidado, del que ya se sabe todo. Cada día se descubre algo nuevo; muestra de ello es el papel que las nuevas tecnologías pueden llegar a desempeñar en este ámbito, haciendo hincapié en las redes sociales. ¿Nos acercan o nos alejan las TIC a la vivencia emocional? Resolveremos también esta cuestión a lo largo de esta revisión teórica que pretende ayudar a entendernos mejor entre nosotros, porque la clave que nos acerca a poder comprender mejor a una persona de diferente cultura es entender cómo expresa lo que siente.

## Universalidad en la expresión emocional

Aunque la mayoría de estudios desarrollados hasta el momento se han centrado en la similitud de la expresión emocional en distintas culturas, en los últimos años han surgido una serie de trabajos en dirección opuesta a esta línea de resultados. Comenzaremos, sin embargo, con los trabajos que aportan evidencia empírica a favor de la universalidad de las emociones, tomando como punto de partida los planteamientos teóricos de Charles Darwin y sus estudios con animales. Este autor llevó a cabo diversos estudios que aportaban evidencia de una *continuidad biológica* en la expresión de las emociones desde los animales inferiores hasta el ser humano. Este planteamiento quedó plasmado en su conocido libro *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Entre las evidencias que demostraban su hipótesis podemos destacar la presencia de signos expresivos de miedo y de ira, como es el aumento del tamaño corporal que se observa tanto en animales como en seres humanos. Darwin (1872/1984: 121-122) en su obra comenta:

Es difícil encontrar un movimiento expresivo tan extendido como la erección involuntaria del pelo, las plumas y otros apéndices dérmicos, ya que es común a tres grandes clases de vertebrados. Estos apéndices se erizan bajo la excitación por la rabia o el terror y más aún cuando estas emociones se combinan o se suceden con rapidez.

En el caso de los humanos este «aumento del tamaño corporal» en situaciones de ira se manifiesta hinchando el pecho, empujando la cabeza hacia delante, estando en posición más erguida y, en ocasiones, mediante la pilo-erección.



Darwin realizó multitud de estudios y en todos ellos encontró evidencias que apoyaban su hipótesis de la continuidad biológica. Entre estos trabajos destacan:

- Estudio de la expresión de las emociones en animales filogenéticamente cercanos al ser humano.
- Estudio de la expresión de las emociones en ciegos de nacimiento que nunca han visto dichos gestos y que, por lo tanto, no han podido aprenderlos.
- Estudio de la expresión de las emociones en niños antes de que hubieran podido aprender cómo expresan dicha emoción otras personas.
- Evidencia de que las personas de diferentes culturas y etnias realizan movimientos y gestos parecidos cuando experimentan emociones similares.
- Estudio de las emociones expresadas en obras de arte (pintura y escultura).

A partir del trabajo de Darwin quedó patente que la expresión de las emociones era universal, y, casi un siglo después, Ekman retomó su planteamiento llegando a la misma conclusión que llegó el inglés ochenta años atrás. En 1957, el psicólogo Paul Ekman, empezó su investigación con la intención de obtener diferencias interculturales en la expresión facial de las emociones, pero sus resultados fueron totalmente contrarios. Estudió 21 culturas de 5 países alfabetizados (Japón, Brasil, Argentina, Chile y Estados Unidos), y 2 culturas no alfabetizadas (ambas de Nueva Guinea), que no habían estado nunca en contacto con el mundo exterior y, por tanto, nunca habían podido ver cómo es una expresión de alegría o tristeza de otras personas que no fueran miembros de su cultura. Ekman y su grupo de investigación evaluaron la expresión facial de los sujetos preguntándoles por la cara que pondrían en determinadas situaciones que evocaban una emoción concreta. Por ejemplo, se les preguntaba: «¿qué cara pondrías si te dijeran que tu hijo ha muerto?» –una situación que generalmente provoca la expresión de una emoción de tristeza. Tras realizar las respectivas evaluaciones se encontró con que los movimientos musculares faciales asociados a cada emoción eran los mismos en todas las personas, independientemente de la cultura a la que pertenecían. Ekman concluyó, a raíz de estos resultados, que *las emociones son universales*.



Figura 1. Fotografías de la expresión facial de los sujetos de la tribu de Nueva Guinea [Adaptado de Ekman, 1972]

Ekman retomó, por tanto, los hallazgos de Darwin. La importancia de su trabajo radica en que consiguió que el estudio de las emociones volviera a ser un tema de interés para los psicólogos. Fue un revolucionario, en contra de lo que casi todo el mundo en su época pensaba, pues demostró que la expresión facial de las emociones es universal, aportando así nuevas evidencias a la hipótesis darwiniana de la continuidad biológica. Para este autor, «la expresión facial es el mejor sistema de señas para las emociones, un sistema universal e involuntario» (Ekman, 2005).

Tras los estudios de Ekman, David Matsumoto –uno de los autores más importantes en el ámbito de estudio de la cultura, las emociones y las expresiones faciales– se planteó si la expresión emocional era aprendida o innata. En el año 2009 publicó un trabajo cuyos hallazgos revolucionaron a toda la comunidad científica, en el que estudió las expresiones faciales de las emociones en un contexto tan natural y tan emocional como son las Olimpiadas y Para-Olimpiadas de 2004, lo que otorga una gran validez ecológica a su trabajo. En su estudio, fotografió la expresión facial espontánea de miles de atletas videntes, ciegos de nacimiento (ciegos congénitos) y ciegos pero no de nacimiento (no congénitos) de 23 países diferentes (diferentes culturas), y comparó las respectivas expresiones emocionales de los participantes cuando ganaban un partido, cuando se les entregaba la medalla, y cuando subían al pódium. Estas fotografías se codificaron mediante el FACS (*Facial Action Coding System*) elaborado por Ekman y Friesen para taxonomizar los movimientos faciales humanos, y encontraron los siguientes resultados:

- a) Todos los participantes (videntes, ciegos congénitos y no congénitos), mostraron las mismas expresiones faciales en los 3 momentos de la competición que se tuvieron en cuenta. Las correlaciones estadísticas entre las expresiones faciales de dichos participantes fueron muy altas y significativas (véase tabla 1).

Tabla 1  
 Correlaciones entre las expresiones faciales de los tres grupos de sujetos [Adaptado de Matsumoto, 2009]

Blind status	Congenitally blind	Noncongenitally blind	Sighted
Match completion			
Congenitally blind	---	.88** (.74**)	.85** (.77**)
Noncongenitally blind	.63* (.56*)	--	.96** (.83**)
Sighted	.29 (.26)	.82* (.44†)	---
Receiving medal			
Congenitally blind	---	.97** (.71**)	.96** (.51**)
Noncongenitally blind	.99** (.47†)	---	.98** (.38*)
Sighted	.99** (.48†)	.99** (.48†)	---
On podium			
Congenitally blind	---	.90** (.37*)	.92** (.51**)
Noncongenitally blind	.94** (.69*)	---	.95** (.71**)
Sighted	.98** (.71*)	.95** (.68*)	---

b) Ambos grupos (ciegos y videntes) gestionaron sus expresiones emocionales de la misma manera según el contexto social. En la entrega de medallas, por ejemplo, mostraban una sonrisa verdadera (sonrisa de Duchenne, que implica la contracción de los músculos cigomático y orbicular). En cambio, cuando perdían presentaban una sonrisa social (únicamente implica la contracción del cigomático).

¿Cómo era posible que individuos ciegos y videntes, independientemente de la cultura de origen, tuvieran las mismas expresiones faciales? ¿Cómo es que también manifestaban sonrisas sociales si los ciegos congénitos no habían podido aprender a controlar la expresión emocional de esta manera mediante aprendizaje observacional? El estudio de Matsumoto es el primero que demuestra que las personas videntes e invidentes utilizan las mismas expresiones faciales, produciendo los mismos movimientos musculares faciales en respuesta a determinados estímulos. El estudio también proporciona nuevos conocimientos sobre cómo gestionan los seres humanos las manifestaciones emocionales de acuerdo con el contexto social, lo que sugiere que la capacidad de regular la expresión emocional puede que no se aprenda totalmente por observación. «Hay algo genético residente en nuestro interior y que constituye la fuente de las expresiones faciales de las emociones» (Matsumoto, 2009).

Algunos de estos autores no solo otorgaron evidencia a favor de esa universalidad, sino que también realizaron estudios en los que demostraban que existe una *influencia cultural en las emociones*. La cultura hace referencia al conjunto de creencias, valores, ideales, normas y pautas de conducta que definen una sociedad determinada. Los trabajos que se discuten a continuación muestran cómo los rasgos definitorios o característicos de una cultura pueden diferenciarla de otra, especialmente en el caso a la *expresión, la regulación y la percepción emocional*.

## Papel modulador de la cultura en las emociones

Tras concluir que la expresión facial de algunas emociones es innata, Matsumoto se planteó si la cultura y el contexto podían llegar a influir en dichas emociones, en la forma de entenderlas y en su expresión, centrándose en el estudio de las sociedades colectivistas e individualistas. Existen diferencias en cuanto a la expresión de las emociones en ambas culturas. La *sociedad colectivista* (p. ej., China, Taiwan, México, Japón, Colombia, Venezuela) favorece la interdependencia de los objetivos del individuo con los del grupo. Por tanto, el centro es el grupo, se apoya la cooperación y la armonía, así como la preocupación por la riqueza del grupo. Se fomenta también la expresión de emociones que faciliten el mantenimiento y la cohesión grupal, ya que hay una mayor identificación y un mayor sentido de pertenencia grupal que en las sociedades individualistas. En estas últimas, en cambio, se fomenta el desarrollo de las construcciones del sí mismo y de los objetivos personales. Por tanto, hay una menor identificación con el grupo para el buen funcionamiento individual; se pone énfasis en el individuo. La expresividad emocional es mayor y más libre, ya que no hay tanto interés en fomentar un mantenimiento con el grupo y no se tiene tan en cuenta qué tipo de emociones expresar. Igualmente, la interacción con otro tipo de culturas es mayor en las sociedades individualistas.

Matsumoto trató de averiguar cómo son esas normas de expresión emocional en diversos países pertenecientes a ambos tipos de culturas y, además, teniendo en cuenta también las normas de expresión en el *grupo de pertenencia (in-group)*, o bien en el *grupo de referencia (out-group)*. Por lo que se refiere al in-group, las relaciones entre las personas que forman parte de él se caracterizan por ser cercanas, con una historia previa de experiencias compartidas que producen una sensación de intimidad, familiaridad y confianza. Como ejemplos de estos grupos tenemos la familia, los amigos. En el *out-group*, por otro lado, las relaciones entre las personas son más ambiguas y con mayor incertidumbre, no tan próximas ni íntimas como en el *in-group*. La relación profesor-alumno o jefe-empleado serían algunos ejemplos. La expresión emocional difiere en ambos grupos, en el *de pertenencia* no hay tanta represión ya que la confianza que existe en las relaciones es tal que reduce la posible ansiedad que se pueda experimentar a la hora de manifestar lo que uno siente. Por ejemplo, si estamos tristes puede que lloremos delante de un amigo/a, en cambio nos contendremos más delante del profesor o del jefe.

En el estudio participaron 5361 estudiantes universitarios de 32 países diferentes pertenecientes a los 5 continentes: Japón, Hong Kong, Israel, México, Dinamarca, Turquía, Grecia (culturas colectivistas) y Australia, Canadá, Estados Unidos (culturas individualistas). Se preguntó a los participantes cómo manifestarían conductualmente una de estas 7 emociones (desprecio, asco, ira, miedo, alegría, tristeza, sorpresa) si las sintieran hacia 21 interactuantes diferentes pertenecientes al *endogrupo* (amigo cercano, hermano, padre, madre) o al *exogrupo* (estudiante de una promoción superior, profesor) en diversos contextos (situaciones lo más realistas posibles para cada participante). Por ejemplo: «¿cómo manifestarían ira si la sintieran hacia su padre estando en casa?». Las alternativas de respuesta con respecto a la expresión de la emoción eran: mostrar más de lo que se siente, expresarlo tal y como se siente, mostrar la emoción al mismo tiempo que se sonríe, mostrar menos de lo que se siente, ocultar la emoción con una sonrisa, y no mostrar nada. Para evaluar la expresión emocional se utilizó el DRAI (*Display Rule Assessment Inventory*) –Inventario de Evaluación del Despliegue/Expresividad Emocional– que evalúa las normas de expresión en relación a emociones diversas en diferentes contextos.

Entre los principales resultados Matsumoto destacó dos tipos de efectos: *universales* (resultados que se dieron de igual manera independientemente de la cultura) y *culturales* (re-

sultados que se hallaron en una cultura pero no en otra, lo que muestra evidencia de la diferencia cultural en cuanto a la expresividad emocional). Entre los principales *efectos universales conviene resaltar los siguientes resultados*:

- a) Se vio que, independientemente de la cultura, se daba más apoyo a la expresión emocional en los *endogrupos* que en los *exogrupos* (véase tabla 2).
- b) La expresión de emociones negativas como el desprecio o el asco fue menos apoyada en el *endogrupo*; de acuerdo con otros estudios, se ha visto que son emociones perjudiciales para los grupos sociales, que dañan y ponen en peligro la cohesión del grupo (véase tabla 2).
- c) La expresión de tristeza fue más apoyada en el *endogrupo*, como forma de hacerle entender al otro que «necesito ayuda, amparo», «necesito que la gente más cercana a mí me apoye» (véase tabla 2).

Tabla 2  
Diferencias en las Normas de Expresión Endogrupo vs. Exogrupo [Adaptado de Matsumoto, 2008]

<i>Emotion</i>	<i>In-Group Mean</i>	<i>Out-Group Mean</i>	<i>Mean Difference <math>\eta_p^2</math></i>	<i>% Individuals In-Group &gt; Out-Group</i>	<i>% Individuals Out-Group &gt; In-Group</i>
Anger	.576	.381	.29	66.78	19.15
Contempt	.430	.301	.15	56.44	22.74
Disgust	.416	.287	.16	56.76	22.35
Fear	.452	.273	.26	61.34	17.78
Happiness	.803	.638	.26	57.00	12.68
Sadness	.639	.406	.38	69.58	14.66
Surprise	.748	.575	.27	56.70	13.43

Por lo que se refiere a los *efectos culturales*, podemos señalar los siguientes resultados:

- a) El *individualismo* se asocia positivamente con una mayor expresividad emocional, sobre todo en el caso de las emociones positivas (alegría y sorpresa). Esto sugiere que la relación entre cultura individualista y expresividad puede explicarse a partir de una mayor expresión de emociones positivas que favorecen la cohesión grupal.
- b) Las *culturas individualistas* se asocian con una mayor expresión de emociones positivas (y menor expresión de emociones negativas) hacia los exogrupos que las culturas colectivistas, que tienden a expresar menos emociones positivas hacia el exogrupo. Las culturas individualistas fomentan la apertura y la unión con otro tipo de culturas y con gente con la que no tienen relación de cercanía (exogrupo), intentando reducir de esta manera las posibles diferencias que puedan existir para tratar así a todos los miembros con la mayor igualdad posible. En cambio, las culturas colectivistas intentan conseguir un mayor distanciamiento con respecto a otro tipo de culturas (de ahí la menor expresión de emociones positivas hacia el exogrupo), ya que pretenden mantener la unión de los miembros más cercanos.



El estudio nos muestra claramente que existen diversos efectos universales en relación a lo que sería la expresión de las emociones en presencia de personas con las que tenemos una relación de cercanía y en presencia de otros con los que mantenemos una relación más distante. No obstante, el trabajo demuestra que cada cultura es definida por unas normas de expresión emocional concretas que determinan ante quién expresamos ciertas emociones o no. Es decir, el contexto en el que nos encontremos (con quién y dónde), junto con los valores y normas de la cultura a la que pertenezcamos, sin duda influirán en cómo manifestamos la emoción que sentimos.

Con la finalidad de profundizar en la influencia de la cultura en la expresión emocional, José A. Soto desarrolló un interesante trabajo para evaluar la respuesta emocional (en sus componentes, fisiológico, conductual y cognitivo) y comprobar si dicha expresión era afín y común a todas las culturas. Estudios previos habían aportado evidencias sobre la similitud entre diversas culturas en la expresión facial de emociones básicas como la ira, el asco, el miedo, la alegría, la sorpresa y la tristeza (Ekman, 1971). Soto comprobó si estos resultados también se dan entre dos culturas que difieren mucho en su expresión emocional, normas y valores: china vs. mexicana. El estudio se llevó a cabo con muestras de estudiantes chinos-americanos (44 nacidos en Estados Unidos y 51 en su país de origen) y mexicanos-americanos (50 nacidos en Estados Unidos y 14 en su país de origen). Se evaluó la respuesta emocional de los participantes, presentando un sonido intenso y aversivo que provocaba una respuesta defensiva (reflejo de sobresalto) en 3 condiciones experimentales:

- *Condición imprevista*: el ruido se presentaba sin avisar, provocando una respuesta más reflexiva y automática, con lo cual la emoción expresada tenía menos control consciente.
- *Condición esperada*: se les informaba de cuándo aparecería el ruido, lo que daba posibilidad de prepararse para oír el ruido y modificar así el comportamiento o expresión emocional de acuerdo con sus propias normas culturales.
- *Condición inhibida*: se les informaba de la aparición del sonido, pero se les pedía que suprimieran la respuesta emocional observable.

Para evaluar los distintos componentes de la respuesta emocional, se observó la expresión facial de los participantes al presentar el ruido (componente conductual); se administraron autoinformes (experiencia subjetiva) y se registraron medidas autonómicas –tasa cardiaca, presión sanguínea y respuesta de conductancia de la piel (componente fisiológico). Entre los resultados podemos destacar que:

- a) Los chinos-americanos informaron haber experimentado menos intensidad emocional (tanto de emociones positivas como de negativas) que los mexicanos-americanos tras exponerse al ruido.
- b) Ambos grupos manifestaron niveles fisiológicos similares, lo que sugiere que las manifestaciones fisiológicas de la emoción son más difíciles de controlar y menos influenciadas por las normas y valores culturales.
- c) Los mexicanos-americanos informaron haber experimentado más emociones positivas que negativas en la Condición esperada.

Se encontraron más diferencias en la expresión emocional en los participantes más orientados a su cultura de origen (chinos-americanos nacidos en China, y mexicanos-americanos nacidos en México), ya que estaban más arraigados a las normas y valores de su cultura, lo que se veía reflejado en el comportamiento emocional que manifestaban. Parece obvio que sí existen diferen-

cias en la expresión emocional, pero este trabajo también nos muestra evidencias de que ciertos niveles de la respuesta emocional (en concreto el fisiológico) son menos influenciados por las normas culturales. Por tanto, su manifestación se asemeja más entre diversas culturas, sobre todo en aquellas condiciones (contextos inesperados) que nos sorprenden y en las que no podemos predecir qué puede pasar, por lo que nuestra respuesta será más automática y menos controlable.

Matsumoto, tras su estudio con los dos tipos de sociedades, y tras el estudio de Soto de los tres componentes de la emoción, quiso dejar patente el papel de la regulación emocional en la expresión, fundamentalmente la relevancia de la *supresión* (no expresión o inhibición de la conducta emocional) y la *reevaluación* (cambio cognitivo que modifica el impacto emocional). La cultura afecta al comportamiento de las personas y los mecanismos de regulación emocional forman parte de ese comportamiento, siendo esenciales para poder adaptarse a la sociedad en la que uno se encuentra. Según Gross (1999), uno de los autores más importantes en este campo, la regulación emocional se refiere a aquellos procesos que nos permiten ejercer influencia sobre las emociones que tenemos, cuándo las tenemos, cómo las experimentamos y cómo las expresamos.

En diversos estudios se ha visto que emplear la Supresión Emocional está más relacionado con la experiencia de emociones negativas, lo que se conoce como *ajuste negativo*. «Callarse» la emoción (no transmitirla) no es una forma adecuada de poder lidiar con ella, sino que contribuye a crear frustración y malestar. En cambio, emplear la Reevaluación Cognitiva se asocia con emociones positivas, dando lugar a lo que se conoce como *ajuste positivo*. Aquí no se oculta la emoción, ni tampoco se manifiesta de forma que dañe al otro, sino que se expresa de forma que beneficie tanto a la persona que experimenta la sensación como a los que le rodean.

Si como hemos visto cada sociedad es distinta, ¿existirán diferencias entre culturas en lo referente a las estrategias que cada una emplea para regular las emociones? Matsumoto y colaboradores se interesaron en averiguar la posible existencia de diferencias en estos dos procesos de Regulación Emocional entre 23 países distintos. Para ello, emplearon el ERQ (*Cuestionario de Regulación Emocional*) que evalúa los procesos de reevaluación y supresión. Los resultados del estudio indican que:

- a) Los países que enfatizan el mantenimiento del orden social (culturas colectivistas) puntúan más alto en la Reevaluación y Supresión Emocional.
- b) Los países que minimizan el mantenimiento social y el orden, valorando más la autonomía individual y la igualdad afectiva (culturas individualistas), tienden a presentar puntuaciones más bajas en la Reevaluación y Supresión Emocional, obteniendo además una correlación negativa en el caso de la supresión. Por tanto, a más valorada la igualdad afectiva y la libertad emocional, menos se reprimirá la expresión del estado afectivo.

Así pues, los hallazgos de este estudio nos permiten considerar que la cultura influye en los procesos de regulación emocional. La supresión y la reevaluación son necesarias para seleccionar la expresión emocional adecuada y que esta no perturbe las relaciones interpersonales. Pero las culturas colectivistas exigen una mayor cohesión social y hacen hincapié en la restricción de las acciones o inclinaciones que pudiesen afectar a la cohesión. Por tanto, se asocian con mayores medios de supresión para la regulación emocional, con el fin de mantener la armonía grupal.

Partiendo de estudios anteriores interesados en la expresión emocional (si es innata o aprendida), si los tres componentes de la expresión emocional, y las estrategias de regulación emocional difieren entre culturas; Masuda y colaboradores quisieron avanzar para corroborar si las emociones se perciben de la misma forma por distintas culturas. Aunque tradicionalmente se ha defendido que la percepción emocional es similar en todas las culturas, investigaciones recientes sugieren que los orientales, en general, toleran y perciben las emociones de una forma distinta a como lo hacen

los occidentales, influenciando en gran medida sus juicios respecto a las emociones. Estos autores pusieron a prueba la hipótesis de que los norteamericanos mostrarían una menor oposición a las emociones positivas que los asiáticos, pero que este efecto no se daría en el caso de las emociones negativas. Sugirieron que los estadounidenses ven las emociones como reacciones internas personales que se manifiestan de forma espontánea. Por otro lado, los japoneses concebirán la emoción como algo global, inseparable de los sentimientos y las respuestas del grupo.

Más concretamente, se plantearon la siguiente cuestión: ¿incorporarán los asiáticos la información del contexto social a la hora de juzgar las emociones de los demás mediante sus expresiones faciales? ¿lo harán también los norteamericanos? Tomando como muestra a 39 estudiantes norteamericanos y 36 estudiantes japoneses, se les presentó a los sujetos 56 tarjetas con imágenes de dibujos animados. En cada una de ellas la expresión facial de los personajes era distinta: ira moderada o intensa, felicidad moderada o intensa, tristeza moderada o intensa, y neutra. Todas contaban con un personaje central y cuatro posteriores (considerado *contexto*) con determinadas expresiones emocionales que el sujeto debía clasificar. Los resultados obtenidos fueron los siguientes (véase figura 2):

- La mayoría de japoneses (97 %) y de los estadounidenses (85 %) se percataron de los cambios en la expresión de la figura central.
- Los juicios de los japoneses (72 %) se vieron más influenciados por las emociones de personajes secundarios comparado con la muestra de estadounidenses.
- Los juicios de la mayoría de estadounidenses (72 %) no estuvieron influenciados por las figuras posteriores.

En consecuencia, las percepciones emocionales de los estadounidenses no se vieron afectadas por las variaciones en la expresión facial de otras personas; quizá pueda ser explicado por su carácter más individualista. Sin embargo, los japoneses toman nota de la expresión facial de las personas que tienen a su alrededor (influyendo notablemente en su juicio) y son capaces de percatarse cuando existe alguna incongruencia con respecto a los personajes y sus expresiones. Las sociedades colectivistas, de hecho, dan más importancia al contexto social.

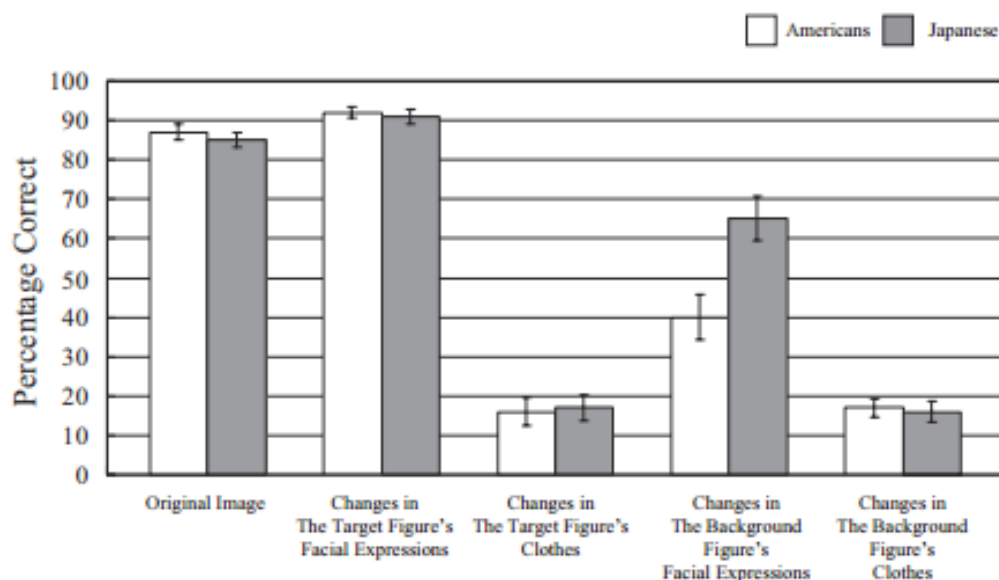
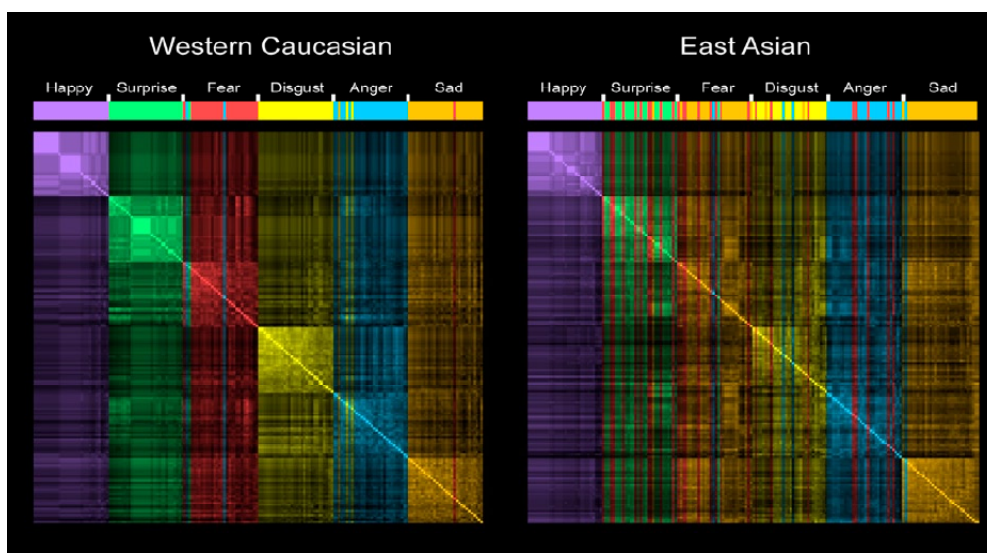


Figura 2. Porcentaje de aciertos en los cambios contextuales y faciales de los personajes [Tomado de Masuda, 2008]

A lo largo de este trabajo se han revisado diferentes estudios con resultados diversos acerca de la influencia cultural en la expresión de las emociones, y también estudios con resultados acerca de la existencia de una continuidad biológica (universalidad). Continuaremos esta revisión con un reciente trabajo («Facial expressions of emotion are not culturally universal») publicado en 2012 en *PNAS* (revista oficial de la Academia Nacional de Ciencias de EE. UU.). Se trata de un estudio innovador llevado a cabo por Rachel E. Jack y colaboradores, en el que utiliza metodología muy novedosa y que aporta evidencias en contra de la hipótesis darwiniana de la «universalidad» de las emociones básicas. Los participantes (15 occidentales caucásicos y 15 orientales asiáticos) tenían que identificar 6 emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, asco, ira y sorpresa) que transmitían 4800 animaciones (avatares faciales) de su misma cultura y de la otra, cuyos movimientos faciales se generaban aleatoriamente. También debían clasificar la intensidad de la emoción expresada por los avatares en una escala de 5 puntos (muy débil, débil, media, fuerte y muy fuerte). Tenían que contestar qué emoción expresaba la animación facial; si no sabían cuál era podían contestar «no sé». Antes del experimento se estableció la familiaridad de los sujetos con las categorías emocionales, pidiéndoles que las definieran y las describieran. Cada participante identificaba la animación facial del avatar como una emoción específica (por ejemplo, tristeza) cuando los movimientos faciales se correspondían con la representación mental que tenía de la expresión emocional correspondiente. Esto permitió a los investigadores identificar los movimientos faciales concretos que cada cultura emplea para representar cada una de las expresiones faciales de las 6 emociones básicas. Los resultados que se obtuvieron mostraron que:

- Los occidentales distinguen las 6 emociones básicas e identifican cada una con un conjunto específico de movimientos faciales.
- Los orientales, en cambio, superponen categorías emocionales, confundiendo la sorpresa, el miedo, la ira y el asco.



*Figura 3.* Distinción de las emociones (alegría, sorpresa, miedo, asco, ira, tristeza) por parte de los occidentales (izquierda) vs. orientales (derecha). Se aprecia una confusión en las rayas de colores sobre el color correspondiente a una emoción (el verde para la sorpresa presenta rayas rojas, lo que indica superposición con otra categoría emocional) [Tomado de Jack, 2012]

Por lo que se refiere a la identificación de la emoción que expresaba el avatar:

- Los occidentales se fijan en diferentes músculos de la cara a la hora de identificar o reconocer la emoción expresada.
- Los orientales, en cambio, tienen más en cuenta las señales de la región del músculo orbicular para reconocer el grado de expresión de la alegría, el miedo, el asco y la ira, pero sobre todo en la alegría.

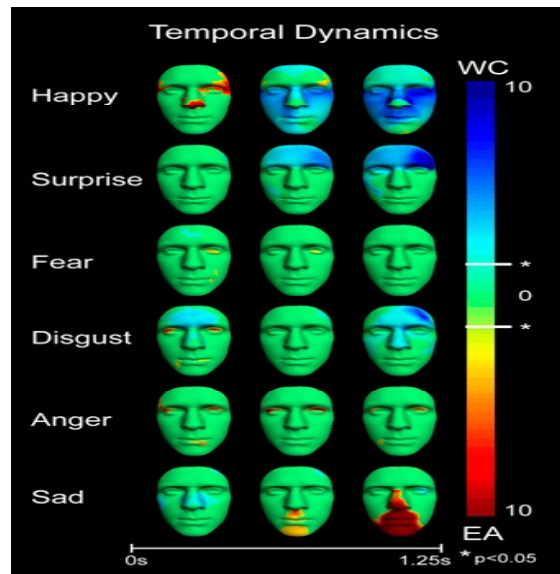


Figura 4. El color azul representa la región facial en la que se fijan los occidentales y el color más rojizo la región facial en la que se fijan los orientales. Sobre todo en la alegría, los occidentales se fijan en varias regiones faciales (el orbicular, el cigomático); los orientales, en cambio, centran más su atención en identificar la alegría en la región del orbicular [Tomado de Jack. R, 2012]

De acuerdo con este estudio, la expresión de las 6 emociones básicas podría percibirse de manera diferente en función de la cultura del sujeto. Según Jack (2012) «los datos nos muestran que las expresiones faciales no son universales, sino que han evolucionado y se han diversificado desde sus raíces evolutivas básicas para mejorar la comunicación de las emociones en la interacción social».

Estos hallazgos aportan información muy relevante acerca de la temática sobre la cual versa nuestro trabajo y, si los tenemos en cuenta, ¿significaría que debemos refutar la hipótesis sobre la continuidad biológica de las emociones básicas que ha sido defendida durante décadas por autores relevantes? La ciencia avanza y los estudios científicos se replican para que los datos empíricos nos aporten conocimiento cada vez más novedoso y veraz en el campo de las emociones y la cultura. En este sentido, conviene resaltar algunas limitaciones metodológicas del estudio de Jack que podrían ser mejoradas en investigaciones futuras, como el tamaño de la muestra y la ausencia de técnicas objetivas como pueden ser el registro de movimientos oculares mediante «eye tracker», el cual permite analizar dónde se focaliza la mirada (en qué músculos de la cara nos fijamos para identificar la emoción expresada).

Por otro lado, las nuevas tecnologías también juegan un papel importante, tal y como demostró Caccioppo (2009) en su estudio «Perceived social isolation and cognition». El abuso de las redes sociales supone un aislamiento físico que conlleva un reemplazo de las interac-

ciones sociales y culturales. Si bien es destacable la notable influencia que las redes sociales ejercen en pleno siglo XXI, no podemos sino cuestionarnos hasta qué punto pueden llegar a ser beneficiosas. No puede ser nunca comparable un «emoticono» en forma de sonrisa a una sonrisa verdadera, experimentada de forma directa. Acostumbrarnos a este tipo de comunicación puede generar una disminución en la expresividad emocional y la incapacidad para interpretar las emociones de una forma adecuada. Además, la pérdida gradual de la capacidad para reconocer las expresiones faciales universales podría tener consecuencias notables en la comunicación con el resto de culturas

Precisamente, en el estudio de Cacioppo se demostró que las personas con más amigos en Facebook también tendían a ser menos solitarias, pero el indicador real de la soledad es la forma de utilizar esas interacciones electrónicas. A los que sustituyen Facebook por el contacto humano sustancial no obtienen ningún beneficio. De hecho, este autor comparó el uso de las redes sociales a «comer apio cuando se tiene hambre» y señaló que «no se puede utilizar Facebook como un reemplazo para las interacciones in vivo». Los cerebros de las personas que reflejan una mayor soledad responden cada día de forma diferente a las imágenes situacionales sociales y culturales. Esto explica por qué aquellos que perciben un mayor aislamiento carecen generalmente de habilidades sociales. Por otra parte, las diferencias entre individuos solitarios y los que no lo son se dan incluso a nivel celular, afectando al sistema inmunológico. Curiosamente las personas solitarias son más propensas a sufrir trastornos del sueño, despertándose un mayor número de veces durante la noche.

## Conclusiones

El presente trabajo de revisión se planteaba analizar la cuestión de si las emociones son universales o culturales, más concretamente si la expresión emocional difiere entre culturas. A este respecto, la evidencia experimental reciente acumulada en los últimos años nos permite extraer las siguientes conclusiones:

- a) *Determinadas emociones consideradas como «básicas» sí que tienen un patrón característico de expresión facial similar en animales y en seres humanos de diferentes culturas.* Y así lo demuestran numerosos autores: Ekman (evidencias de similitud intercultural en la expresión facial), o Matsumoto (similitud en la expresión emocional entre individuos videntes y ciegos; y no necesidad de aprendizaje de una sonrisa social, para manifestarla). La similitud en la expresión emocional sobre todo se observa en aquellos momentos en los que la emoción sale de forma espontánea, automática, es decir, cuando la emoción es realmente verdadera.
- b) *Hay una clara influencia biológica y genética en la expresión facial de las emociones,* hipótesis que empezó defendiendo Darwin y que ha sido demostrada por muchos autores posteriores. Por tanto, parece que hay un componente genético o innato en la expresión emocional que compartimos con los animales inferiores y que sin duda es necesario para nuestra supervivencia y poder vivir en sociedad junto con los de nuestra especie.
- c) *Las diferentes culturas poseen distintos sistemas de valores, metas y creencias que modulan las emociones.* Hay una clara dependencia e influencia cultural en la expresión facial de las emociones, a pesar de que compartimos ciertos rasgos entre culturas dispares. Los orientales no se fijan en los mismos rasgos faciales que los occidentales para identificar una emoción (Jack), la cultura influye en los mecanismos de

regulación emocional (matsumoto) y, además, expresamos lo que sentimos teniendo en cuenta con quién y dónde estamos.

En definitiva, no es que solo la expresión emocional sea similar en todos los seres humanos o solo dependa de la cultura a la que pertenecemos, sino que hay una marcada interacción entre ambos factores. Hay mecanismos básicos que actúan y que se ven influidos por las concepciones de la sociedad en la que vivimos, y esto último también es necesario para poder entender a los que nos rodean y convivir con ellos. Aún queda mucho por descubrir en este campo de estudio, especialmente si tenemos en cuenta que las sociedades cambian y evolucionan y, en la actualidad, el papel de las nuevas tecnologías (TIC) nos facilita la interacción con personas de diferentes culturas –separadas geográficamente– pero nos previene del contacto y la vivencia emocional cara a cara. El hecho de evolucionar cada vez más rápido a todos los niveles, contar con nuevas tecnologías que pueden sustituir hasta cierto punto la comunicación junto con su interpretación emocional, e incluso poder conocer e interactuar gracias a estos avances con otras culturas, países y gente nueva, es sin ninguna duda altamente beneficioso. Sin embargo, nos gustaría concluir señalando que la expresión emocional también es necesaria vivirla, sentirla y experimentarla directamente. No se puede comparar un beso enviado mediante una videollamada, que notar en tu mejilla, no se puede comparar un abrazo de una madre escrito en un mensaje, con sentir sus brazos alrededor del cuerpo, igual que tampoco puede compararse la sonrisa de un hijo en la pantalla de un ordenador, con tenerlo delante y experimentarlo directamente. Aunque estas técnicas pueden ayudar, por otra parte, a mantener el contacto «emocional» con personas que viven alejadas de nosotros por razones diversas.

Queda patente que la globalización hace que cada vez estemos más en contacto con personas que no pertenecen a nuestra cultura, salvando las distancias geográficas, creando una maraña de emociones, gestos y expresiones que distan muchos unos de otros. Quizá esto acabe influyendo en nuestras formas futuras de expresión, pero creemos que más que perjudicar puede resultar enriquecedor. Debemos ser conscientes de que nada, absolutamente nada, puede sustituir una emoción vivida, sentida y experimentada, sea del país que sea, de la cultura a la que se pertenezca, o de la red social mediante la que se exprese, porque en este caso, dejaría de ser una emoción. La vivencia de la propia emoción hace que sea una verdadera emoción. La investigación sigue su curso y nos permitirá seguir desvelando muchas más cuestiones en este apasionante ámbito de estudio: la interacción entre emociones y cultura.

## Referencias bibliográficas

- Barrett, L. F. & Kensinger, E. A. (2010). Context is routinely encoded during emotion perception. *Psychological Science*, 21(4), 595-599.
- Barrett, L. F., Mesquita, B. & Gendron, M. (2011). Context in emotion perception. *Current Directions in Psychological Science*, 20(5), 286-290.
- Bhugra, D. & McKenzie, K. (2010). Expressed *emotion across cultures*. En R. Bhattacharya, S. Cross, D. Bhugra, R. Bhattacharya, S. Cross & Bhugra, D. (eds.), *Clinical topics in cultural psychiatry* (pp. 52-67). London, England: Royal College of Psychiatrists.
- Cacioppo, J. T. & Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447-454.
- Chóliz, M. (1995). *La expresión de las emociones en la obra de Darwin*. Madrid: F. Tortosa.

- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. Oxford: Oxford University Press.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1971). Constants across culture in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- Ekman, P. (1972). *Universals and cultural differences in facial expressions of emotion*. En J. Cole (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, 1971 (vol. 19, pp. 207-282).
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. En L. A. Pervin & Jhon, O. P. (eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 525-552). New York: Guilford Press.
- Jack, R. E., Garrod, O. G. B., Yu, H., Caldara, R. & Schyns, P. G. (2012). "Facial expressions of emotion are not culturally universal". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 109, n.º 19, pp. 7241-7244.
- Leu, J., Mesquita, B., Ellsworth, P. C., ZhiYong, Z., Huijuan, Y., Buchtel, E. et al. (2010). Situational differences in dialectical emotions: Boundary conditions in a cultural comparison of north americans and east asians. *Cognition and Emotion*, 24(3), 419-435.
- Masuda, T., Ellsworth, P. C., Mesquita, B., Leu, J., Tanida, S. & Van, d. V. (2008). Placing the face in context: Cultural differences in the perception of facial emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(3), 365-381.
- Matsumoto, D. (2007). Culture, context, and behavior. *Journal of Personality*, 75(6), 1285-1320.
- Matsumoto, D. & Willingham, B. (2009). Spontaneous Facial Expressions of Emotion of Congenitally and Non-Congenitally Blind Individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(1), 1-10.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., Fontaine, J., Anguas-Wong, A., Arriola, M., Ataca, B. et al. (2008). Mapping expressive differences around the world: The relationship between emotional display rules and individualism versus collectivism. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(1), 55-74.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H. & Nakagawa, S. (2008). *Culture, emotion regulation, and adjustment*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 925-937.
- Moltó, J. (1995). *Psicología de las emociones: entre la biología y la cultura*. Albatros. Cap. 2.
- Soto, J. A., Levenson, R. W. & Ebling, R. (2005). Cultures of moderation and expression: Emotional experience, behavior, and physiology in chinese Americans and mexican americans. *Emotion*, 5(2), 154-165.
- Tsai, J. L., Knutson, B. & Fung, H. H. (2006). Cultural variation in affect valuation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 288-307.



# PERSONALITAT, AVALUACIÓ I TRACTAMENT PSICOLÒGICS

---



## DSM-5: avances en la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales

ALBERTO GONZÁLEZ ROBLES  
al117136@uji.es

AZUCENA GARCÍA PALACIOS  
azucena@psb.uji.es

GUADALUPE MOLINARI  
molinari@uji.es

EVA DEL RÍO GONZÁLEZ  
eva.delrio@uji.es

### Resumen

Uno de los aspectos más relevantes en Psicopatología es la clasificación de los trastornos mentales. La caracterización de los distintos problemas psicopatológicos en manuales diagnósticos estandarizados como los DSM publicados por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) o las Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades (CIE) publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una influencia fundamental en aspectos relevantes en la psiquiatría y la psicología clínica como el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento o la investigación. La publicación del DSM-5 va a suponer uno de los hitos más importantes en el ámbito de la salud mental en los últimos años. La revisión del DSM-IV ha puesto en cuestión diferentes aspectos fundamentales de las clasificaciones psiquiátricas vigentes (p. ej., estructura de la clasificación, enfoque prototípico, cuestiones relacionadas con la etiología, etc.). Fruto de esta revisión se han producido importantes modificaciones en algunos de estos aspectos. El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una revisión general de los cambios que implica la sustitución del DSM-IV por el nuevo DSM-5. Estos cambios han sido especialmente sustanciales en la clasificación de los trastornos de personalidad (TP). Por ello, a fin de ejemplificar las modificaciones sufridas por el DSM, nos centramos en este grupo de trastornos. Finalizamos el artículo con una reflexión acerca de las repercusiones de la publicación del DSM-5.

**Palabras clave:** psicopatología, clasificación diagnóstica, DSM-5, trastornos de personalidad.

### Abstract

One of the most important topics in Psychopathology is the classification of mental disorders. The description of different psychopathological problems in standardized

diagnostic manuals such as the DSM, published by the American Psychiatric Association (APA), or the ICD, published by the World Health Organization (WHO), strongly affects central aspects related to psychology and psychiatry, such as diagnosis, prognosis, treatment and research. The next publication of DSM-5 is expected to become an important milestone in mental health. The review has questioned several major aspects of current psychiatric classifications (e.g. classification framework, prototypical approach, different questions about etiology, etc.). As a result, important changes in some of these aspects have been done. The aim of this paper is to carry out a general review of the modifications that involves the replacement of DSM-IV by the new DSM-5. These changes have been especially important in the classification of personality disorders. For this reason, as an example, we will focus on the changes undergone by personality disorders. As a conclusion, we end our article with a reflection about the implications of the publication of DSM-5.

**Keywords:** Psychopathology, Diagnostic classification, DSM-5, Personality disorders.

## Introducción. Sistemas de clasificación en psicopatología

Uno de los aspectos más relevantes en psicopatología es la clasificación de los trastornos mentales. La caracterización de los distintos problemas psicopatológicos en manuales diagnósticos estandarizados como el DSM, publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), o la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene una influencia fundamental en aspectos relevantes en la psiquiatría y la psicología clínica como son el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento o la investigación. Ya ha transcurrido más de un siglo desde la elaboración de las primeras clasificaciones psicopatológicas. Dentro de este movimiento, cabe mencionar que una figura que ha ejercido una gran influencia en los sistemas de clasificación es sin duda Emil Kraepelin (1856-1926). Kraepelin, tras un enorme trabajo de ordenación y análisis de miles de historias clínicas, llegó a estructurar las categorías fundamentales de los trastornos mentales con tal fidelidad que la actual nomenclatura de las clasificaciones en psicopatología se basa aún, en gran medida, en sus primeras clasificaciones (Mesa, 1986).

En primer lugar, ¿qué entendemos por un sistema de clasificación diagnóstica? Belloch *et al.*, (2008) definen la clasificación como cualquier procedimiento utilizado para construir agrupaciones o categorías y para asignar entidades a dichas categorías, de acuerdo con atributos o relaciones comunes. Cuando pensamos acerca de los trastornos mentales, probablemente no nos detengamos a pensar cuál es el interés en organizar el conocimiento acerca de la psicopatología en categorías diagnósticas. Como indican los mismo autores, la clasificación de los fenómenos psicopatológicos no es más que un caso particular de un proceso más amplio de categorización natural, mediante el cual organizamos el ambiente externo y establecemos una visión coherente del mundo. La tarea de clasificar es propia no solo de cualquier actividad científica, sino de la misma necesidad humana de encontrar, o de imponer, orden en la realidad (Caballo, Salazar y Carrobbles, 2011). Así, la organización de los trastornos psicopatológicos en sistemas clasificatorios no se trata únicamente de una necesidad, sino que pone de manifiesto la inclinación del ser humano por hacer la realidad cognoscible y conceptualmente más manejable.

El fin de la clasificación psicopatológica sería la realización de un adecuado diagnóstico que nos permitiese asignar adecuadamente un individuo concreto a una determinada categoría diagnóstica a la cual supuestamente pertenece. Además, la clasificación de los trastornos mentales cumple otras importantes funciones (Caballo *et al.*, 2011):

- a) *Organizar la información.* Una etiqueta clasificatoria permite manejar la información disponible del paciente de un modo conciso. Afirmar que «M. tiene un trastorno bipolar», por ejemplo, nos sirve como un esquema que guía la observación y filtra la información que recibimos. No obstante, esta ventaja económica está intrínsecamente asociada con una contrapartida: ignorar información importante idiosincrásica que pudiera resultar relevante a la hora de caracterizar al individuo clasificado (Muñoz, 2003). Saber de un individuo su etiqueta diagnóstica nos permite conocer muy poco sobre sus metas, necesidades, funcionamiento o historia personal.
- b) *Facilitar la comunicación.* Seguramente esta es la función más importante y la que justifica mejor que cualquier otra la existencia y uso de esquemas clasificatorios. El uso de términos comunes y relativamente unívocos permite la comunicación entre diferentes profesionales.
- c) *Predecir el curso clínico y la respuesta al tratamiento.* Disponer de una etiqueta debería servir para poder predecir el curso probable del trastorno y orientar así hacia un determinado tratamiento, favoreciendo la creación de programas de intervención estandarizados. En medicina probablemente esto es así, aunque no tanto en psicología ni en psiquiatría: las estrategias de intervención psicológica, por el contrario, han de valerse de mucha más información adicional sobre el paciente, y se requieren formulaciones más complejas y detalladas del problema de cada paciente concreto.
- d) *Clarificar la etiología de la alteración.* La organización en grupos diferentes de sujetos con elementos covariantes compartidos debería, en teoría, facilitar la posibilidad de averiguar vías y nexos comunes en el desarrollo de la alteración. Pero la especulación sobre teorías causales en psicopatología es aún, desgraciadamente, muy elevada.
- e) *Facilitar el desarrollo teórico.* La clasificación ayuda a organizar y dirigir la investigación. No obstante, también es verdad que los propios sistemas diagnósticos y las etiquetas usadas pueden comprometer seriamente dicho desarrollo. Por ejemplo, los avances en nuestro conocimiento de la esquizofrenia se ven limitados y viciados desde el propio punto de partida, ya que los diferentes criterios que pueden legítimamente emplearse para su diagnóstico no ofrecen resultados coincidentes (Cuesta, Peralta y Zarzuela, 2007, citado por Caballo *et al.*, 2011).

A pesar de las evidentes ventajas de los sistemas de clasificación, el conocimiento acerca de los sistemas clasificatorios no progresaría si se ignoraran las limitaciones que estos presentan. En este sentido, un punto de partida importante para comprender mejor la naturaleza de la clasificación y el diagnóstico en psicopatología es reconocer que las etiquetas diagnósticas «no son realidades en sí mismas», sino construcciones teóricas que intentan, en un momento histórico dado, dotar de un orden a la gran variedad de la realidad. Las categorías diagnósticas en psicopatología no son «hechos», sino, fundamentalmente, nombres que utilizamos para organizar la realidad. El coste de esta organización se traduce, por ejemplo, en la necesidad de añadir un determinado número de categorías mixtas o «cajones de sastre» para incluir a un elevado número de sujetos que no logran cumplir los criterios para un trastorno dado (p. ej., «Trastorno de ansiedad no especificado»), o en que el número de categorías

suele ser muy inferior al de las diferencias interindividuales apreciadas en la práctica diaria (Millon, 1991).

Otro hecho que revela la imperfección de los sistemas de clasificación es que las categorías psiquiátricas son provisionales y cambiantes. De una edición del DSM o la CIE a la siguiente se introducen nuevas etiquetas y desaparecen otras. Estos cambios se fundamentan en la investigación empírica, pero también reciben la influencia de presiones culturales, económicas y sociales (Caballo *et al.*, 2011). Además, los sistemas diagnósticos pueden tener consecuencias negativas en el plano de las relaciones sociales, tales como el estigma social asociado al uso (y abuso) de etiquetas diagnósticas («depresivo», «esquizofrénico», «maníaco», etc.) y el que se impone el propio individuo que lo recibe.

Por otra parte, en el pasado, la mayoría de psiquiatras asumía que los trastornos mentales eran también entidades discretas, separados unos de los otros y de la normalidad, tanto por la identificación de distintas combinaciones de síntomas como por la demostración de etiologías distintas; en realidad esto se ha demostrado válido para un reducido número de enfermedades (p. ej.: el síndrome de Down, la fenilcetonuria, la enfermedad de Alzheimer y la corea de Huntington) (Kupfer *et al.*, 2004). Sin embargo, en los últimos veinte años se ha cuestionado cada vez más la asunción de enfermedad como entidad, a medida que se han acumulado pruebas de que trastornos mentales prototípicos como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y el trastorno bipolar parecen fundirse imperceptiblemente unos con otros y con la normalidad (Kendler y Gardner, 1998), sin poderse demostrar límites naturales o entornos peculiares entre ellos. Así, constantemente se observa la existencia de tasas de comorbilidad muy elevadas entre muchos trastornos. Esta comorbilidad es difícil de explicar en muchos casos. Para algunos, esto puede ser debido a que muchos trastornos comparten etiologías comunes (Andrews, Slade y Issakidis, 2002; Krueger, 1999), pero igualmente puede ser debido, en parte importante, a las propias debilidades e insuficiencias de los sistemas diagnósticos actuales (p. ej., criterios poco claros, criterios que permiten solapamientos, semejanza excesiva en la definición de cuadros diferentes, etc.).

## ¿Sistemas dimensionales o sistemas categoriales?

La polémica acerca de la conveniencia de utilizar sistemas categoriales frente a sistemas dimensionales ha estado presente en prácticamente toda la historia de los sistemas de clasificación. Existe una gran divergencia de opiniones en la comunidad de psiquiatras y psicólogos respecto a cuál de estos enfoques resulta más adecuado, debida fundamentalmente a que ambos presentan una serie de ventajas e inconvenientes que dificultan que un sistema se acabe imponiendo sobre el otro.

Un modelo categorial, como el DSM o la CIE, supone una clasificación cualitativa de carácter dicotómico. Según esto, un individuo pertenece o no pertenece a una determinada clase o categoría (p. ej., o se tiene una «fobia social» o no se tiene), de modo que su adscripción a dicha categoría se determina en función de su semejanza respecto a un tipo ideal o prototipo diagnóstico que se refleja en el sistema clasificatorio (Caballo *et al.*, 2011).

Un modelo dimensional asume que las personas presentan distintos perfiles de las mismas variables subyacentes. Es decir, no asigna a los individuos a categorías según criterios disyuntivos de pertenencia o no pertenencia, sino que los clasifica a lo largo de un conjunto de dimensiones (representadas, idealmente, de forma métrica). Esta clasificación es cuantitativa, y utiliza un criterio continuo acerca del grado en que se representa una determinada característica en nuestro objeto de clasificación (p. ej., gravedad del estado de ánimo deprimido que presenta una persona).

¿Cuáles son las ventajas de los sistemas categoriales? Facilitan la comunicación entre profesionales gracias al uso de etiquetas diagnósticas, otorgan un sentido de la psicopatología más unitario y favorecen diseños de investigación y tratamiento más estandarizados. Otras ventajas de los sistemas categoriales son (Lorr, 1986, citado por Belloch *et al.*, 2008): ser fácilmente memorizables, responder mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial, en los aspectos que tienen que ver con la administración y archivo de historias clínicas, con la planificación de servicios o con la realización de estudios epidemiológicos.

Por su parte, los sistemas dimensionales ofrecen la ventaja de permitir combinar diversos atributos clínicos a la vez, con una menor pérdida de información y favoreciendo una deseable interpretación de la psicopatología y la normalidad como extremos de un mismo continuo y no como fenómenos separados y excluyentes. Además, facilita una mayor individualización del tratamiento.

Las clasificaciones actuales son eminentemente categoriales, aunque se está realizando un esfuerzo importante en incluir las ventajas de la aproximación dimensional en las nuevas versiones de los sistemas de clasificación diagnóstica.

## Diagnóstico multiaxial: cuestionando la continuidad de los ejes I y II

Una evaluación diagnóstica completa del DSM-IV es una evaluación multiaxial. Mediante el diagnóstico multiaxial los pacientes son evaluados a lo largo de cinco ejes o dominios de información. Estos ejes incluyen, a modo general, información acerca del posible diagnóstico (síndromes clínicos, trastornos de personalidad y retraso mental), presencia de enfermedades médicas, estresores psicosociales y factores contextuales que puedan estar influyendo en el trastorno y una evaluación del funcionamiento global del paciente, que aporta información acerca de la gravedad de los síntomas y/o del grado de interferencia causado por el trastorno.

Pese a ser el sistema diagnóstico más empleado por una gran parte de los clínicos, en los últimos años algunos investigadores se han preguntado si el sistema multiaxial es un modo adecuado de reflejar el diagnóstico psicopatológico. Un trabajo relevante relacionado con esta línea de investigación es el llevado a cabo por Krueger (2005). En su estudio se cuestionan los fundamentos sobre los que se sustenta la diferenciación entre los trastornos pertenecientes al Eje I y aquellos que se deben codificar en el Eje II, identificando diversas fuentes de evidencia empírica que contradicen esta distinción. Las características que constituyen la base de esta diferenciación son, según Krueger (2005), seis: estabilidad, edad de inicio, respuesta al tratamiento, *insight* o conciencia de enfermedad, comorbilidad y especificidad de los síntomas, y etiología.

En primer lugar, se presupone una mayor estabilidad de los trastornos de personalidad (codificados en el Eje II) frente a los síndromes clínicos (codificados en el Eje I). Sin embargo, la evidencia muestra que no existen grandes diferencias en la estabilidad entre trastornos de personalidad y síndromes clínicos.

Otra de estas características es la edad de inicio. Uno de los criterios del DSM-IV es que la edad de inicio de un trastorno de personalidad debe ser la adolescencia o el principio de la edad adulta, mientras que para la mayoría de síndromes clínicos no se realizan especificaciones acerca de la edad de inicio. La evidencia empírica analizada hace suponer que esto no es así en realidad, y que tanto los trastornos de personalidad como los síndromes clínicos aparecen ambos en personas jóvenes. Por ejemplo, algunos datos sobre la prevalencia de los síndromes clínicos en la población sugieren que estos trastornos son realmente más prevalentes en la gente joven (Kessler *et al.*, 1994).

En relación a la respuesta al tratamiento, históricamente se ha asumido que los trastornos de personalidad son menos susceptibles de tratamiento que los síndromes clínicos. Ha habido también otra asunción histórica y relacionada con la anterior, que afirma que los trastornos de personalidad requieren intervenciones psicoterapéuticas, mientras que los síndromes clínicos se tratarían mejor desde un enfoque psicofarmacológico. Sin embargo, tanto los primeros como los segundos pueden ser tratados con psicoterapia (Perry y Bond, 2000; Piper y Joyce, 1999, citado por Krueger, 2005) como con el uso de fármacos (Markovitz, 1999, 2004, citado por Krueger, 2005).

Los trastornos de personalidad se conceptualizan como trastornos mentales en los cuales el enfermo presenta un *insight* pobre (baja conciencia de enfermedad), mientras que se asume que en los síndromes clínicos el *insight* es mayor. Sin embargo, no se pueden hacer afirmaciones concluyentes acerca del rol del *insight* en los trastornos de personalidad ya que los estudios empíricos existentes sobre este aspecto son muy escasos (Krueger, 2005).

En relación a la comorbilidad y la especificidad de los síntomas, los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos podrían ser diferenciados por su relativa independencia y la especificidad de sus síntomas. Partiendo de esta idea estas dos clases de trastornos tenderían a producirse separadamente y a mostrar una sintomatología muy diferenciada, en vez de tender a darse de manera conjunta y presentar síntomas comunes (Krueger, 2005). Un ejemplo que resulta inconsistente con esta idea puede hallarse en el modelo cognitivo-comportamental para la ansiedad en la fobia social de Rapee y Heimberg (1997). Estos autores sostienen que la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación se situarían en un continuo de ansiedad, con el rasgo de timidez en un extremo, el trastorno de personalidad en el otro extremo y la fobia social entre ambos. Esta aproximación sugiere que la única diferencia entre estas tres condiciones estaría en la intensidad y/o gravedad de los síntomas, y no en la naturaleza de los mismos.

Además, se ha constatado la co-ocurrencia de síntomas (comorbilidad) en una amplia variedad de trastornos: entre el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y la Esquizofrenia; entre el Trastorno Paranoide de la Personalidad y el Trastorno Delirante; entre los Trastornos del Estado de Ánimo y el Trastorno Límite de la Personalidad, entre los Trastornos del Control de los Impulsos y el Trastorno Límite de la Personalidad; y entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad. Asimismo, hay trastornos de ansiedad o del estado de ánimo de inicio precoz absolutamente indistinguibles de un TP, lo que plantea la posibilidad de considerar a los TP como variantes de inicio precoz de trastornos del Eje I (Esbec y Echeburúa, 2011).

Por último, puede apreciarse una tendencia entre los clínicos a atribuir a los síndromes clínicos una etiología más genética y, por consiguiente, más susceptible de tratamiento farmacológico, y una etiología más ambiental a los trastornos de personalidad, lo cual los haría más susceptibles de tratamiento psicológico. Sin embargo, la evidencia empírica tampoco parece apoyar esta idea (Krueger, 2005). Sabemos que existen factores de vulnerabilidad biológicos (alto afecto negativo y bajo afecto positivo) que pueden subyacer a diversos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, como las fobias o la depresión mayor. Sin embargo, en muchos casos estos trastornos no aparecen sin un desencadenante ambiental claro.

De los trastornos de personalidad, por su parte, tampoco podemos afirmar que su etiología sea únicamente de origen ambiental. El modelo teórico propuesto por Crowell, Beauchaine y Linehan (2009) sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, postula que en el origen de este trastorno existe una vulnerabilidad *biológica* que interactúa con un *ambiente invalidante*. Esta vulnerabilidad biológica da lugar a una disfunción emocional (o incapacidad para regular las emociones) y a una alta impulsividad, mientras que el ambiente invalidante se traduce en la invalidación de emociones, el entrenamiento inadecuado de las emociones y un refuerzo de



la expresión emocional aversiva o negativa. Así, lo que acabaría originando el trastorno sería la interacción entre ambos tipos de influencias. Por lo tanto, no debe cometerse el error de atribuir un síndrome clínico solo a causas genéticas, o un trastorno de la personalidad únicamente a causas ambientales, porque en la mayoría de casos estos trastornos son el resultado de una compleja interacción de factores ambientales y biológicos.

Los aspectos expuestos hasta ahora (polémica relativa a la conveniencia de emplear sistema categoriales vs. dimensionales, sentido de la diferenciación de los ejes I y II del DSM) han sido centrales y responsables de la reflexión sobre la adecuación del DSM. El cuestionamiento de estos elementos surge de los hallazgos de la investigación en psicopatología que, junto a la experiencia clínica, ha puesto de manifiesto la necesidad de una revisión del DSM. En el próximo apartado se resumen los principales cambios propuestos para el DSM-5.

## Propuestas para el DSM-5

Los cambios más relevantes que ha supuesto el proceso de revisión del DSM-IV son los que se exponen a continuación:

1. La desaparición del diagnóstico multiaxial y su sustitución por un sistema no axial con dos bloques de información acerca del paciente (Cassels, 2012).
  - a) Un primer bloque que combina los anteriores ejes I, II y III, y que contiene información acerca de síndromes clínicos, trastornos de personalidad y enfermedades médicas.
  - b) Un segundo bloque con los factores psicosociales y contextuales relacionados con el problema, así como el grado de incapacidad producido por el mismo. Este bloque se correspondería con los ejes IV y V del actual sistema de ejes.
2. Una mayor presencia del componente dimensional. Por ejemplo, en la nueva definición de los trastornos de personalidad se propone la evaluación de una serie de rasgos y dimensiones de personalidad mediante el uso de escalas dimensionales. Asimismo, en la mayoría de categorías diagnósticas se incluye la evaluación de la gravedad de los casos por medio de escalas dimensionales.
3. Cambios en la estructura de diversos capítulos. Por ejemplo, el capítulo de Trastornos de ansiedad presente en el DSM-IV, se divide en tres capítulos en el DSM-5, a saber, Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados, y Trastornos relacionados con el trauma y estrés. Otro cambio significativo que afecta a la estructura es que los Trastornos de inicio en la infancia ya no estarán recogidos en un capítulo y se distribuirán en los distintos capítulos del DSM-5 en función de su naturaleza (Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad, etc.).
4. Cambios en los criterios diagnósticos de algunos trastornos tales como el Trastorno bipolar, los Trastornos de personalidad, los Trastornos psicóticos, etc.
5. La eliminación y/o pérdida de entidad de algunas categorías diagnósticas. Por ejemplo, el Trastorno de identidad de género desaparece de la clasificación diagnóstica y el Asperger deja de constituir una categoría diagnóstica para quedar subsumido en el Trastorno del espectro autista. Asimismo, el trastorno adaptativo ya no constituirá una capítulo y se incluirá en el capítulo de Trastornos relacionados con el trauma y estresores.

El proceso de revisión del DSM no ha estado exento de críticas. Una de los aspectos más criticados ha sido la propuesta de nuevas categorías diagnósticas, tales como el trastorno psicótico atenuado, que, según algunos autores implicarían la disminución del umbral para diagnosticar un trastorno, con los perjuicios que ello conlleva (administración de medicación innecesaria, estigmatización de la persona diagnosticada del trastorno, etc.). Estas críticas y algunos resultados empíricos han llevado a las comisiones del DSM-5 a no aceptar la inclusión de, por ejemplo, el trastorno psicótico atenuado.

Por otro lado, la revisión del DSM no ha afectado a todas las categorías diagnósticas por igual. Hay trastornos que no han sufrido ninguna modificación o solo ligeras modificaciones (p. ej., Trastorno depresivo mayor, Trastorno de pánico), y otros cuya revisión ha supuesto una modificación sustancial de diversos aspectos. De todos los trastornos, un ejemplo paradigmático de transformación profunda lo constituyen los Trastornos de personalidad. Vamos a ver en el siguiente apartado cuáles han sido estos cambios y en qué razones se fundamentan los mismos.

### **Cambios propuestos para los trastornos de personalidad en el DSM-5**

Al revisar la literatura acerca de los trastornos de personalidad podemos apreciar que entre los autores hay un acuerdo sustancial en señalar cuáles son las limitaciones que presenta tanto la definición como la clasificación vigente de estos trastornos. Dichas carencias son las que se presentan, de manera resumida, a continuación (Widiger y Trull, 2007): *a*) la excesiva coocurrencia de distintos trastornos de personalidad en el mismo individuo; *b*) una falta de adecuada cobertura de la patología de la personalidad, de manera que los criterios diagnósticos son insuficientes para caracterizar la patología de personalidad de los pacientes, lo que tiene como consecuencia que el trastorno de personalidad más diagnosticado sea el trastorno de la personalidad no especificado; *c*) el establecimiento de límites arbitrarios entre el funcionamiento normal y patológico (solo el Trastorno límite de la personalidad, el Trastorno de la personalidad esquizotípico y el Trastorno antisocial de la personalidad cuentan con bases lógicas con base empírica suficiente); *d*) el problema de la heterogeneidad entre las personas diagnosticadas del mismo trastorno de personalidad o, lo que es lo mismo, que individuos con perfiles sintomatológicos muy distintos entre sí son asignados a la misma categoría diagnóstica.

En relación a la revisión de los trastornos de personalidad, uno de los aspectos centrales y que más polémica ha generado es la eliminación de algunos de los diferentes tipos de trastornos de personalidad, pasando de los diez tipos que recoge el DSM-IV a un número de seis en el DSM-5. Así, está previsto que la futura clasificación de los trastornos de personalidad esté constituida por los siguientes tipos o categorías: trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno evitativo de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno narcisista de la personalidad. Desaparecen, por lo tanto, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno dependiente de la personalidad. En cuanto al trastorno narcisista de la personalidad cabría señalar que, en el proceso de revisión del DSM-IV, fue propuesto para su eliminación de la clasificación de los TP, pero que finalmente va a permanecer en la lista prevista de los seis TP para el DSM-5 (Ogrodniczuk, 2013).

La definición de los Trastornos de la Personalidad también ha cambiado. Las características de la nueva definición global de los Trastornos de la Personalidad propuesta por la APA para el DSM-5 podrían resumirse en los siguientes puntos (Skodol *et al.*, 2011):

- a) El individuo presenta un deterioro significativo del *self* o identidad, y/o del funcionamiento interpersonal.
- b) Están presentes uno o más dominios o facetas de personalidad patológicas.
- c) El deterioro en el funcionamiento de la personalidad y en la expresión de rasgos patológicos:
  - es relativamente estable a lo largo del tiempo y consistente a través de las situaciones,
  - no se explica mejor por la etapa evolutiva en la que se encuentra la persona o por el entorno sociocultural y
  - no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.

Por otro lado, la revisión propuesta sugiere modificar el «patrón dominante de pensar, sentir y comportarse» (DSM-IV) por el de «fracaso en la adaptación», desde dos puntos de vista: deterioro significativo del *self* o identidad y/o del funcionamiento interpersonal. De este modo, los trastornos de personalidad representan la incapacidad de desarrollar un sentido de identidad personal (con déficits en el autoconcepto y en el autocontrol) y de establecer unas relaciones interpersonales adaptativas en el contexto de las normas culturales del individuo y de las expectativas creadas, con alteraciones específicas en el ámbito de la empatía, de la intimidad y de la cooperación interpersonal. Esta incapacidad es estable en el tiempo y de origen temprano (Esbec y Echeburúa., 2011).

Debido a que puede haber un mayor o menor grado de perturbación, cada paciente debe ser evaluado en una escala de 0 a 4 en los siguientes niveles de funcionamiento (Skodol *et al.*, 2011):

- En el *Área Personal* se contemplan distintos niveles de funcionamiento: *Identidad, Auto-concepto y Auto-dirección*. El área personal o de la identidad incluye la experiencia del sí mismo como único, con límites claros entre uno mismo y los demás; la estabilidad de la autoestima y la precisión del auto-concepto; y la capacidad de regular la experiencia emocional.
- En el *Área Interpersonal* se contemplan distintos niveles de funcionamiento: *Empatía, Intimidad y Cooperación, y Complejidad e Integración de las representaciones de los otros*. El área interpersonal abarca la capacidad de comprensión y de aprecio de las experiencias y las motivaciones de los demás; la tolerancia para con las perspectivas que difieren de las propias; y la comprensión de los efectos de la propia conducta sobre otras personas. Además, también incluye aspectos como la profundidad y la duración de una conexión positiva con los otros; el deseo y la capacidad de estar cerca de los demás; y la cooperación en la conducta interpersonal.

A la hora de evaluar los TP debemos realizar una valoración dimensional por dimensiones y rasgos de personalidad. De hecho, uno de los aspectos más relevantes en la revisión de los trastornos de personalidad, es la asunción del modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1999) como una de las bases de la nueva definición de los trastornos de personalidad. En concreto, la nueva definición de los trastornos de personalidad contempla estos trastornos como variantes patológicas de los factores y facetas de este modelo. De manera análoga al modelo, se distinguen entre 25 rasgos o facetas, organizados en 5 factores de orden superior, a saber (Trull, 2012): Afectividad negativa (labilidad emocional, ansiedad, ansiedad

de separación, perseveración, sumisión, hostilidad, déficit en restringir el afecto, depresión y suspicacia); Esquizotipia (afecto restringido, depresión, suspicacia, aislamiento, anhedonia y evitación de la intimidad); Antagonismo (hostilidad, manipulación, engaño, grandiosidad, búsqueda de atención e insensibilidad/crueldad); Desinhibición (irresponsabilidad, impulsividad, déficit en rigidez perfeccionista, distraibilidad y asunción de riesgos); y Psicoticismo (creencias y experiencias inusuales, excentricidad, y disregulación perceptual y cognitiva).

Como puede apreciarse, las diferencias en la conceptualización y definición de los trastornos de personalidad con respecto al DSM-IV son muy sustanciales. Estos cambios han sido más profundos que en la mayoría de trastornos objeto de revisión. A modo de resumen, estas diferencias son: la desaparición de cuatro de los diez tipos (paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente), manteniéndose de este modo seis (esquizotípico, límite, narcisista, antisocial, evitativo y obsesivo-compulsivo); la modificación de la definición general de los trastornos de personalidad y de algunos de sus criterios diagnósticos (p. ej., se introduce el criterio según el cual el sujeto debe presentar uno o más dominios de personalidad patológica); la introducción de los *Niveles de funcionamiento de la personalidad* y su evaluación en una escala dimensional; y la valoración dimensional de dimensiones y rasgos de personalidad basada en el modelo de los Cinco Grandes (McCrae y Costa, 1999).

## Conclusión

Para finalizar, vamos a reflexionar brevemente sobre algunos de los aspectos que hemos revisado, no sin antes señalar que, pese a sus desventajas y su imperfección, los sistemas clasificatorios son fundamentales tanto en la práctica clínica como en el desarrollo teórico y la actividad investigadora. No olvidemos la utilidad y las importantes funciones que cumplen (organizar la información, facilitar la comunicación, asignación del tratamiento más adecuado, etc.). Además, también proporcionan un marco práctico y conceptual en el cual los investigadores podemos basarnos a fin de desarrollar modelos teóricos para la comprensión de los diferentes trastornos psicopatológicos, y para la construcción de instrumentos de evaluación y de intervenciones adecuadas.

No obstante, cabe señalar que, pese a que los sistemas clasificatorios cada vez están más basados en la evidencia empírica, en su desarrollo sigue siendo importante la influencia de factores culturales, sociales y económicos (p. ej., los intereses económicos o el papel de los factores psicosociales y contextuales en los diferentes trastornos emocionales considerados desde el punto de vista de las sociedades desarrolladas).

Por otro lado, hemos podido ver como la evidencia presentada por Krueger (2005) hace que se tambaleen los principios sobre los que se asienta la distinción entre Eje I y Eje II. Esto no implica que estas dos modalidades de trastornos no difieran, pero se debe llevar a cabo más investigación para dilucidar las verdaderas bases sobre las que se asienta esta diferenciación. De hecho, el diagnóstico multiaxial tal como lo conocíamos desde el DSM-III va a desaparecer en el DSM-5, hecho que probablemente esté reflejando el posicionamiento según el cual entre los Trastornos de Personalidad y los Síndromes Clínicos existan más similitudes que diferencias (Krueger, 2005). Esto constituye un cambio muy sustancial en este aspecto si tenemos en cuenta que el diagnóstico multiaxial ha estado presente desde el DSM-III. Si ha sido una decisión adecuada solo el tiempo, la práctica y las investigaciones surgidas a raíz del uso del nuevo manual harán posible que lo sepamos.

¿Qué más podemos decir acerca del DSM-5? Si el paso del DSM-III al DSM-IV consistió en la adición de nuevas categorías y la eliminación de otras, el cambio de algunos criterios diagnósticos, etc., la sustitución del DSM-IV por el DSM-5, se va a caracterizar, además de estos

cambios, por un mayor cuestionamiento de los sistemas categoriales e intentos más notables de introducir la dimensionalidad en el DSM-5. Estos intentos se han traducido en cambios como la valoración por rasgos y dimensiones propuesta para los Trastornos de la Personalidad o la introducción de escalas de gravedad en distintos trastornos mentales.

Ahora bien, lejos de desaparecer, es una realidad que el diagnóstico categorial seguirá presente en los sistemas clasificatorios. Si bien la mayor presencia del componente dimensional supone un avance con respecto a los sistemas clasificatorios previos, todavía hay muchas cuestiones que la investigación no consigue resolver. No estamos defendiendo que el enfoque categorial deba desaparecer de los sistemas de clasificación psicopatológica ya que presenta diversas ventajas (p. ej., facilitación de la comunicación entre profesionales, creación de protocolos de tratamiento estandarizados, etc.), pero hay muchos aspectos que la investigación todavía debe dilucidar (problemas graves en cuanto a la definición operativa de los trastornos mentales, la clasificación, la valoración de gravedad o prototipicidad, la distinción entre el Eje I y el Eje II, la heterogeneidad en los mismos diagnósticos, la relación con los rasgos de personalidad, la comorbilidad, el punto de corte entre normalidad y anormalidad, la validación de distintos trastornos en estudio, tales como el trastorno depresivo de la personalidad, el pasivo-agresivo—, etc.) para acercarnos más a la verdadera naturaleza de los trastornos mentales.

Además, ya hemos comentado que la revisión del DSM-5 no ha estado exenta de críticas y que una de las más frecuentes es la introducción, en algunos casos, de requisitos más laxos a la hora de diagnosticar un trastorno mental. Esto nos lleva una vez más a preguntarnos acerca de cuál debe ser el punto de corte entre la normalidad y la anormalidad. Recordemos que un exceso de patologización puede acarrear consecuencias como la administración de tratamientos innecesarios y el estigma social que muchas veces sufren las personas diagnosticadas de trastornos psicológicos.

No nos gustaría terminar sin comentar que, aunque es común señalar que estos sistemas son ateóricos, en realidad esta propiedad proviene más bien de la propia impotencia declarada por la psiquiatría y la psicología para poder formular un sistema diagnóstico basado en causas, como existe en disciplinas como la medicina (enfermedades víricas, bacterianas, debidas a traumatismos, etc.). Este hecho nos lleva inmediatamente a la reflexión de la ingente cantidad de trabajo que la investigación en psicopatología debe llevar a cabo para seguir avanzando en el conocimiento de los trastornos mentales, y coloca al estudio de la etiología de los trastornos psicopatológicos como una de las áreas de investigación que más frutos puede proporcionar en las próximas décadas.

En suma, este estado de cambio constante en los sistemas diagnósticos refleja que la psicopatología es una disciplina en constante desarrollo, y que el saber científico acerca de la misma dista aún mucho de ser definitivo.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Andrews, G., Slade, T. & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *British Journal of Psychiatry*, 181, 306-314.
- Artigas-Pallarés, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM-V. *Revista de Neurología*, 52, S59-69.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología (Edición revisada)*. Madrid: McGrawHill.

- Caballo, V., Salazar, I. & Carrobes, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cassels, C. (2012). DSM-5 Gets APA's Official Stamp of Approval. Recuperado el 6 de enero de 2013, de: <http://www.medscape.com/viewarticle/775496>.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1999). *Manual técnico del NEO PI-R*. Madrid: TEA.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135 (3), 495-510.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. & Zarzuela, A. (2007). Empirical validation of competing definitions of schizophrenia: a poly-diagnostic study of cognitive impairment in non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 95, 39-47.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. La reformulación de los trastornos de personalidad en el DSM-V (2011). *Actas españolas de Psiquiatría*, 39 (1), 1-11.
- Harrison, P. (2012). Controversial New Diagnosis in DSM-5 May Be Faulty. Recuperado el 7 de enero, 2013, de: <http://www.medscape.com/viewarticle/772757?src=emailthis>.
- Kendler, K. S. & Gardner Jr., C. O. (1998). Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criteria. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 172-177.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Kupfer, D. J., First, M. B. & Regier, D. A. (2004). *Agenda de Investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Levy, Meehan, Carin, Ellison & Ogradniczuk (2013). Understanding and treating pathological narcissism. En Ogradniczuk, J. S. (ed.) *Narcissism in the DSM* (pp. 45-62). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Maldonado, G., Saldívar, A., Llanes, A. & Sánchez, I. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34, 367-378.
- Mesa, P. J. (1986). *El marco teórico de la psicopatología*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Millon, T. (1991). Classification in psychopathology: Rationale, alternatives and standars. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245-261.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (8), 741-756.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D. et al. (2011). Personality Disorder types Proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25 (2), 136-169.
- Trull, T. J. (2012). The Five-Factor Model of Personality Disorder and DSM-5. *Journal of Personality*, 80: 6.
- Widiger, T. A. & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 66 (2), 71-83.

# *Mindfulness* como estrategia de regulación emocional

## Un estudio de laboratorio

DANIEL CAMPOS BACAS  
camposd@uji.es

AUSIÀS CEBOLLA MARTÍ  
cebolla@uji.es

ADRIANA MIRA PASTOR  
miraa@uji.es

### Resumen

Por *mindfulness* se entiende prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar. Actualmente la investigación en *mindfulness* se está centrando en el estudio de los mecanismos de funcionamiento. En este sentido, el entrenamiento en *mindfulness* ha mostrado ser eficaz en la mejora de las habilidades de Regulación Emocional (RE). El objetivo de este estudio es explorar la relación entre *mindfulness* (rasgo) y el acceso a estrategias de RE. Participaron un total de 60 estudiantes de la Universitat Jaume I y la Universitat de València. Se cumplieron los siguientes cuestionarios: El Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de las Cinco Facetas de *Mindfulness*, la Escala Visual Analógica y la escala de Dificultades en la Regulación Emocional. Los participantes recibieron un Procedimiento de Inducción de Estado de Ánimo (PIEA) mediante Realidad Virtual (RV) de tristeza, previo a una tarea de memoria autobiográfica. Los resultados muestran que los participantes altos en *mindfulness* rasgo tienen más estrategias de RE que los bajos en *mindfulness* rasgo ( $F = 13,194$ ;  $p = .001$ ). Además, el grupo de altos en *mindfulness* rasgo tardó menos tiempo en acceder a estrategias de RE ante las palabras de valencia positiva ( $F = 4,980$ ;  $p = .035$ ). Los resultados de este estudio muestran la importancia de la RE como uno de los mecanismos sobre los que podría estar interactuando el *mindfulness*.

**Palabras clave:** *mindfulness*, atención plena, regulación emocional, memoria autobiográfica.

### Abstract

*Mindfulness* means paying attention in a particular way: deliberately, in the present moment, without judging. Currently *mindfulness* research is focusing on the study of the working mechanisms. In this regard, training in *mindfulness* has proved effective in improving skills of Emotion Regulation (ER). The objective of this study is to explore the relationship between *mindfulness* (trait) and access to emotion regulation strategies. A total of 60 students participated, recruited from the Jaume I University and the Univer-

sity of Valencia. Following questionnaires were completed: Beck Depression Inventory, Five Facets Mindfulness Questionnaire, Visual Analog Scale and Difficulties in Emotion Regulation Scale. A Mood Induction Procedure (MIP) using Virtual Reality (VR) of sadness was used before to autobiographical memory task. The results shows that participants high in mindfulness (trait) have more ER strategies than the lower ( $F=13,194$ ;  $p=.001$ ). Furthermore, high group takes less time to access ER strategies with positive valence words ( $F=4,980$ ;  $p=.035$ ). The result of this study shows the importance of ER as one of the mechanisms on which mindfulness could be interacting.

**Keywords:** Mindfulness, Emotion Regulation, autobiographical memory.

## Introducción

El interés por mindfulness en Occidente ha experimentando un crecimiento notable en los últimos años. Desde la publicación de los primeros trabajos en la década de los setenta, el crecimiento se aceleró notablemente en los años noventa y en la actualidad nos encontramos ante un crecimiento casi exponencial de dichas publicaciones (Black, 2009). Mindfulness es un constructo teórico que procede de las tradiciones orientales (especialmente del budismo) y de su reciente adaptación a la cultura y a la ciencia occidentales (Simón, 2011). Por mindfulness se entiende la habilidad de «prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar» (Kabat-Zinn, 1994). Según Pérez y Botella (2006), el funcionamiento mental normal implica siempre un grado de atención y de conciencia. Mindfulness se refiere a una mejora de ambos aspectos, a una «claridad y vividez de la experiencia y del funcionamiento actual que contrasta con los estados de menor conciencia, menos despiertos, del funcionamiento habitual o automático que puede ser crónico en la mayoría de las personas» (Brown y Ryan, 2003). En síntesis, mindfulness se entiende como «la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento» (Simón, 2006).

En este sentido, en los últimos años han surgido diversos modelos de explicación (p. ej., Bishop *et al.*, 2004; Brown y Ryan, 2003, Brown y Ryan, 2004). La primera propuesta fue planteada por Brown y Ryan (2003), que señalan que mindfulness tiene dos aspectos: la atención (*attention*) y la percepción o «darse cuenta» (*awareness*). La atención es la que dirige el foco de la percepción hacia los aspectos seleccionados de la realidad. La percepción se refiere en el modelo a la experiencia subjetiva, tanto de los fenómenos internos, como de los externos. Siguiendo esta concepción, una de las formas de entrenar esta habilidad sería a través de la práctica de la meditación, sin embargo los autores señalan que mindfulness no es un producto exclusivo de la meditación, aunque creen que puede servir para incrementarla. Por tanto, mindfulness «es una capacidad natural del ser humano». Esta capacidad de atención varía en una misma persona porque puede ser intensificada o amortiguada por una variedad de factores. En esta línea, mindfulness puede considerarse tanto un rasgo como un estado (Pérez y Botella, 2006). Por otro lado, Bishop *et al.* (2004) proponen un modelo de dos componentes: 1) la autorregulación de la atención de forma que se mantenga en la experiencia del momento presente; 2) la orientación deliberada de la atención hacia la propia experiencia con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación de las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones. Según estos autores, mindfulness es un modo de conciencia que aparece cuando la atención se autoregula y el método para suscitarlo es la meditación. Esta definición expresa



su creencia de que la conciencia plena es un proceso psicológico más cercano a un estado que a un rasgo, una habilidad que puede desarrollarse con la práctica (Pérez y Botella, 2006). En suma, mindfulness es una capacidad humana inherente que se puede potenciar mediante diferentes técnicas, siendo la meditación la más utilizada, aunque no la única. El entrenamiento en mindfulness fomentaría y desarrollaría esta habilidad innata que todos poseemos en mayor o menor medida.

Diferentes estudios han mostrado una relación positiva entre mindfulness y bienestar, y una relación negativa entre mindfulness y varios aspectos de problemas de salud mental, tales como neuroticismo, supresión del pensamiento, disociación, dificultades en la RE, depresión y ansiedad (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, y Toney, 2006; Brown y Ryan, 2003). Por este motivo, se han desarrollado y evaluado intervenciones basadas en mindfulness para el tratamiento de una serie de dificultades psicológicas obteniendo resultados prometedores (Baer, 2003).

En un esfuerzo por recoger las propuestas de la literatura, Hözel *et al.* (2011) revisan diferentes estudios para formalizar una propuesta sobre cuáles son los mecanismos por los que mindfulness es efectivo, a saber: la regulación de la atención, la conciencia corporal, la RE y el cambio en la perspectiva del *self*. Según los autores, estos cuatro componentes estarían interactuando de diferentes formas para producir los beneficios que se observan con la práctica de mindfulness. Concretamente, estos componentes interactúan estrechamente para constituir un proceso de mayor autoregulación (Carver y Scheier, 2011; Vohs y Baumeister, 2004; citados en Hözel *et al.*, 2011).

De todos estos mecanismos, el de Regulación Emocional es uno de los más interesantes. La RE se define como el conjunto de procesos a través de los cuales influimos en las emociones que tenemos, cuándo las tenemos y cómo las experimentamos y expresamos (Gross, 1998b). Otros autores han puesto el foco de atención en un rango más amplio de procesos al definir la RE como «los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas» (Thompson, 1994: 27-28). En las dos últimas décadas se ha sugerido, al menos, dos tipos distintos de regulación emocional que deben distinguirse el uno del otro: La regulación centrada en los antecedentes de la emoción, y la regulación centrada en la respuesta emocional. La regulación centrada en los antecedentes de la emoción, como el *reappraisal* cognitivo, representa la manipulación de la emoción antes de que se genere la respuesta emocional. Por otra parte, la regulación centrada en la respuesta emocional, tal como la supresión de la expresión emocional, sugiere diversas estrategias según se actúe sobre cada uno de los componentes de la emoción generada (Gross, 1998a; Gross y John, 2003). Se ha encontrado déficits en la regulación emocional en un gran número de trastornos mentales (Gross y Muñoz, 1995; Repetti, Taylor y Seeman, 2002). En este sentido, definiciones contemporáneas de RE reconocen que muchos esfuerzos por controlar son disreguladores y que permitir o acentuar una emoción puede ser también regulador (Mennin *et al.*, 2004; citado en Miró y Simón, 2012)

En cuanto a la relación entre RE y mindfulness se encuentran diferentes hipótesis. Chiesa, Serretti y Jakobsen (2012) proponen dos concepciones de mindfulness como RE. En la primera concepción, mindfulness se entiende como un incremento de la atención hacia la experiencia del momento presente sin juzgar y sin reevaluar cognitivamente estímulos relevantes, especialmente los desagradables. Esta concepción de mindfulness como estrategia de RE es diferente del *reappraisal* cognitivo. En la segunda concepción, mindfulness se describe como un elemento central que facilita la revaloración (*reappraisal*) positiva. En esta línea, Garland, Gaylord y Park (2009) sugieren que mindfulness rasgo puede ser un elemento central e intrínseco dentro de las estrategias de afrontamiento que facilite el *reappraisal* positivo. Jimenez, Niles y Park (2010) proponen un modelo para la regulación del afecto y los síntomas

depresivos. Los autores sugieren que mindfulness está asociado a una regulación adaptativa del afecto, reforzada por la no reactividad y la aceptación— aspectos fundamentales del entrenamiento en mindfulness. En su modelo, sugieren que: 1) mindfulness promueve la regulación emocional por el fomento de la conciencia de las emociones a medida que surgen, dando lugar a un etiquetado correcto de la emoción, respondiendo de forma flexible a través de la aceptación, generando y/o manteniendo las emociones positivas; 2) mindfulness promueve la regulación del estado de ánimo mediante el fomento de la aceptación de los estados internos y externos y, en consecuencia, el sentido de la eficacia en la regulación del estado de ánimo. William (2010) señala que la práctica de mindfulness conlleva cambios en la forma en que se procesa la emoción. Sugiere que los fallos en «desconectar» de la emoción son consecuencia de la activación de las representaciones mentales del presente, pasado y futuro, que son creadas independientemente de las contingencias internas. Según el autor, esto representa uno de los modos en los que la mente puede trabajar. De esta forma, a través del entrenamiento en mindfulness, se fomenta la habilidad para cambiar de modo como un primer paso para ser capaz de mantener todas las experiencias (sensoriales y conceptuales), con una mayor conciencia.

Diferentes estudios (p. ej., Chambers, Gullone y Allen, 2009; Erisman y Roemer, 2010) han señalado que uno de los posibles mecanismos de acción que subyacen a los tratamientos basados en mindfulness puede ser la facilitación de una regulación emocional más adaptativa. Es decir, una mayor conciencia y aceptación de las experiencias emocionales, dando lugar a una relación más equilibrada con estas emociones (Brown y Ryan, 2003; Hayes y Fieldman, 2004; Hill y Updegraff, 2012). Sin embargo, en este momento, muchos aspectos de la relación entre mindfulness y regulación emocional todavía necesitan ser evaluados (Hill y Updegraff, 2012). Tal y como afirman Erisman y Roemer (2010), la investigación en la eficacia y los mecanismos del entrenamiento en mindfulness aplicado a la psicoterapia todavía está en su infancia.

En este estudio se tiene como objetivo explorar la relación entre mindfulness y RE. Tal y como se observa en la literatura, se espera que mindfulness rasgo facilite una regulación emocional más adaptativa. Por una parte, se relaciona mindfulness (rasgo) con las habilidades de regulación emocional de los participantes, esperando que aquellas personas altas en mindfulness rasgo tengan menor dificultad en la RE y, por tanto, cuenten con más estrategias de RE. Por otra parte, se examina la relación entre mindfulness (rasgo) y el acceso a estrategias de RE tras una inducción emocional de tristeza. Se espera que los participantes altos en mindfulness rasgo tengan menor dificultad en la RE tras la inducción de tristeza y accedan antes a estas estrategias de RE.

## **Método**

### *Participantes*

Para la selección de la muestra se informó a los estudiantes de Psicología de la Universitat Jaume I y la Universitat de València de la realización de un estudio sobre regulación emocional y realidad virtual. Los interesados contactaban con el Laboratorio de Psicología y Tecnología (Labpsitec) para recibir más información y concertar una cita. Los estudiantes se presentaban de forma voluntaria y se les informaba de que iban a participar en un experimento de regulación emocional de una sesión con una duración de 1 hora aproximadamente. Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado manifestando su acuerdo con las condiciones del experimento y autorizaron la divulgación de los datos que se pudieran obtener del estudio.

Los participantes también firmaron un consentimiento para la grabación de audio, tras explicarles que se llevaría a cabo la grabación de una de las tareas del estudio. Finalmente, se contó con una muestra de 60 estudiantes (14 hombres y 46 mujeres) de la Universitat Jaume I y la Universitat de València. La media de edad de los participantes fue de 22,9 años ( $DT = 3,85$ ).

### Instrumentos

Se recogieron distintas medidas de auto-informe. Los instrumentos utilizados fueron:

*El Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) es un inventario de 21 ítems que evalúa depresión, con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad. La adaptación española muestra buenas propiedades psicométricas como una buena consistencia interna ( $\alpha = 0,87$ ) y una buena validez factorial y de contenido.

*El Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness* (FFMQ; Baer *et al.*, 2006; Cebolla *et al.*, 2012) es un autoinforme de 39 ítems para medir mindfulness rasgo que se compone de 5 factores: observar, describir, actuar dándose cuenta, aceptar (o permitir) sin juicios y no reaccionar a la experiencia interna. Se obtiene una puntuación total que indica en qué medida una persona posee el rasgo de mindfulness como tendencia general. También se puede obtener la puntuación de cada factor. El factor *observar* se refiere a atender los hechos, emociones y otras respuestas conductuales sin intentar rechazarlas cuando resultan dolorosas ni prolongarlas cuando son placenteras. Lo integran ítems como, «Noto cuando mi estado de ánimo empieza a cambiar». El factor *describir* mide la capacidad de describir hechos y respuestas personales con palabras, y lo integran ítems como «Tengo problemas para expresar las palabras correctas que expresen como me siento. El factor *actuar dándose cuenta*, mide la capacidad de centrar la mente y la atención en la actividad que se está llevando a cabo, sin dividir la atención entre lo que hacemos y lo que pensamos; «Cuando hago tareas como limpiar o conducir, tiendo a soñar despierto/a o pensar en otras cosas». El factor *aceptar (o permitir) sin juicios*, mide la habilidad de adoptar un enfoque no evaluador, es decir no aplicar etiquetas a la experiencia del tipo bueno/malo, útil/inútil, correcto/incorrecto, y permitir la experiencia tal y como es (p. ej.: «Me digo a mi mismo/a que no debería sentirme de la forma que me siento»). El factor *no reaccionar a la experiencia interna* mide la habilidad de dejar pasar emociones y pensamientos y no dejarse llevar por ellos. Contiene ítems del tipo, «Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás» y «Me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape». Las cinco escalas muestran una buena consistencia interna, tanto en la versión inglesa como en la española. En la validación española se obtiene un coeficiente de alfa de 0,88 en la puntuación total del FFMQ.

*Escala Visual Analógica* (VAS; Gross y Levenson, 1997). Estas medidas son escalas tipo Likert (1: nada en absoluto – 7: totalmente) en la que los participantes señalan el grado en que siente una determinada emoción (alegría, tristeza, ansiedad, relax/tranquilidad) en un determinado momento (generalmente antes y después de la inducción emocional).

La *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional* (DERS, Gratz y Roemer, 2004; Hervas y Jódar, 2008) evalúa diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades. En su adaptación al castellano, la escala está formada por 28 ítems que se dividen dentro de 5 subescalas: el descontrol emocional, la interferencia cotidiana, la desatención emocional, la confusión emocional y el rechazo emocional. El factor *descontrol emocional* (9 ítems) hace referencia a dos aspectos complementarios de descontrol. Por una parte, la sensación de desbordamiento debido a la intensidad emocional (p. ej.: «Cuando me siento mal, pierdo el control»). Por otra parte, la sensación de persistencia de los

estados emocionales negativos (p. ej.: «Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo»). La escala de *interferencia cotidiana* está compuesta por 4 ítems, tales como «Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme». La subescala o factor de *desatención emocional* incluye 4 ítems, como «Presto atención a cómo me siento» o «Cuando me siento mal, reconozco mis emociones». La subescala *confusión emocional* está formada por 4 ítems, tales como «estoy confuso/a sobre lo que siento» o «percibo con claridad mis sentimientos». 7 ítems componen la subescala «rechazo emocional», como por ejemplo: «Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera». La suma de todos los ítems proporciona una puntuación total que se relaciona con dificultades en la regulación emocional. Puntuaciones altas en la escala indican mayor desregulación emocional (Hill y Updegraff, 2012). También se puede obtener las puntuaciones de las 5 subescalas, que indican dificultades en los distintos aspectos del proceso de regulación emocional. En la muestra española se obtienen los mismos índices de consistencia interna que en la americana ( $\alpha = 0,93$ ).

### Procedimiento

Antes de participar los sujetos contestaron el BDI-II para descartar personas con sintomatología depresiva ( $BDI > 16$ ). En primer lugar, los participantes contestaron el Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ), la Escala Visual Analógica (VAS) y la escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). En segundo lugar, los participantes recibieron un procedimiento de Inducción de Estado de ánimo (PIEA) mediante Realidad Virtual (RV) de tristeza (Baños *et al.*, 2004). Los PIEA se pueden definir como estrategias cuya finalidad es provocar en un individuo un estado emocional transitorio en una situación no natural, de forma controlada (García-Palacios y Baños, 1999). Baños *et al.* (2004) han desarrollado una serie de *parques virtuales* en los cuales incorporan varios PIEA (frases autoreferentes, imágenes, vídeos y fragmentos de películas, música, recuerdo autobiográfico y narrativas) para inducir alegría, relajación, tristeza y ansiedad. Su efectividad ha sido comprobada en varios estudios, en donde cada uno de los parques indujo el estado emocional que pretendía inducir (Baños *et al.*, 2004; Baños *et al.*, 2005, 2007).

El entorno de RV simula un parque urbano en el que hay una glorieta en medio. Al inicio, los participantes escuchaban una pequeña narrativa, junto a una pieza musical que sonaba durante todo el paseo («Adagio for Strings-Choral» de Samuel Barber). Los participantes navegaban por el ambiente virtual a través del *Rumblepad* y una voz en *off* les invitaba a iniciar el paseo, narrando las instrucciones que debían seguir. Primero, podían explorar durante dos minutos el parque libremente, como si de un paseo real se tratase. Después, la voz en *off* les dirigía al centro del parque donde realizaban la primera tarea. En la primera tarea, se presentaban una serie de afirmaciones desordenadas y el participante tenía que ordenarlas. Una vez creada cada oración se presentaban 4 imágenes (seleccionadas del International Affective Picture System, IAPS) de las que el participante elegía la que, según su criterio, mejor representaba cada oración. Tanto las imágenes como las oraciones fueron seleccionadas para inducir una emoción de tristeza (p. ej.: «La vida me parece triste y sin sentido», «Hago infelices a los demás»). También se les pedía que se involucraran en el contenido de cada frase durante 45 segundos, y pensaran en el significado personal de cada afirmación. Tras terminar la tarea, continuaban con el paseo y se les indicaban las instrucciones para la segunda tarea. En la segunda tarea, los participantes se dirigían a un cine al aire libre, localizado en el parque virtual, para visualizar un fragmento de una película con material emocionalmente significativo (escena de la película *Campeón* dirigida por Franco Zeffirelli en 1979). Una vez terminado el

PIEA contestaron el VAS de nuevo y realizaron una tarea de memoria autobiográfica. Se realizó una grabación de audio de esta tarea por si se requería su revisión.

En la tarea de memoria autobiográfica se les mostraba una serie de tarjetas con palabras positivas (alegría, amor, seguridad, valentía y éxito) y neutras (árbol, chaqueta, zapato y lámpara) ante las cuales tenían que narrar un recuerdo específico relacionado con cada palabra antes de un minuto. El recuerdo debía reunir las siguientes características: ser positivo, ser específico, que no fuera un recuerdo de la semana anterior, y ser una experiencia propia. Se registró el tiempo (segundos) que tardaban en generar dicho recuerdo específico usando un cronómetro. Diferentes estudios han mostrado que el estado de ánimo se relaciona con la memoria (p. ej.: Gillihan, Kessler y Farah, 2007), proponiendo el recuerdo como una estrategia común y efectiva de regulación emocional. El tiempo de latencia nos proporciona una medida acerca del tiempo que tardan los participantes en acceder a estas estrategias de regulación emocional tras recibir una inducción emocional de tristeza.

### Hipótesis

Por un lado se espera que el grupo de participantes clasificados como altos en mindfulness rasgo tengan más estrategias de RE que el grupo de bajos en mindfulness (hipótesis 1). También se espera que los altos en mindfulness rasgo tarden menos tiempo en recordar episodios positivos tras la inducción de tristeza o acceder a estrategias de RE (hipótesis 2).

### Resultados

Para realizar los análisis pertinentes se clasificó a los participantes en altos y bajos en mindfulness rasgo a partir de las puntuaciones del FFMQ (Altos = puntuaciones > 28; Bajos = puntuaciones < 23), para esto se utilizaron los percentiles, seleccionando solo a los sujetos de los grupos extremos. También se controló la eficacia del proceso de inducción emocional de tristeza, no se incluyó a los sujetos que no se habían inducido tras el PIEA (la puntuación del VAS de tristeza no cambió al terminar la inducción).

Por un lado, se llevó a cabo un ANOVA univariante para analizar si existían diferencias entre el grupo de altos y bajos en mindfulness rasgo en el cuestionario DERS. Los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas en la puntuación total del DERS ( $F = 13,194$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 = .345$ ) (véase figura 1). Los altos en mindfulness puntúan menos en el cuestionario DERS.

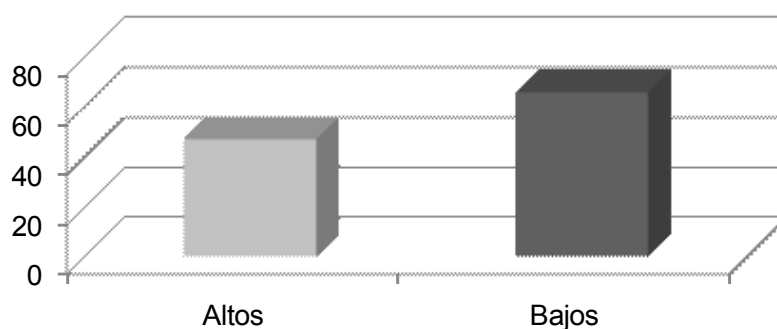


Figura 1. Puntuación total de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en el grupo de altos y bajos en mindfulness rasgo

Además, como se puede observar en la figura 2, se obtienen diferencias significativas entre altos y bajos en mindfulness rasgo en casi todos los factores del DERS, excepto en el factor atención/ desatención ( $F = .970$ ;  $p = .334$ ;  $\eta^2 = .037$ ). De esta forma, los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas en el factor aceptación/rechazo ( $F = 8,775$ ;  $p = .007$ ;  $\eta^2 = .260$ ), el factor claridad/confusión ( $F = 13,488$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 = .350$ ), el factor regulación/descontrol ( $F = 13,036$ ;  $P = .001$ ;  $\eta^2 = .343$ ), y el factor interferencia cotidiana ( $F = 9,799$ ;  $p = .004$ ;  $\eta^2 = .282$ ).

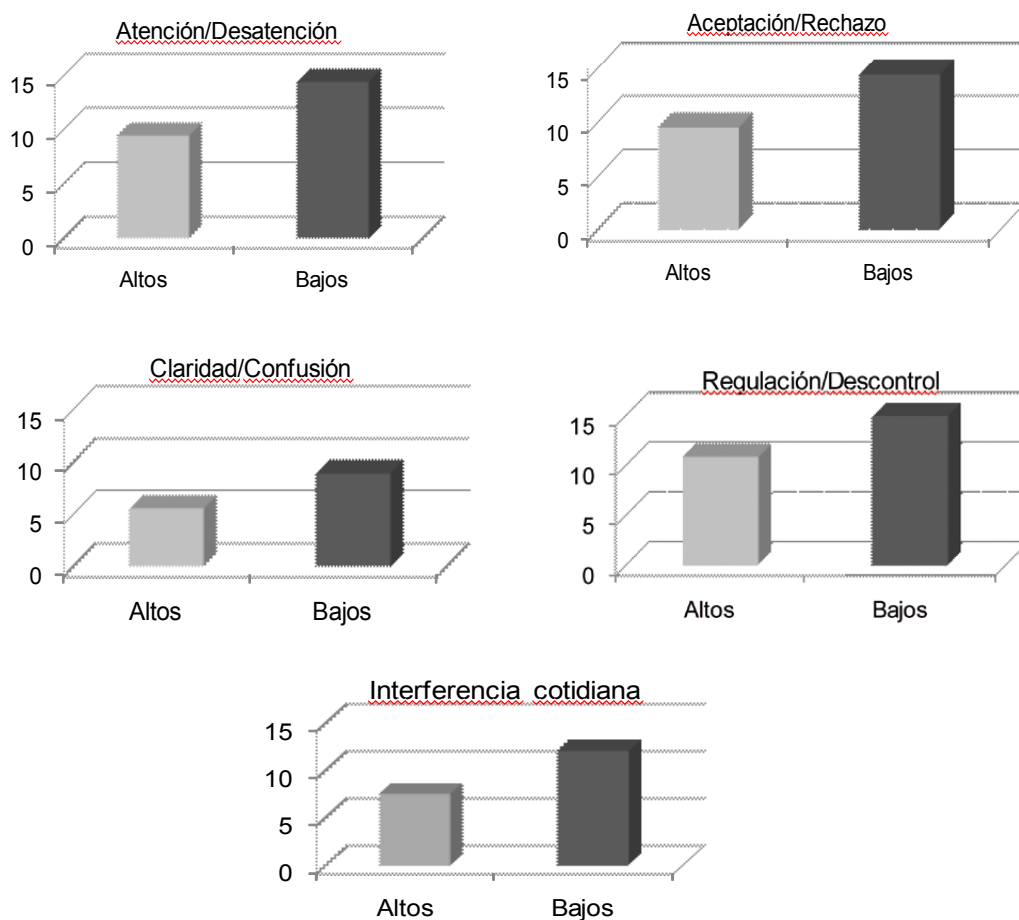


Figura 2. Puntuaciones en los 5 factores de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en el grupo de altos y bajos en mindfulness rasgo

Por otro lado, se realizó una ANCOVA entre altos y bajos en mindfulness rasgo y la latencia de respuesta, utilizando como covariable la puntuación en el cuestionario VAS tristeza tras el PIEA. Los resultados de la ANCOVA (véase figura 3) muestran diferencias significativas ( $F = 4.980$ ;  $p = .035$ ) en relación a la latencia de respuesta en las palabras positivas. De este modo, se obtiene que el grupo de altos en mindfulness rasgo tarda menos tiempo ( $M = 10,2$  segundos;  $DT = 5,8$ ) en generar un recuerdo específico cuando se les muestran palabras positivas frente al grupo de bajos (15,6 segundos;  $DT = 4,9$ ). El grupo clasificado como alto en mindfulness rasgo tarda menos tiempo en acceder a estrategias de regulación emocional tras recibir una inducción de tristeza. Sin embargo, no se obtienen diferencias significativas entre ambos grupos en las palabras neutras ( $F = .863$ ;  $p = .362$ ).

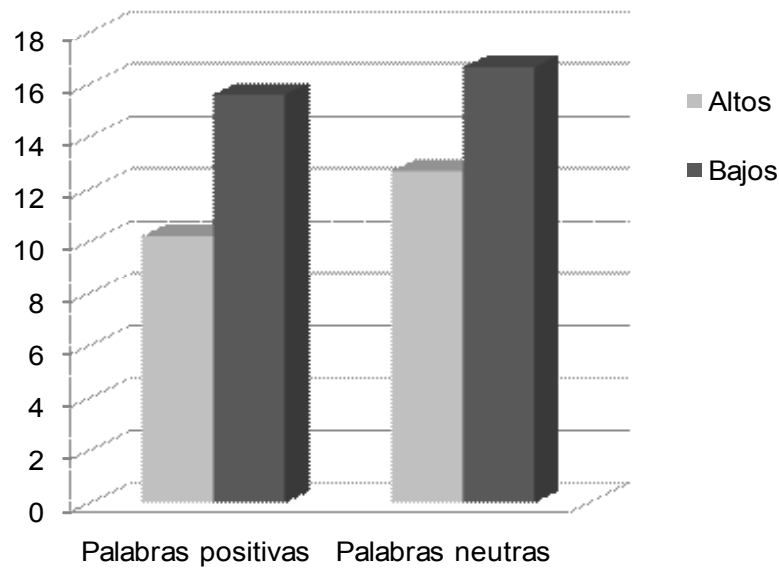


Figura 3. Tiempo de latencia de los grupos altos y bajos en mindfulness rasgo en generar recuerdos específicos frente a palabras positivas y neutras

## Discusión y conclusiones

El objetivo de este artículo era explorar la relación entre mindfulness y RE. Concretamente se relaciona mindfulness (rasgo) con las habilidades de regulación emocional de los participantes y con el acceso a estrategias de RE tras una inducción emocional. Los resultados señalan que hay diferencias significativas entre el grupo de altos y bajos en mindfulness rasgo en la puntuación total del cuestionario DERS. Puntuaciones más bajas en este cuestionario indican menor dificultad en el proceso de RE. Por lo tanto, se confirma la primera hipótesis planteada. El grupo de participantes clasificados como altos en mindfulness rasgo tienen más estrategias de RE que el grupo de bajos en mindfulness. Este resultado va en la línea de lo planteado por los principales autores, es decir, que mindfulness está relacionado con la capacidad de regular las emociones negativas (Hözel *et al.*, 2011). Además, los resultados muestran que mindfulness rasgo se relaciona con diferentes aspectos del proceso de regulación emocional donde pueden existir dificultades (el factor claridad/confusión, el factor aceptación/ rechazo, el factor regulación/descontrol y el factor interferencia cotidiana). Sin embargo, tal y como se ha comentado anteriormente, no se obtienen diferencias significativas en el factor atención/desatención. Esto puede ser debido a que, posiblemente, no sea tanto el hecho de atender o no atender las emociones lo que está influyendo en la regulación emocional, sino más bien cómo es esa atención. La práctica de mindfulness desarrollaría esta actitud hacia las emociones; atender a las emociones sin juzgar, con apertura y curiosidad. Mindfulness, en realidad, supone un tipo de autoobservación que podríamos llamar adaptativa, en contraposición a la autoobservación rumiadora o no adaptativa (Cebolla y Miró, 2006). En este sentido cabe añadir que los participantes no tenían experiencia en la práctica de mindfulness, tal vez por este motivo no se encuentran diferencias significativas entre altos y bajos en mindfulness rasgo en el factor atención/desatención del DERS. En un futuro sería interesante abrir líneas de investigación en este sentido y comprobar cómo influye el entrenamiento en mindfulness en el proceso de la regulación emocional.

En cuanto a la segunda hipótesis podemos concluir que, según lo esperado, los participantes clasificados como altos en mindfulness rasgo tardan menos tiempo en acceder a estrategias de regulación emocional tras una inducción de tristeza, con lo que se comprueba que ser alto o bajo en mindfulness rasgo guarda relación con el proceso de regulación emocional. El hecho de que los altos en mindfulness tarden menos tiempo en encontrar recuerdos positivos puede ser clave para entender la relación RE y mindfulness, ya que implica que una mayor aceptación, y capacidad de darse cuenta facilita el acceso a estrategias clave en la RE como es el uso de recuerdos autobiográficos positivos.

Junto a los resultados presentados cabe señalar que este estudio cuenta con una serie de limitaciones. Una de las principales limitaciones del estudio es que se contó con una muestra pequeña, además de que se perdieron casos debido a que se tuvo que excluir participantes por diferentes motivos, bien porque las puntuaciones del VAS de tristeza no mostraron inducción emocional en los participantes tras el PIEA o bien porque los participantes obtenían puntuaciones mayores a 16 en el BDI-II. Todos los participantes eran estudiantes por lo que los resultados se limitan a esta población. En un futuro sería interesante replicar los resultados en una población con unas variables demográficas más amplias. Incluso, se debería ampliar el objetivo del estudio y contar con población clínica para comparar resultados. Otra de las limitaciones que presenta el estudio es que solo se midió mindfulness rasgo, es decir, no sabemos si este resultado varía tras un entrenamiento en mindfulness. Por otra parte, tampoco se realizó ningún control sobre el contenido del recuerdo que narraban los participantes. Finalmente, hay que comentar que únicamente se usaron pruebas de laboratorio por lo que se puede perder capacidad explicativa sobre la vida cotidiana.

A pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados del estudio ofrecen datos acerca de la relación entre mindfulness y regulación emocional. Se confirman las dos hipótesis propuestas inicialmente, concluyendo que hay una relación significativa entre mindfulness rasgo y regulación emocional. Podemos decir que mindfulness, entendido como rasgo, está relacionado con una regulación emocional más adaptativa. Por tanto, se espera que si entrenamos esa capacidad, también podemos mejorar la capacidad de RE. Hace falta más investigación al respecto, por lo que en futuros estudios se debería contrastar si estos resultados se ven afectados por un entrenamiento en mindfulness. En conclusión, los resultados de este estudio muestran la importancia de la regulación emocional como uno de los mecanismos sobre los que podría estar actuando mindfulness. Estos resultados van en la línea de lo esperado y apoyan las evidencias encontradas en la literatura sobre la relación entre mindfulness y RE, dos aspectos que están mostrándose relevantes para el bienestar y la salud mental.

## Referencias bibliográficas

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baños, R., Botella, C., Alcañiz, M., Liaño, V., Guerrero, B. & Rey, B. (2004). Immersion and Emotion: Their Impact on the Sense of Presence. *Cyberpsychology & Behavior*, 7 (6).
- Baños, R., Botella, C., Liaño, V., Guerrero, B., Rey, B. & Alcañiz, M. (2005). The third pole of the sense of presence: Comparing virtual and imagery spaces. *PsychNology Journal*, 3(1), 90-100.
- Baños, R., Botella, C., Liaño, V., Guerrero, B., Rey, B. & Alcañiz, M. (2004). Sense of presence in emotional virtual environments. *Presence*, 13, 156-159.



- Baños, R., Botella, C., Rubio, I., Quero, S., García-Palacios, A. & Alcañiz, M. (2007) Presence and emotions in virtual environments: The influence of stereoscopy. *Cyberpsychology & Behavior*, 11 (1), 1-8.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Devins, G., ... (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Black, D. S. (2009). Hot Topics: A 40-year publishing history of mindfulness. *Mindfulness Research Monthly*, 1(5), 1. www.mindfulexperience.org.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (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. W. & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248.
- Cebolla, A. & Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia: Mindfulness y psicoterapia*. Época II, volumen XVI - N.º 66/67 - 2.º/3er trimestre.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur. J. Psychiat*, 26(2), 118-126.
- Chambers, R., Gullone, E. & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29, 560-572.
- Chiesa, A., Serretti, A. & Jakobsen, J. C. (2012). Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clinical Psychology reviews*, 33, 82-96.
- Eich, E. & Metcalfe, J. (1989). Mood Dependent Memory for Internal Versus External Events. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 15 (3), 443-455.
- Erisman, S. M. & Roemer, L. (2010). A Preliminary Investigation of the Effects of Experimentally Induced Mindfulness on Emotional Responding to Film Clips. *Emotion*, 10 (1), 72-82.
- García-Palacios, A. & Baños, R. (1999). Eficacia de dos procedimientos de inducción del estado de ánimo e influencia de variables moduladoras. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4 (1), 15-26.
- Garland, E., Gaylord, S. & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore* (NY), 5, 37-44.
- Gillihan, S. J., Kessler, J. & Farah, M. J. (2007). Memories affect mood: Evidence from covert experimental assignment to positive neutral and negative memory recall. *Acta Psychologica*, 125, 144-154.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J. (1998b). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-10.

- Gross, J. J. & Muñoz, R. F. (1995). Emotional regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Hayes, A. M. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hervás, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19 (2), 139-156.
- Hill, C. L. M. & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and Its Relationship to Emotional Regulation. *Emotion*, 12 (1), 81-90.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspective in Psychological Science*, 6, 537-559.
- Jimenez, S. S., Niles, B. L. & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, 49, 645-650.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J. & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-1056.
- Miró, M. T. & Simón, V. (eds.) (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Pérez, M. A. & Botella, L. (2006). *Revista de Psicoterapia*, XVII (65), 78-120.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.
- Sanz, J., Perdigón, A. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Serrano, B. (2012). *Inducción de Relajación en un Ambiente de Realidad Virtual y la Influencia de los Sentidos*. Tesis Doctoral. Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Informació psicològica*, 100, 162-170.
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona, España: Sello editorial.
- Simón, V. M. (2006). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, XVII (65); 5-30.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27 (2), 92-99.
- William, J. M. G. (2010). Mindfulness and Psychological Process. *Emotion*, 10 (1), 1-7.

## Terapia emocional *on line* (TEO) en el tratamiento de la fibromialgia

EVA DEL RÍO GONZÁLEZ  
eva.delrio@uji.es

GUADALUPE MOLINARI  
molinari@psb.uji.es

ALBERTO GONZÁLEZ ROBLES  
al117136@alumail.uji.es

ROCÍO HERRERO CAMARANO  
rherrero@psb.uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA  
botella@psb.uji.es

### Resum

La fibromialgia (FM) y otros síndromes de dolor crónico constituyen un importante problema de salud por el deterioro de la actividad y la calidad de vida que producen. Estos problemas requieren un abordaje multidisciplinar, sin embargo, el tratamiento actual todavía es insuficiente. Una forma de mejorar las intervenciones podría ser el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). El grupo de investigación Labpsittec ha creado TEO (Terapia Emocional On Line), un sistema abierto y autoaplicado que permite recoger datos del paciente en tiempo real en su ambiente natural, crear sesiones de tratamiento personalizadas y enviarlas a los pacientes mediante Internet. Con esta herramienta pretendemos trabajar el mantenimiento de las estrategias aprendidas por los pacientes ya que, en ocasiones, dejan de practicarlas a medio o largo plazo una vez finalizados los tratamientos. El objetivo de este trabajo es describir el programa TEO-FM y presentar datos preliminares de la aceptación del mismo por parte de tres pacientes (edad media de 57,33 años [DT = 0,577]), con diagnóstico de síndromes de dolor crónico. Las tres utilizaron TEO de forma autoaplicada durante 4 semanas tras finalizar un tratamiento presencial. Todas manifestaron un alto grado de satisfacción y una opinión muy positiva de la herramienta. Estos resultados preliminares ayudan a continuar con la validación de TEO como una herramienta para que los pacientes consoliden lo aprendido en las sesiones, contribuyendo a su calidad de vida y su bienestar.

**Palabras clave:** dolor crónico, fibromialgia (FM), TIC (tecnologías de la información y la comunicación), terapia on line, mantenimiento estrategias aprendidas.

### Abstract

Fibromyalgia (FM) and other chronic pain syndromes are a major health problem due to the decline in activity and quality of life they produce. These problems require a

multidisciplinary approach; however, the current interventions present still limitation that could be improved. A way to progress in this line is to include the support of Information and Communication Technologies (ICT). The research group Labpsitec has created TEO (Emotional Therapy On-Line), an open and self-applied system that allows collecting patient data in real time in their natural environment, to create custom treatment sessions and to send them to patients via Internet. With this tool we try to obtain the maintenance of the strategies learned by patients because sometimes they stop practicing them at mid-and long-term once the treatment is over. The aim of this paper is to describe the program and present data of TEO-FM preliminary acceptance by three patients (mean age 57.33 years [SD = 0.577]), with a diagnosis of chronic pain syndromes. These three patients used TEO in a self administered mode for 4 weeks after finishing a face-to-face treatment program. All reported a high degree of satisfaction and a very positive opinion about the tool. These preliminary results help to continue the validation of TEO as a tool for patients to consolidate what has been learned in the sessions, contributing to their quality of life and welfare.

**Keywords:** Fibromyalgia (FM), ICTS (Information and Communication Technologies), Intervet-based intervention, self-management.

## Introducción

Dentro del dolor crónico, la fibromialgia (FM), constituye un síndrome complejo, cuyas causas nos son desconocidas por el momento, cuya evolución es variable y que, con frecuencia, presenta una alta comorbilidad con otro tipo de patologías (Documento de la SER [Sociedad Española de Reumatología], 2005). El grupo EPIDOR en 2005, concluyó que las patologías más frecuentemente asociadas a la FM fueron la hipertensión arterial (21,7 %), la depresión (14,4 %), las enfermedades digestivas (13,8 %) y la ansiedad (13,4 %). A pesar de la controversia existente acerca de la etiología de este trastorno, no cabe duda de que se trata de una enfermedad de base músculo-esquelética, en la que existen aspectos psicológicos y psiquiátricos implicados en su inicio o evolución.

La FM se caracteriza por dolor crónico generalizado que se localiza en el aparato locomotor y que, en ocasiones, puede llegar a ser invalidante. Según la American College of Rheumatology (ACR), deben cumplirse dos criterios para el diagnóstico de esta enfermedad: 1. historia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración y 2. presencia de dolor en 11 de 18 puntos sensibles a la palpación digital (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, Goldenberg *et al.*, 1990).

Esta dolencia constituye un grave problema de salud pública debido al deterioro que produce, lo que resulta en una participación más limitada en la vida social y profesional (Martínez, Barauna Filho, Kubokawa, Pedreira, Machado y Cevasco, 2001; Bernard, Prince y Edsall, 2000), y a la repercusión tanto en recursos asistenciales como económicos del dolor crónico que se calcula que puede corresponder al 2,5 % del PIB de los países industrializados (Bassols Farrés, Bosch Llonch y Eladi Baños, 2000). Es una enfermedad que produce una disminución del rendimiento de quienes la padecen, lo que se ve reflejado en el aumento de las bajas laborales de estos pacientes. En un estudio de Ubago *et al.* (2005), se encontró que la FM causaba baja laboral en el 31,4 % de los casos, aumentando por tanto los costes económicos y sociales que esta enfermedad genera.

El dolor crónico es un estado de tensión sostenido que afecta en gran medida al individuo que la padece puesto que tiene importantes repercusiones en distintos ámbitos de la vida del sujeto: en el laboral (en muchas ocasiones tienen que coger bajas debido a lo invalidante de su dolor, lo que puede llegar a crearles ciertos conflictos con la empresa); en el económico (debido por ejemplo, al gasto que les produce las diversas visitas y tratamientos médicos); y/o en el social, ya que estos pacientes no se sienten comprendidos del todo por las personas de su entorno. Al no encontrarse ningún resultado concluyente en las pruebas que les llevan a cabo los médicos, sus más allegados empiezan a pensar que estos pacientes fingen sus dolencias por los posibles beneficios que les puedan aportar. Además, los síntomas de esta enfermedad pueden verse a menudo exacerbados por el esfuerzo, el estrés, la falta de sueño y los cambios climáticos. Del mismo modo, las características psicológicas y de conducta de estas pacientes pueden dar lugar a un aumento en la percepción del dolor (mayor del que realmente se está sufriendo) siendo la depresión y la ansiedad dos de las complicaciones que se han estudiado con mayor frecuencia, ya que pueden exacerbar los síntomas e interferir en su adecuado manejo. Asimismo, se ha encontrado que ciertos estilos cognitivos (como la somatización, el catastrofismo, o la hipervigilancia) y rasgos de personalidad se relacionan con la amplificación del dolor y su extensión en ausencia de daño tisular (Waddell, Newton, Henderson, Somerville y Main, 1993; Turner, Jensen y Romano, 2000).

Por todo ello, los pacientes tienen que poner en marcha ciertas «estrategias de afrontamiento», aquellos intentos cognoscitivos y conductuales en constante cambio que le hacen posible al individuo manejar las exigencias internas o externas que considera como restrictivas o que rebasan sus recursos (Lautenbacher, Rollman y McCain, 1994) y que le permitan paliar los daños producidos por esta enfermedad.

Se considera que el dolor afecta de forma distinta a hombres y a mujeres. Este trastorno es más prevalente en mujeres (4,2 %) que en hombres (0,2 %) en población adulta (Estudio EPISER, 2008). Las mujeres se recuperan más rápidamente del dolor, buscan ayuda antes, y tienen menos posibilidades de dejar que el dolor controle sus vidas. También es más posible que organicen una variedad de recursos como por ejemplo, pensamientos positivos, relajación, ejercicio regular o búsqueda de apoyo y distracción para sobrellevar el dolor.

Es importante aclarar que los pacientes con FM no siempre emplean de manera positiva las estrategias de afrontamiento puesto que, según apuntaron Kosek y Hansson en 1997, las demandas prolongadas de respuestas de afrontamiento agotan la capacidad psíquica y limitan los recursos de la persona.

Haciendo un repaso por diversos estudios sobre estrategias adaptativas y/o desadaptativas en pacientes con FM, encontramos en el trabajo de Soucase, Monsalve, Soriano y de Andrés del 2004, que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por estos pacientes eran principalmente dos, la autoafirmación y la búsqueda de información, y la menos utilizada el autocontrol mental. En otro estudio se concluyó que, el uso de la religión tendía a relacionarse positivamente con la ansiedad, depresión y pérdida de control. Por el contrario, el uso de la distracción y del autocontrol mental se relacionaba negativamente con las dimensiones de ansiedad y pérdida de control, por lo tanto, una mayor utilización de dichas estrategias se relacionaba con una mejor calidad de vida del paciente (De Andrés Ares, Monsalve, Soriano y Soucase, 2002). Parece que la utilización de estrategias de afrontamiento pasivas (rezo, esperanza, pensamiento desiderativo) se asocia a un incremento del dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico (Soriano y Monsalve, 2002). Por el contrario, las estrategias activas (solución de problemas, búsqueda de información) se relacionan de forma positiva con índices de mejor funcionamiento físico y psicológico (Nicholas, Wilson y Goyen, 1992).

Como hemos podido comprobar, existen evidencias claras de que el estilo de afrontamiento de los pacientes puede, o bien ayudar a sobrellevar el problema, o predecir la cronicidad

dad del mismo, así como las percepciones catastróficas sobre su naturaleza o el temor a futuros problemas o lesiones. Las estrategias más eficaces en el dolor crónico son aquellas que disminuyen la atención y concentración del individuo sobre su dolor y la desvían hacia otras actividades como la relajación o las relaciones sociales, ya que además, suelen reducir el uso del catastrofismo y la evitación (Rosenstiel y Keefe, 1983). Dependiendo del tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes de FM, les será más fácil o no aprender a convivir con ella, ya que se trata de un problema crónico.

Centrándonos únicamente en los factores cognitivos, la investigación ha estudiado la influencia de cogniciones desadaptativas en el mantenimiento y empeoramiento del dolor crónico, donde en algunas ocasiones se sugiere que la patología física podría iniciar la sintomatología pero que serán la percepción e interpretación de los síntomas la que contribuye mayoritariamente a una representación disfuncional sobre el dolor, facilitando con ello un mayor sentimiento de incapacidad, distrés y dolor. En este sentido, y como señala Monsalve (2001), en la FM, como en otros cuadros de dolor crónico, las creencias, los estilos cognitivos, las estrategias de afrontamiento, la estabilidad emocional, la tensión emocional, así como la respuesta del entorno familiar y social van a tener una influencia relevante en el paciente, siendo el perfil psicológico del paciente con FM una persona que muestra hipervigilancia, depresión, desesperanza, ansiedad, locus de control externo, con acontecimientos estresantes vitales cotidianos, y estrategias de afrontamiento pasivas y catastrofismo (Hudson y Pope, 1989; Okifuji, Turk y Sherman, 2000; Dailey, Bishop, Russell y Fletcher, 1990).

Dado que se ven afectadas diversas áreas de la vida de estos pacientes (social, personal y/o laboral), la FM requiere de un tratamiento que aborde cada una de ellas teniendo en cuenta tanto el aspecto médico, como el fisioterapéutico y el psicológico, ya que se ha comprobado que ciertos estilos cognitivos influyen en el aumento o disminución de la sintomatología de esta enfermedad. Hasta el momento, el abordaje de este tipo de dolencias es insuficiente por lo que se hace necesaria la búsqueda de un tratamiento más eficaz, sin encarecer en exceso los costes y sin disminuir la eficacia de la intervención.

Como hemos podido comprobar, para ello sería de gran utilidad instaurar y consolidar las estrategias de afrontamiento adaptativas aprendidas en terapia presencial de manera que las pacientes pudieran aplicarlas en su vida cotidiana llegando a convertirlas en un hábito, como parte de su rutina de funcionamiento cognitivo y conductual. Se ha visto que estas pacientes aprenden y utilizan las estrategias aprendidas a corto plazo, sin embargo, a medio y largo plazo van dejando de emplearlas. Por tanto, y como medio para hacer más fácil y amena la tarea de consolidación de los conocimientos adquiridos en terapia, sería útil emplear las TIC.

En este caso nuestro grupo (*Labpsitec*: Laboratorio de Psicología y Tecnología) ha desarrollado TEO (Terapia Emocional On line) un sistema totalmente autoaplicado que permite la creación por parte de los terapeutas, de sesiones de tratamiento y/o tareas para casa en una plataforma on line, según las necesidades de cada persona y problema, lo que ofrece la oportunidad de personalizar la terapia y llegar a un mayor número de personas enviando las sesiones a través de internet. De este modo, las pacientes tienen acceso a las sesiones de terapia preparadas por su terapeuta desde sus propias casas, lo que resulta de mayor comodidad para ellas ya que no han de desplazarse, y nos permite recabar datos de evaluación en su ambiente natural. La posibilidad que nos ofrece el sistema desarrollado es que el paciente pueda seguir recibiendo indicaciones terapéuticas cuando no está en la consulta, como tarea para casa o una vez finalizado el tratamiento.

En los últimos años, la FM ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia debido a su alta prevalencia (2,4 % de la población general mayor de 20 años (estudio EPISER, [2008]), al escaso conocimiento acerca de su etiología y los mecanismos que la producen, y a la ausencia de un tratamiento curativo. Esta enfermedad no es degenerativa ni mortal, pero el curso natural de sus

síntomas es crónico, contribuyendo a formar una situación compleja y difícil de manejar desde el punto de vista clínico, lo que hace necesaria la búsqueda de intervenciones más eficaces. Por ello, iniciamos la aplicación del sistema TEO para esta población en concreto, con el fin de facilitar la instauración de las estrategias aprendidas y con ello maximizar el efecto de la terapia. El objetivo principal que persigue este trabajo es analizar la aceptación que tiene el sistema TEO aplicado en pacientes diagnosticadas de síndromes de dolor crónico.

## Método

- **Objetivos**

Los objetivos concretos que persigue este estudio son, en primer lugar, describir la plataforma TEO aplicada a pacientes con FM con el fin de emplearla para el mantenimiento de las estrategias aprendidas en terapia presencial y, en segundo lugar, presentar datos preliminares de aceptación de tres pacientes con este tipo de dolencias.

- **Muestra**

Las participantes de este estudio fueron tres mujeres diagnosticadas de síndromes de dolor crónico, con una edad media de 57,33 años (DT = 0,577). Dos de ellas poseían el graduado escolar y la tercera el título de bachiller.

- **Instrumentos de evaluación**

El instrumento empleado para valorar la aceptación del sistema TEO por parte de estas pacientes fue:

La escala de satisfacción con el tratamiento (adaptado de *Credibility/Expectancy Questionnaire*, CEQ; Borkovec y Nau, 1972). Este cuestionario está compuesto por 7 ítems que evalúan el grado de satisfacción de los participantes con el tratamiento. Se administró al finalizar el mismo y los participantes contestaron a una serie de preguntas generales (ítems 1 a 6) en una escala de 0 a 10. En el siguiente ítem (ítem 7) se pide que valoren de manera independiente en una escala de 0 a 10 también, la satisfacción con cada uno de los elementos multimedia que han visualizado en las sesiones así como la utilidad de los mismos. Por último, el cuestionario presenta una serie de preguntas cualitativas que nos aportan una valoración más subjetiva sobre el programa.

- **Descripción del programa**

TEO es un sistema abierto que permite crear material terapéutico personalizado de manera sencilla y eficaz y enviarlo a los pacientes vía on line. Esta plataforma hace posible optimizar la terapia creando material de repaso de las sesiones de tratamiento presenciales y tareas para casa, de modo que la intervención se vea reforzada. Asimismo, TEO posibilita un tratamiento totalmente autoaplicado, lo que permite una mayor difusión del mismo, llegando así a un mayor número de pacientes.

En las siguientes imágenes ofrecemos la pantalla de Bienvenida de TEO (véase figura 1) y dos pantallas dentro del programa con las sesiones de TEO asignadas y realizadas por el paciente (véanse figuras 2 y 3).



Figura 1. Pantalla de bienvenida de TEO

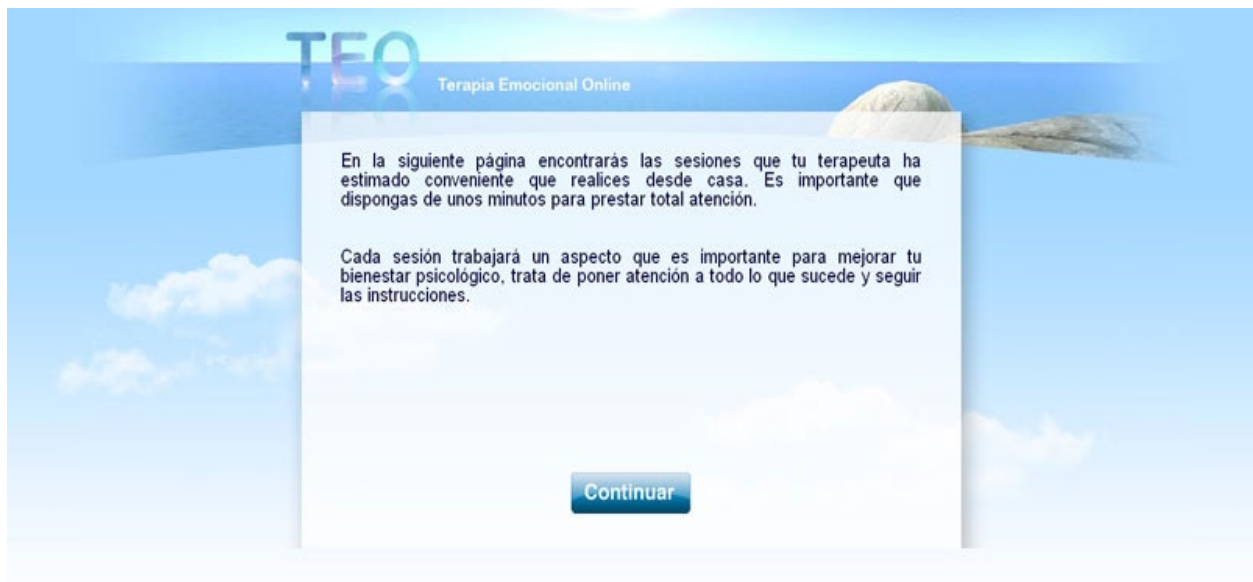


Figura 2. Pantalla de TEO previa a la de acceso a las sesiones



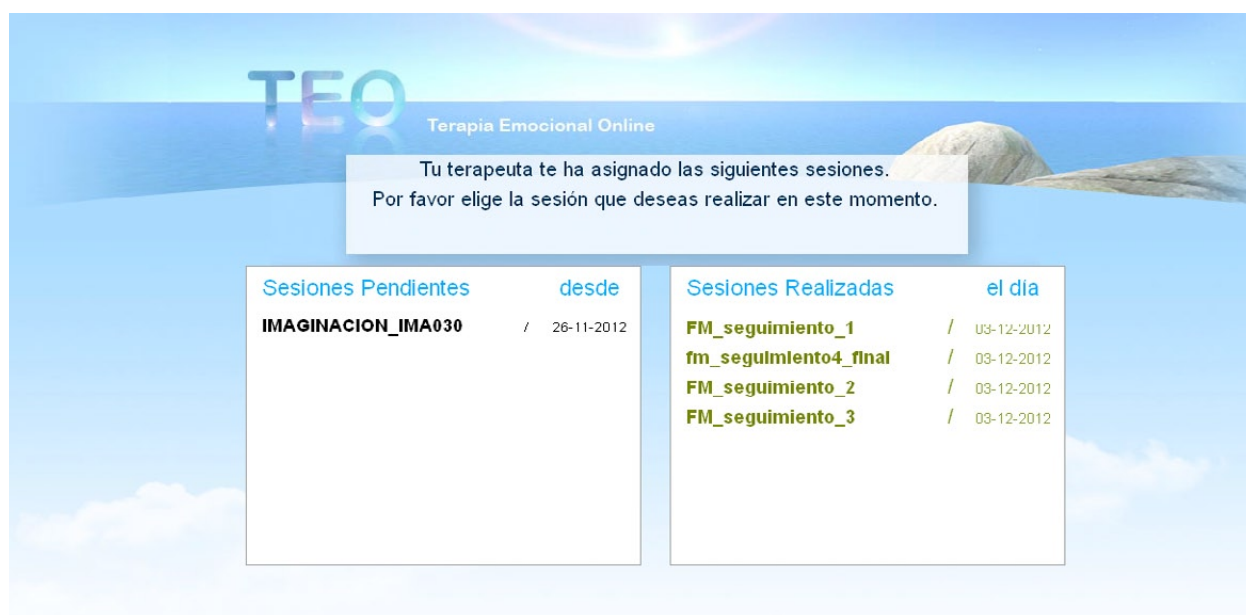


Figura 3. Pantalla de TEO en la que los pacientes pueden visualizar las sesiones disponibles, tanto las nuevas como las ya realizadas

Este programa está formado por dos plataformas diferenciadas, cada una de las cuales permite unas funciones diferentes que se describen a continuación:

- La plataforma de acceso al terapeuta (administrador) permite:
  - Gestionar y administrar la base de datos de los pacientes de forma centralizada, junto con los resultados de tratamiento de cada uno de ellos.
  - Crear sesiones y protocolos de tratamiento personalizados mediante material multimedia que se asignan a los distintos pacientes, los cuales pueden visualizar dichas sesiones accediendo a través de la plataforma del paciente.
  - Asignar protocolos de evaluación que permitan el seguimiento de cada paciente, y con ello poder valorar su evolución a lo largo del tratamiento.
- La plataforma de acceso para el paciente por su parte permite:
  - Aplicar protocolos de evaluación de forma remota.
  - Visualizar las sesiones que el terapeuta ha enviado en un entorno 3D de realidad virtual simulada, que permite potenciar la experiencia de la terapia.
  - Al acabar cada sesión de terapia, el paciente puede navegar por el entorno de realidad virtual simulado, para reflexionar sobre la sesión realizada en un contexto seguro.
  - Repetir cada sesión cuantas veces quiera el paciente para repasar o refrescar ciertos puntos vistos en terapia.

Este sistema está compuesto por diversos contenidos multimedia como pueden ser audios, imágenes, vídeos y texto (música, grabaciones en voz, fotos, frases) que el terapeuta podrá utilizar para configurar las distintas sesiones de tratamiento, de manera que sean lo más personalizadas posible a las necesidades particulares de cada paciente. Asimismo, el terapeuta podrá agrupar varias sesiones para dar lugar a un protocolo de tratamiento completo, optimizando el tiempo empleado en la preparación de la terapia y pudiendo compartirlo con otros terapeutas. TEO permite también estudiar qué componentes terapéuticos han sido mejor representados y, con ello, mejorar las sesiones de tratamiento.

Antes y después de realizar cada sesión, cada paciente responde una serie de preguntas sobre: su capacidad de afrontar eficazmente los problemas (0-10), estado de ánimo (1-7), con qué intensidad sienten cada una de las siguientes 7 emociones (1-7): alegría, tristeza, enfado/rabia, sorpresa, ansiedad, relax/tranquilidad y vigor/energía y, por último, eligen el entorno en el que quieren navegar, una playa o un campo. Tras esta pequeña evaluación, los pacientes pueden ver las sesiones nuevas que ya tienen disponibles y las ya realizadas, pudiendo acceder a la que deseen. Una vez finalizada la sesión los pacientes pueden navegar por el entorno virtual tanto tiempo como deseen para reflexionar sobre la información recibida.

TEO ofrece la ventaja de contener elementos atractivos y variados que unidos a su facilidad de uso aumentan la probabilidad de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, así como facilitar el trabajo del terapeuta a la hora de diseñar las tareas para casa de cada paciente.

#### • Procedimiento

Las tres pacientes de fibromialgia utilizaron TEO de manera autoaplicada durante 4 semanas tras finalizar el tratamiento presencial en grupo. El tratamiento en grupo consistió en seis sesiones aplicadas en tres semanas (2 sesiones por semanas) que las que se enseñaba a las pacientes distintas estrategias de afrontamiento del dolor, destacando la programación de actividades significativas, equilibrando periodos de actividad y descanso. Este componente se apoyaba de ejercicios de inducción de emociones positivas para aumentar la motivación y de estrategias de mindfulness para fomentar la aceptación de las experiencias.

La plataforma TEO FM contó con 4 sesiones de refuerzo y afianzamiento de los conocimientos adquiridos en terapia presencial, para consolidar las estrategias aprendidas y su uso a medio y largo plazo. El contenido de cada sesión se especifica a continuación.

Durante la primera sesión se introducía el componente físico y emocional así como la programación de actividades. La tarea sugerida en esta primera sesión era pensar y plantear actividades agradables, pequeñas acciones que pudieran introducir en su vida cotidiana como pasear, leer o cocinar. Podían utilizar las actividades que hubieran propuesto durante la terapia presencial. Como apoyo multimedia se presentaban dos poemas dirigidos a motivar a las pacientes para que realizaran esas actividades: «No te rindas» y el «Cuento del león».

En la segunda sesión se profundizaba más en el componente emocional y en la importancia de las emociones positivas. Se les sugería como actividad que escribieran 3 cosas positivas que les hubieran ocurrido ese mismo día. En esta sesión se visualizaban tres vídeos con cuentos e historias para fomentar la ocurrencia de emociones positivas: vídeo con carteles de marcianitos, el vídeo de «Sonreír es divertido» y el cuento de las ranitas.

La introducción al mindfulness con la puesta en práctica de ejercicios sobre ello, y la visualización del vídeo *Hoy empieza un nuevo día* se realizaba en la tercera sesión.

Por último, la cuarta sesión se dedicaba a la prevención de recaídas, empleando metáforas, heurísticos y el cuento «¿Quién se ha llevado mi queso?».

Tras la práctica con TEO en casa durante cuatro semanas se citó a las pacientes en una sesión individual para evaluar el grado de aceptación y satisfacción con la herramienta.

## Resultados

Las pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción con la herramienta y una opinión muy positiva sobre la misma. Sus valoraciones medias respecto a cada pregunta, valoradas en una escala de 0 a 10 se reflejan en la tabla 1:

Tabla 1  
Media de las valoraciones de las pacientes, de los ítems 1 al 6 en la escala de satisfacción con el tratamiento (adaptado Borkovec & Nau, 1972)

PREGUNTA	$\bar{X}$ SATISFACCIÓN
¿En qué medida le ha parecido lógico el programa?	8,6
¿En qué medida le ha satisfecho el programa de tratamiento que ha recibido?	9
¿En qué medida le recomendaría este programa de tratamiento a un amigo que tuviera su mismo problema?	9,3
¿En qué medida cree que este programa de tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?	9,3
¿En qué medida cree que el programa de tratamiento le ha resultado útil en su caso?	9
¿En qué medida este programa de tratamiento le ha resultado aversivo?	0

Respecto al ítem 7 del cuestionario en el que se valorar por separado cada uno de los elementos multimedia empleados en las sesiones, se presentan las opiniones de las tres pacientes a continuación:

Tabla 2

*Media de valoración de satisfacción y utilidad de cada elemento multimedia de TEO por parte de las pacientes*

ELEMENTO MULTIMEDIA	$\bar{X}$ SATISFACCIÓN	$\bar{X}$ UTILIDAD
«Cuento del león»	9,3	9
«Cuento de las ranitas»	9,3	9
Video con carteles de marcianitos	9,3	9
Video <i>Hoy empieza un nuevo día</i>	9,3	9
Cuento «¿Quién se ha llevado mi queso?»	9,6	9
Video heurísticos	6,6	9
Imágenes	7,6	7,6
Ejercicios propuestos	8,6	8,6
Cualidades de la voz / Audio	6,6	9

Por último, se presentan las respuestas referentes a las preguntas cualitativas de la escala empleada:

Tabla 3

*Respuestas de las pacientes a las preguntas cualitativas sobre TEO*

1. <sup>a</sup> PREGUNTA:	<i>¿QUÉ ES LO QUE MÁS LE HA IMPACTADO DE LAS SESIONES?</i>
Opinión paciente 1 (OP1)	«Ver el lado positivo de las cosas»
Opinión paciente 2 (OP2)	«Los cuentos y ejemplos»
Opinión paciente 3 (OP3)	«Los cuentos y las imágenes»
2. <sup>a</sup> PREGUNTA:	<i>¿POR QUÉ?</i>
OP1	«Porque si valoras más las cosas positivas que te da la vida, las negativas pierden importancia»
OP2	«Me hacen ver que puedo hacer lo que me proponga y no tener miedo al fracaso»
OP3	«Porque las imágenes están muy acertadas y te impactan y llegan al interior»
3. <sup>a</sup> PREGUNTA:	<i>¿HARÍAS ALGÚN CAMBIO AL SISTEMA?</i>
OP1	«Haría la imagen virtual más realista»
OP2	«Me parece bien así»
OP3	«Las sesiones personales (cara a cara) son más afectivas»

## Discusión y conclusiones

Los resultados preliminares obtenidos en este estudio nos aportan información acerca de la aceptación del sistema en pacientes con FM, los cuales lo valoran de manera muy positiva y como nada aversivo, y nos ayudan a continuar con la validación de TEO como una herramienta para que las pacientes recuerden, repasen y mantengan en práctica las estrategias aprendidas en terapia y puedan consolidar lo aprendido.

TEO es un sistema todavía en proceso de validación, por ello resulta de gran utilidad saber la valoración que las pacientes hacen de este programa en su conjunto, así como de cada uno de sus elementos por separado para poder continuar mejorándolo y, con ello, optimizar los beneficios que pueda aportarles en el mantenimiento a largo plazo de los conocimientos y estrategias aprendidas durante la terapia.

Este estudio de aceptación nos ha permitido descubrir algunas de las limitaciones que presenta el sistema TEO para poder mejorarlo. En primer lugar esta herramienta no envía ningún tipo de aviso a los participantes cuando tienen disponible una nueva sesión. Podría ser interesante que los pacientes pudieran recibir, de manera automatizada, un sms a sus teléfonos móviles o un correo electrónico como aviso para que accedan cuando quieran para visualizar la sesión que sus terapeutas les han preparado, sin necesidad de que sea el propio terapeuta el que le comunique al paciente la existencia de una nueva sesión. Por otro lado, esta herramienta no da *feedback* al terapeuta, sobre las actividades que realizan los participantes en el sistema (por ejemplo, escribir cosas positivas que le hayan pasado en el día de hoy).

Estos datos preliminares nos aportan información valiosa para continuar mejorando TEO y conseguir que sea una herramienta lo más útil y eficaz posible para la mejora del tratamiento y consolidación de las estrategias aprendidas en terapia.

## Referencias bibliográficas

- Bassols Farrés, A., Bosch Llonch, F. & Eladi Baños, J. (2000). Epidemiología del dolor en la población general, *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15, 149-158.
- Bernard, A. L., Prince, A. & Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyagia patients. *Arthritis Care & Research*, 13, 42-50.
- Borkovec, T. D. & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M. & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40, 155-170.
- Dailey, P. A., Bishop, G. D., Russell, I. J. & Fletcher, E. M. (1990). Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17, 1380-1385.
- De Andrés Ares, J., Monsalve, V., Soriano, J. F. & Soucase, B. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida: relaciones entre las variables en una muestra de pacientes diagnosticados de fibromialgia. *V Congreso de la SED (Sociedad Española de Dolor)*.
- Documento de la SER (Sociedad Española de Reumatología) sobre tratamiento de la Fibromialgia. Reumatismos. (2005); septiembre - octubre.
- EPISER Study Group: Mas, A. J.; Carmona, L., Valverde, M. & Ribas, B. (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.

- Gamero Ruiz, F., Gabriel Sánchez, R., Carbonell Abello, J., Tornero Molina, J. & Sánchez-Magro, I. (2005). Pain in spanish Rheumatology outpatient offices: EPIDOR epidemiological study. *Revista Clínica Española*, 205, 157-163.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C., Contreras, F. & Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud*, 16, 129-138.
- Hudson, J. L. & Pope, H. G. (1989). Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of affective spectrum disorder? *Journal of Rheumatology*, 16, 15-22.
- Kosek, E. & Hansson, P. (1997). Modulatory influence on somatosensory perception from vibration and heterotopic noxious conditioning stimulation (HNCS) in fibromyalgia patients and healthy subjects. *Pain*, 70, 41-51.
- Lautenbacher, S., Rollman, G. B. & McCain, G. A. (1994). Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia. *Pain*, 59, 45-53.
- Martínez, J. E., Barauna Filho, I. S., Kubokawa, K., Pedreira, I. S., Machado, L. A. & Cevalco, G. (2001). Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 items short-form study. *Disability and Rehabilitation*, 23, 64-68.
- Monsalve, V. (2001). *Perfil psicológico del paciente con fibromialgia*. En Muriel, C. (coord.). *Fibromialgia reunión de expertos*. Universidad de Salamanca. Fundación Grüenthal, 47-58.
- Nicholas, M. K., Wilson, P. H. & Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 339-347.
- Okifuji, A., Turk, D. C. & Sherman, J. J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *Journal of Rheumatology*, 27, 212-219.
- Rosenstiel, A. & Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristic and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Sourcase, B., Monsalve, V., Soriano, J. F. & de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 353-359.
- Soriano J. & Monsalve V. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9, 13-22.
- Turner, J. A., Jensen, M. P. & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Ubago Linares, M. C., Ruíz Pérez, I., Bermejo Pérez, M. J., De Labry Lima, A. O. & Plazaola Castaño, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 683-695.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. *et al.* (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.

## Spanish version of the survey of pain attitudes (SOPA-B) in patients with fibromyalgia

### Preliminary data

GUADALUPE MOLINARI  
molinari@uji.es

EVA DEL RÍO  
Eva.delrio@uji.es

ALBERTO GONZÁLEZ ROBLES  
al117136@uji.es

ROCÍO HERRERO CAMARANO  
rherrero@uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA  
botella@uji.es

### Abstract

**Introduction:** Fibromyalgia (FM) is a chronic musculoskeletal pain condition of unknown etiology, often accompanied by fatigue, sleep disturbance and depressed mood. It is a complex syndrome involving biological, psychological and social factors which causes a negative impact in the patient's quality of life. Biopsychosocial models of pain hypothesize that patient attitudes and beliefs about pain play a key role in the adjustment to chronic pain. For that reason, a number of self-report instruments have been developed to assess those constructs. The Survey of Pain Attitudes (SOPA) is one of the most commonly used measures of pain beliefs having shown good psychometric properties. For this study, we used the SOPA-B (brief version) to preliminary test its validity in a sample of Spanish women diagnosed with FM. **Aim:** To develop a Spanish adaptation of the SOPA-B and examine its factor structure preliminarily. **Methods:** 258 female patients with FM (ACR, 1990) were administered the SOPA-B. **Results:** Factor analyses supported a six-factor structure: Solicitude, Emotion, Disability, Harm, Control and Medical Procedures, consisting of 28 items. The Spanish-SOPA-B showed to be a reliable measure as demonstrated by the scales Cronbach's alpha (ranging from 0.83 to 0.60). **Conclusions:** The adaptation and translation process of the SOPA, led to the confirmation of five of the original scales of this questionnaire in a different cultural group. These findings are promising and indicate that the Spanish-SOPA-B has good reliability and validity properties. Further studies are needed to confirm these preliminary findings.

**Keywords:** Fibromyalgia, Attitudes, Assessment, Spanish Validation, Survey of Pain Attitudes.

**Introducción:** La fibromialgia (FM) es una condición de dolor musculoesquelético crónico de etiología desconocida, a menudo acompañado de fatiga, alteraciones del sueño y estado de ánimo depresivo. Es un síndrome complejo que involucra factores biológicos, psicológicos y sociales que provoca un impacto negativo en la calidad de vida del paciente. Modelos biopsicosociales del dolor tienen la hipótesis de que las actitudes del paciente y sus creencias acerca del dolor juegan un papel clave en la adaptación al dolor crónico. Por esa razón, una serie de instrumentos de autoinforme se han desarrollado para evaluar aquellos constructos. El Cuestionario de Actitudes hacia el Dolor (SOPA) es una de las medidas más utilizadas para evaluar las creencias hacia el dolor y ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas. Para este estudio, se utilizó la versión breve del SOPA-B para evaluar su validez en una muestra de mujeres españolas con diagnóstico de FM. **Objetivo:** Desarrollar una adaptación española del cuestionario SOPA-B y examinar su estructura factorial de manera preliminar. **Método:** A 258 mujeres con FM (ACR, 1990) se les administró el cuestionario SOPA-B. **Resultados:** Los análisis factoriales dieron como resultado una estructura de seis factores: Solicitud, Emoción, Discapacidad, Daño, Control y Procedimientos Médicos, que consta de 28 ítems. La versión española del SOPA-B demostró ser una medida fiable como lo demuestran las escalas alfa de Cronbach (que van desde 0,83 hasta 0,60). **Conclusiones:** El proceso de adaptación y traducción del cuestionario SOPA confirmó cinco de las escalas originales de este cuestionario en un grupo cultural diferente. Estos hallazgos son prometedores e indican que la versión en español del SOPA-B es un instrumento fiable y válido. Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos preliminares.

**Palabras clave:** fibromialgia, actitudes, evaluación, validación, Cuestionario de Actitudes hacia el Dolor.

## Introduction

Fibromyalgia (FM) is a chronic musculoskeletal pain condition of unknown etiology, often accompanied by fatigue, sleep disturbance and depressed mood. The American College of Rheumatology (ACR, Wolfe, Smythe, Yunus, *et al.*, 1990) FM classification criteria require tenderness on pressure in at least 11 of 18 specified sites and the presence of widespread pain, although these criteria are being revised and there has been already a publication with recommendations for the improvement of the diagnosis of FM (Wolfe *et al.*, 2010). This condition is becoming an important public health problem, because FM sufferers are high users of health care services (Bombardier & Buchwald, 1996; Penrod, *et al.*, 2004). It is estimated that between 2 and 4 % of the general population suffer FM (Mease, 2005).

FM is a complex condition involving biological, psychological and social factors which causes a negative impact in the patient's quality of life. Biopsychosocial models of pain (Flor & Turk, 2011) integrate behavioural, affective and cognitive variables and hypothesize that patient's attitudes and beliefs about pain play a key role in adjustment to chronic pain (Engel, Jensen, Ciol & Bolen, 2012; Jensen *et al.*, 1994). Patients' beliefs about their symptoms have shown to affect their behavior, physical function status, pain severity, pain tolerance, mood, coping, adaptation and the number of physician visits even when no objective differences in physical pathology were found (Flor & Turk, 1988, 2011; Jensen *et al.*, 1999; Turner, Jensen &



Romano, 2000; Turk, Okifuji, Starz & Sinclair, 1996). In studies of patients with FM two cognitive factors, locus of pain control and catastrophizing have been associated with affect, symptom severity and disability. Apparently, in comparison with other chronic pain conditions, FM patients have a more external locus of control what causes more disability, symptom severity and affective distress (Burckhardt & Bjelle, 1996; Gustafsson & Gaston-Johansson, 1996; Mccarberg, Wolf, Oliver, Fakhry, Walen & Cronan, 2002; Pastor, Salas, Lopez, Rodriguez, Sanchez & Pascual, 1993). Catastrophizing is one of the strongest pain predictors (Sorbi *et al.*, 2006) and in patients with FM, catastrophizing is strongly correlated with increased attention to pain and greater vigilance to bodily sensations (Edwards, Bingham, Bathon & Haythornthwaite, 2006). These factors and their influences have been studied especially when it comes to treatment outcomes. Individual's beliefs about pain can importantly influence adherence to treatment, treatment response, and long term outcomes to both physical and psychologically oriented treatments (Jensen, Turner & Romano, 2007; Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000; Williams & Claw, 2009; Williams & Keefe, 1991; Williams, Robinson, & Geisser, 1994). For that reason, research suggests that in addition to pain, the assessment of FM should include other measures that impact the patient's quality of life such as physical function, fatigue, sleep, mood, cognitive dysfunction, tenderness and patient global impression of wellbeing (Mease *et al.*, 2007; Mease *et al.*, 2008). These findings have been supported by organizations such as The Outcomes Measures in Rheumatology (OMERACT) (Tugwell *et al.*, 2007) and the Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) (Dworkin *et al.*, 2008). This initiative is also focused upon validating assessment instruments that capture domains of relevance that exceed a specific focus on pain (Williams & Clauw, 2009).

To assess pain-related cognitions a number of instruments have been developed like the Cognitive Errors Questionnaire (Lefebvre, 1981), the Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBPI; Williams & Thorn, 1989) and the Survey of Pain Attitudes (SOPA, Jensen *et al.*, 1987) among others. The SOPA is one of the most commonly used measures to assess beliefs in studies of patients with chronic pain. The original SOPA contains 57 items that assess 7 pain-related beliefs: the extent to which patients believe they can control their pain (Pain Control), the extent to which patients believe they are unable to function because of pain (Disability), the extent to which patients believe that pain means they are doing exercise that is damaging themselves and that they should avoid that activity (Harm), the extent to which patients believe that their emotions impact their pain (Emotion), the extent to which patients believe that medications are an appropriate treatment for chronic pain (Medication), the extent to which patients believe that others should be solicitous in response to their experience of pain (Solicitude), and the extent to which patients believe in a medical cure for their pain problem (Medical Cure). Many adaptations of the SOPA have been developed, including brief versions to address the issue that its length might limit its utility in some research and clinical settings (Tait & Chibnall, 1997; Jensen, Turner & Romano, 2000; Jensen *et al.*, 2003). The SOPA has showed good psychometric properties in English-speaking populations (Jensen *et al.* 1987, 1994, 2000; Tait & Chibnall, 1997), Portuguese-speaking populations (Pimenta & Cruz, 2006; Pimenta, Kurita, Silva, & Cruz, 2009), French-speaking populations (Duquette, McKinley & Litowski, 2005; Grisart, Masquelier & Ophoven, 1999) and has recently demonstrated its validity in Chinese-speaking populations (Wong, Jensen, Mak & Fielding, 2011).

The aim of the present study was to assess the applicability of a Spanish version of the SOPA-B to patients with FM, a specific subsample of patients with chronic pain, by measuring its psychometric properties. Therefore, there were two goals of the present study: first, to translate and validate the SOPA-B in the Spanish language and, second, given that all the previous adaptations of the SOPA have been made on mixed chronic pain populations, to examine the utility of this version in a specific chronic pain population, FM patients.

## Method

### *Participants*

The sample was composed of 258 participants suffering from FM. Participants were recruited partly (N=128) from the Rheumatology Unit of Castellón General Hospital. The rest of the sample (N=130) was recruited from an online survey.

Of the 258 participants (254 women and 4 men), aged 18-77 (mean 46.9; SD= 10.1 years). 82.9 % of the sample were from Spain, 6.2 % from Argentina, 3.5 % from México, 1.9 % from Venezuela, 1.6 % from Colombia, 0.8 % from Chile, Uruguay and Peru, and a 0.4 % from Andorra, Honduras, Panama and Puerto Rico. Most of the sample (39.1 %) had an elementary level of education. 3.6 % had not finished the elementary studies, 28.1 % had finished high school, and 29.2 % had a university degree. Regarding work status, 69.8 % were active workers, 18.3 % were housewives, 0.9 % were students and 5.1 % did not work. Of those who were not working, 2.1 % were on sick leave, 3.6 % were receiving a pension because of disability and 2.4 % were retired.

On average, patients who participated in the study had suffered from FM a mean of 10.6 years (SD = 9.5), ranging from 1 to 48 years.

In order to be included in the study, patients had to fulfill the American College of Rheumatology criteria for primary FM (Wolfe *et al.*, 1990), according to a diagnosis made by a rheumatologist. All the participants signed a consent form stating their willingness to participate.

### *Translation of the SOPA-B*

Permission to translate and validate the SOPA-B was obtained from the original authors (Jensen *et al.*, 1987). A native Spanish speaker, who was aware of the objective of the SOPA-B, first translated the SOPA-B to Spanish. Then, a bilingual in Spanish and English, who was not familiar with the SOPA-B, performed a back-translation from Spanish to English. Any discrepancies between the Spanish and English translators were solved by agreement. The Spanish version was judged to be an accurate translation of the original English version. The final Spanish version was approved by the original authors.

### *Measures*

The SOPA-brief contains 30 items that correspond to seven domains of beliefs and attitudes towards pain: Pain Control, Disability, Harm, Emotion, Medication, Solicitude and Medical Cure (Tait & Chibnall, 1997). The SOPA has demonstrated good criterion validity, internal consistency and test-retest stability (Jensen *et al.*, 1987, Jensen & Karoly, 1991; Strong, Ashton & Chant, 1992). This instrument was administered as part of an assessment battery.

### *Procedure*

From the total sample of participants, some were recruited from The General Hospital of Castellón, in Spain. Our research team at Labpsitec (Universitat Jaume I) offers psychological treatment and participation in research studies to FM sufferers attending the Rheumatology service of the main public hospital in our area. The rheumatologists gave general information

about the studies conducted at Labpsitec and referred FMS patients interested in participating. All participants attended voluntarily. Once the participants gave written informed consent, the SOPA-B (Tait & Chibnall, 1997) was administered as part of the assessment protocol administered at Labpsitec.

The rest of the sample was recruited online. A link to the study was published in different FM forums and various FM Associations that supported this research by sending a request to participate to their members. Also, public social networks served as a platform to disseminate the information of the study. In order to participate in the study, participants gave informed consent of their willingness to participate. Before the survey was administered, demographic data and information regarding FM diagnosis and symptoms were collected. Participants who did not have a FM diagnosis made by a rheumatologist were excluded from the study. In 12 cases, participants did not have FM diagnosis made by a rheumatologist, resulting in patient exclusion from the study.

### *Data analysis*

Construct validity of the Spanish SOPA-B questionnaire was estimated by an exploratory factor analysis.

Subsequently, internal consistency of the Spanish SOPA-B subscales was assessed using Cronbach's alpha coefficient. This coefficient varies from 0 to 1; the higher the value, the better the reliability. The analysis considered the correlation of each item with the subscale, as well as the change in the Cronbach's alpha coefficient for the event of exclusion of an item.

All statistical analyses were performed with SPSS software, version 15 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

## **Results**

### *Exploratory factor analysis and Criterion validity of the Spanish version of SOPA-B*

The Factorability of the intercorrelation matrix was measured by the Kaiser-Meyer-Olkin test of Sampling Adequacy (KMO). The results obtained from the test revealed that the factor model was appropriate (0.769). An exploratory factor analysis using a Varimax rotation was performed. The factor analysis of the Spanish SOPA-B items yielded 8 factors. The criterion to retain a factor was obtaining an eigenvalue of 1 or higher complemented by the scree test. Together, these factors accounted for 61.695 % of the total variance in the original items (Table 1). Inspection of the varimax rotated solution showed factors to be reasonable representations of five of the seven original SOPA-B subscales: Solicitude (Factor 1), Emotion (Factor 2), Harm (Factor 3), Pain Control (Factor 4), and Disability (Factor 6). Seven items loaded highly on more than one factor. Factor 5 was comprised of medication and medical cure items. Factor 7 also contained a set of medication and medical cure items, as well as items 23 and 26 that belong to the Disability subscale. Finally, Factor 8 was comprised of 3 items that in accordance with the original English version were allocated in the Medical Cure (items 4 and 29) and Medication (item 5) domains. Items 4 and 24 were the only items from these last factors that did not load in any other subscale (see Table 2).

Table 1  
 8 Factor solution by Principal Items loading and Varimax rotation for the Spanish version of the SOPA-B

C	INITIAL EIGENVALUES			EXTRACTION SUMS OF SQUARED LOADINGS			ROTATION SUMS OF SQUARED LOADINGS		
	Total	% of variance	Cum %	Total	% of variance	Cum %	Total	% of variance	Cum %
1	4,979	16,596	16,596	4,979	16,596	16,596	3,294	10,980	10,980
2	4,087	13,624	30,220	4,087	13,624	30,220	3,010	10,033	21,013
3	2,189	7,296	37,517	2,189	7,296	37,517	2,784	9,279	30,292
4	1,950	6,501	44,017	1,950	6,501	44,017	2,735	9,117	39,409
5	1,594	5,313	49,330	1,594	5,313	49,330	2,127	7,091	46,500
6	1,409	4,696	54,026	1,409	4,696	54,026	1,724	5,747	52,246
7	1,206	4,021	58,047	1,206	4,021	58,047	1,555	5,184	57,430
8	1,094	3,648	61,695	1,094	3,648	61,695	1,279	4,264	61,695
9	,946	3,154	64,849						
10	,868	2,892	67,741						
11	,837	2,788	70,530						
12	,783	2,609	73,139						
13	,742	2,474	75,613						
14	,727	2,424	78,037						
15	,680	2,267	80,304						
16	,642	2,141	82,445						
17	,579	1,932	84,376						
18	,521	1,735	86,112						
19	,505	1,683	87,795						
20	,461	1,538	89,332						
21	,443	1,476	90,808						
22	,421	1,403	92,211						
23	,375	1,250	93,461						
24	,363	1,211	94,672						
25	,334	1,112	95,784						
26	,313	1,044	96,828						
27	,282	,941	97,769						
28	,255	,848	98,618						
29	,229	,763	99,381						
30	,186	,619	100,000						

C= Component  
 Cum= Cumulative

The following criterion was adopted for an item to be retained in the factor: a minimum factorial load of 0.3 or more in the domain (Gorsuch, 1983), so that its presence could improve, or at least did not critically worsen, the internal consistency assessed by the Cronbach's alpha.

Table 2  
Correlations between items and factors of the Spanish SOPA-B

	FACTORS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Ítem 1	,152	,409	-,007	,447	,168	,057	-,130	,096
Ítem 2	,259	,175	,230	-,356	,329	,063	-,391	,156
Ítem 3	,811	,211	,009	-,075	-,067	-,008	-,036	,179
Ítem 4	,065	-,049	-,056	,103	,054	-,133	,121	-,774
Ítem 5	,150	-,046	-,193	,156	,430	-,063	,108	,473
Ítem 6	,214	,773	-,031	,028	-,025	,034	,037	,072
Ítem 7	,824	,214	,060	-,067	-,006	,080	,034	-,028
Ítem 8	-,311	,002	-,003	-,188	,605	,008	,057	-,228
Ítem 9	,614	,023	,127	,080	,082	,005	-,133	-,180
Ítem 10	,106	,717	,018	,110	-,119	,133	-,019	,059
Ítem 11	,068	-,153	,796	-,122	-,003	,050	,138	,057
Ítem 12	,054	,236	-,285	,578	-,009	,098	,110	-,131
Ítem 13	,114	-,027	-,053	,063	,787	,000	-,010	,064
Ítem 14	,731	,202	,074	,067	-,023	,191	-,030	-,026
Ítem 15	,242	,788	-,008	-,100	,055	-,039	-,050	-,075
Ítem 16	,191	,145	,669	-,020	-,057	,122	-,111	,050
Ítem 17	,075	,226	-,124	,702	,063	-,079	,090	-,035
Ítem 18	,709	,290	-,141	,057	,023	,115	-,056	,057
Ítem 19	,141	,118	,190	-,054	,080	,633	-,121	,225
Ítem 20	-,071	-,076	-,002	,741	-,080	-,097	-,080	,119
Ítem 21	,007	-,020	,001	,114	,784	-,007	-,036	,045
Ítem 22	,022	-,034	-,154	,711	,129	-,230	,099	-,104
Ítem 23	,057	,059	,172	-,286	-,032	,578	,395	,043
Ítem 24	-,153	-,134	-,090	,161	-,024	-,069	,759	-,121
Ítem 25	,216	,789	-,070	,164	,009	,081	-,033	-,032
Ítem 26	,113	,174	,108	-,424	,013	,355	,487	-,033
Ítem 27	-,026	,002	,775	-,095	-,006	-,023	-,139	-,112

Table 2 (Continuation)  
Correlations between items and factors of the Spanish SOPA-B

	FACTORS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Ítem 28	-,075	-,090	,856	-,208	-,048	,056	,019	-,018
Ítem 29	-,144	,054	-,106	,016	,357	-,253	,497	,380
Ítem 30	,112	,046	-,076	-,085	-,064	,763	-,082	-,079

In order to make the decision regarding the adequate position of an item in a domain, the factorial loads achieved and internal consistency analysis were considered. In the case of items that loaded in more than one factor, if it was possible, the criterion was to support the original English version and to maintain those items in their original subscale. This was the case for items 23 and 26. Following this decision, Factor 7 remained with 3 items: 2, 24 and 29. Alpha's coefficient analysis of Factors 5, 7 and 8 were performed considering different combination of items as well as the possible elimination of those items that loaded in more than one subscale. Hence, the internal consistency analysis, together with the factorial loads achieved, allowed for the decision that the best solution was to allocate items 2, 5 and 29 in Factor 5 and create a new subscale named –Medical Procedures–. This subscale comprises medication and medical cure's items. Also, items 4 (–I do not expect a medical cure for my pain–) and 24 (–My physical pain will never be cured–) were excluded in the Spanish version of the SOPA-B. This decision was taken following several reasons: 1) these items remained alone in a factor (Factor 7 and Factor 8, respectively); 2) these two items did not load in any of the other subscales; and 3) besides analyzing subscales reliabilities, examining meanings of items 4 and 24 revealed that in this specific population of FM patients, those items may not be appropriate (see discussion section).

Table 3 presents the final results of the factorial analysis performed with the 28 items of the first preliminary study for the SOPA-B in the Spanish language.

Table 3  
Final factor solution of the Spanish SOPA-B

Factors	Items
Solicitude	3,7,9,14,18
Emotion	6, 10, 15, 25
Harm	11,16,27,28
Pain Control	1,12,17,20,22
Medical Procedures	2, 5,8,13,21,29
Disability	19,23,26,30

### Internal consistency

Table 4 shows the internal consistency (cronbach's alpha coefficient) of the Spanish so-PA-B and the comparison of our results with the studies in English-speaking populations. The

internal consistency coefficients for the subscales varied from excellent to good (0.83-0.60): *Solicitude* (0.83), *Emotion* (0.82), *Harm* (0.81), *Pain Control* (0.71), *Medical Procedures* (0.61) and *Disability* (0.60).

Table 4  
Cronbach's Alpha Coefficient of the Spanish version of the SOPA-B

Subscales	Spanish SOPA-B
Solicitude	0.83
Emotion	0.82
Harm	0.81
Pain Control	0.71
Medical Procedures	0.61
Disability	0.60

Most of the subscales had good alpha coefficients, three could be considered excellent (> 80) and one could be considered adequate (Jensen, 2003). *Medical Procedures* subscale had a marginal alpha coefficient (0.61) as well as the *Disability* subscale (0.60).

## Discussion

The present study was conducted to explore preliminary the utility of the Spanish SOPA-B on a Spanish-speaking sample of patients with FM, a specific subtype of patients with chronic pain. The importance of this study is that it is the first time that the SOPA, one of the most commonly used questionnaires for assessing patient's attitudes and beliefs about pain, has been applied to FM, a prevalent chronic pain disease.

The adaptation and translation process of the SOPA-B led to the confirmation of five of the scales of this questionnaire in a different cultural group: *Solicitude*, *Emotion*, *Harm*, *Pain Control*, and *Disability*. The exploratory factor analysis revealed that items that represent *Medication* and *Medical Cure* subscales behaved differently than they did in another studies. Our results indicate that these items conceptualization, in a Spanish FM population, seem to overlap in one domain. For this reason, we decided to cluster them in one subscale: *Medical Procedures*. One important difference between the Spanish and English versions of the SOPA-B is that items number 4 and 24 («I do not expect a medical cure for my pain» and «My physical pain will never be cured») in the Spanish version showed weak item-scale correlation. This result indicates the need to review the formulation of these items or eliminate them from the Spanish version of the questionnaire. It is not clear if this finding differ from previous studies because of differences in population (patients with chronic pain and patients with FM) or to language, or to cultural issues. Further research is needed in order to contrast these differences.

The Spanish-SOPA-B showed to be a reliable measure as demonstrated by the scales' Cronbach's alpha (ranging from 0.60 to 0.83).

However, our study has some limitations. We used two administration methods: face-to-face vs web-delivered. This may have influenced some of the results. However, several studies have administered the SOPA via mail or via telephone with good results (Engel *et al.*, 2012; Jensen *et al.*, 2000). Besides, online surveys had shown their efficacy as an assessment method in chronic pain populations and professionals (Kurita, Sjøgren, Juel, Højsted & Ekholm, in press; Varrassi & Müller-Schwefe, 2012) and specifically in FM sufferers (Bennett, Jones, Turk, Russell & Matallana, 2007; Hauser, Zimmer, Felde & Kollner, 2008).

Overall, we believe these findings are promising and indicate that the Spanish-SOPA-B has good reliability and validity. Further studies are needed in order to study other psychometric properties of the instrument.

#### Acknowledgements

The authors thank Javier García Campayo, the Asociación Aragonesa de Fibromialgia (ASAFA) and the Asociación de Enfermos y Familiares de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Salamanca (AFIBROSAL) for its collaboration. We also thank Veronica Todd for her work in the retrotranslation of the SOPA. The research presented in this paper was funded in part by Fundació La Marató de TV3 (Ajuts de la Marató de TV3 2006), Ministerio de Educación y CIENCIA. Spain. PROYECTOS CONSOLIDER-C (SEJ2006-14301/PSIC) and by Fundació Caixa Castelló-Bancaixa (P11B2009-30).

## References

- Bennet, R., Bushmakin, A., Cappelleri, J., Zlateva, G. & Sadosky, A. (2009). Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *The Journal of Rheumatology*, 36 (6), 1304-1311. doi: 10.3899/jrheum.081090.
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J. & Matallana, L. (2007). An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC musculoskeletal disorders*, 8, 27. doi:10.1186/1471-2474-8-27.
- Boomershine, C. S. (2012). A Comprehensive Evaluation of Standardized Assessment Tools in the Diagnosis of Fibromyalgia and in the Assessment of Fibromyalgia Severity. *Pain Research and Treatment*. 2012, 653714. doi:10.1155/2012/653714.
- Burckhardt, C. S. & Bjelle, A. (1996). Perceived control: A comparison of women with fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus using a Swedish version of the Rheumatology Attitudes Index. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25 (5), 300-306.
- Duquette, J., McKinley, P. A. & Litowski, J. (2005). Test-retest reliability and internal consistency of the Quebec-French version of the Survey of Pain Attitudes. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86 (4), 782-788. doi:10.1016/j.apmr.2004.10.024
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Kerns, R. D., Ader, D. N., Brandenburg, N., Burke, L. B., Cella, D., Chandler, J., Cowan, P., Dimitrova, R., Dionne, R., Hertz, S., Jadad, A. R., Katz, N. P., Kehlet, H., Kramer, L. D., Manning, D. C., McCormick, C., McDermott, M. P., McQuay, H. J., Patel, S., Porter, L., Quessy, S., Rappaport, B. A., Rauschkolb, C., Revicki, D. A., Rothman, M., Schmader, K. E., Stacey, B. R., Stauffer, J. W., von Stein, T., White, R. E., Witter, J. & Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Journal of Pain*, 9 (2), 105-121.
- Edwards, R. R., Bingham, C. O., Bathon, J. & Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatism*, 55 (2), 325-332. doi: 10.1002/art.21865.



- Engel, J. M., Jensen, M. P., Ciol, M. A. & Bolen, G. M. (2012). The development and preliminary validation of the pediatric survey of pain attitudes. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 91 (2), 114-121.
- Flor, H. & Turk, D. C. (1988). Rheumatoid arthritis and back pain: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- Flor, H. & Turk, D. C. (2011). *Chronic Pain: an integrated biobehavioral approach*. IASP Press.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grisart, J., Masquelier, E. & Ophoven, E. (1999). [Adaptation et validation en français d'un questionnaire d'attitudes vis-à-vis de la douleur chronique: étude préliminaire]. *Douleur et Analgésie*, 12 (4), 299-303.
- Gustafsson, M. & Gaston-Johansson, F. (1996). Pain intensity and health locus of control: A comparison of patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 29 (2), 179-188.
- Hauser, W., Zimmer, C., Felde, E. & Kollner, V. (2008). What are the key symptoms of fibromyalgia? Results of a survey of the German Fibromyalgia Association. *Schmerz*, 22 (2), 176-183.
- Jensen, M. P. (2003). Questionnaire validation: a brief guide for readers of the research literature. *Clinical Journal of Pain*, 19 (6), 345-352.
- Jensen, M. P., Karoly, P. & Huger, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 393-400.
- Jensen, M. P., Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Romano, J. M. & Turner, J. A. (2003). One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*, 104 (3), 453-469. doi:10.1016/S0304-3959(03)00076-9.
- Jensen, M. P., Romano, J. M., Turner, J. A., Good, A. B. & Wald, L. H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, 81 (1-2), 95-104. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10353497>.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131, 38-47.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. & Lawler, B. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- Kurita, G. P., Sjøgren, P., Juel, K., Højsted, J. & Ekholm, O. (in press). The burden of chronic pain: a cross-sectional survey focussing on diseases, immigration, and opioid use. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959600>
- Lefebvre, M. F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (4), 517-525. doi:10.1037/0022-006X.49.4.517
- Mccarberg, B., Wolf, J., Oliver, K., Fakhry, F., Walen, H. & Cronan, T. (2002). The relationship between health locus of control and well-being in fibromyalgia patients. *Journal of Pain*, 3, 14-14.
- Mease, P., Arnold, L. M., Bennett, R., Boonen, A., Buskila, D., Carville, S., Chappell, A., Choy, E., Clauw, D., Dadabhoy, D., Gendreau, M., Goldenberg, D., Littlejohn, G., Martin, S., Perera, P., Russell, I. J., Simon, L., Spaeth, M., Williams, D. & Crofford L. (2007). Fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 34 (6), 1415-1425.
- Mease, P. J., Arnold, L. M., Crofford, L. J., Williams, D. A., Russell, I. J., Humphrey, L., Abetz, L. & Martin, S. A. (2008). Identifying the clinical domains of fibromyalgia: contributions from clinician and patient Delphi exercises. *Arthritis & Rheumatology*, 59 (7), 952-960.
- Pastor, M. A., Salas, E., Lopez, S., Rodriguez, J., Sanchez, S. & Pascual, E. (1993). Patients' beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. *British Journal of Rheumatology*, 32 (6), 484-489.

- Pimenta, C. A. M. & Cruz, D. A. L. M. (2006). Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a Língua Portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (3), 365-373.
- Pimenta, C. A. M., Kurita, G. P., Silva, E. M. & Cruz, D. A. L. M. (2009). Validity and reliability of the Survey of Pain Attitudes (SOPA-28 items) in the portuguese language. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (spe), 1071-1079. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500011>.
- Podichetty, V. K., Weiss, L. T., Fanciullo, G. J. & Baird, J. C. (2007). Web-based health survey systems in outcome assessment and management of pain. *Pain Medicine*, 8 (3), 189-98.
- Ruiz Pérez, I., Ubago Linares, M. C., Bermejo Pérez, M. J., Plazaola Castaño, J., Olry de Labry-Lima, A. & Hernández Torres, E. (2007). Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia. *Revista Clínica Española*, 207 (9), 433-439. doi:10.1157/13109832
- Stroud M. W., Thorn B. E., Jensen M. P., Boothby J. I. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84 (23), 347-352.
- Tait, R. C. & Chibnall, J. R. (1997). Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain*, 70, 229-235.
- Tugwell, P., Boers, M., Brooks, P., Simon, L., Strand, V. & Idzerda, L. (2007). OMERACT: An international initiative to improve outcome measurement in rheumatology. *Trials*, 8 (38). doi:10.1186/1745-6215-8-38
- Turner, J. A., Jensen, M. P. & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Starz, T. W. & Sinclair, J. D. (1996). Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients, *Pain*, 68 (2), 423-430.
- Turk, D. C. & Gatchel, R. J. (2002). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Tuzun, E. H., Albayrak, G., Eker, L., Sozay, S. & Daskapan, A. (2004). A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 26 (4), 198-202.
- Varrassi, G. & Müller-Schwefe, G. H. H. (2012). The international CHANGE PAIN physician survey: does specialism influence the perception of pain and its treatment? *Current Medical Research and Opinion*, 28 (5), 823-831.
- Williams, D. A., Clauw, D. J. (2009). Understanding fibromyalgia: Lessons from the broader pain research community. *Journal of Pain*, 10 (8), 777-791. doi:10.1016/j.jpain.2009.06.001
- Williams, D. A. & Keefe, F. J. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46 (2), 185-190.
- Williams, D. A., Robinson, M. E. & Geisser, M. E. (1994). Pain beliefs: Assessment and utility. *Pain*, 59, 71-78.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C. & Goldenberg, D. L. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism.*, 33, 160-72.
- Wong, W. S., Jensen, M. P., Mak, K. H. & Fielding, R. (2011). Pain-related beliefs among Chinese patients with chronic pain: the construct and concurrent predictive validity of the Chinese version of the Survey of Pain Attitudes-14 (ChSOPA-14). *Journal of pain and symptom management*, 42 (3), 470-478. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.12.009

## Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad

LAURA ANSÓN LÓPEZ  
al11929@uji.es

LAURA RIPOLLÉS COLOMER  
al120947@uji.es

### Resumen

Innumerables investigaciones ponen de manifiesto que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) supone uno de los retos más complejos a los que puede enfrentarse un psicólogo clínico. La principal característica del TLP es la inestabilidad persistente en todas las áreas de funcionamiento, lo que se traduce en un deterioro importante tanto del propio afectado como de su entorno. Este trabajo se centra en explicar las principales características de dicho trastorno y en la relevancia de encontrar un tratamiento eficaz. Para ello, se describen los componentes de la terapia dialéctica conductual, y se revisan algunas de las investigaciones que dan apoyo empírico a su efectividad en comparación con la terapia cognitiva conductual tradicional. Se analizan los datos recopilados hasta la fecha para orientar el trabajo de futuras investigaciones, intentando así alcanzar una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras clave:** trastorno de personalidad, trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica conductual, Linehan.

### Abstract

Countless studies show that the Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the most complex challenges you may face a clinical psychologist. The main characteristic of BPD is persistent instability in all areas of operation, which results in significant deterioration of both the affected and their own environment.

This paper focuses on explaining the main features of the disorder and the importance of finding an effective treatment. This describes the components of dialectical behavior therapy, and reviewed some researchs concerning empirical support for its effectiveness compared with traditional CBT. It analyzes the data collected to date to guide further research work, thereby attempting to achieve an improvement in the quality of life of these patients.

**Keywords:** personality disorder, borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, Linehan.

## Introducción

Según recoge el DSM-IV-TR (APA, 2000), los trastornos de personalidad se caracterizan por ser patrones permanentes de experiencia interna y comportamiento que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto, que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal o control de impulsos. Estos patrones son persistentes, inflexibles, estables y de larga duración, y su inicio se remonta a la adolescencia o principio de la edad adulta. Se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales, y provocan un deterioro significativo en el individuo.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) agrupa los trastornos de personalidad en tres clústeres o grupos, sobre la base de unas características comunes en los trastornos de cada grupo. Así, los trastornos del clúster A se caracterizan por ser personalidades raras o excéntricas, los del clúster B inestables, erráticas y dramáticas y las del clúster C ansiosas o temerosas.

El objetivo del presente trabajo es analizar las evidencias empíricas acerca de la eficacia de un tratamiento diseñado específicamente para el TLP –la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) propuesta por Linehan (1991)–.

Comenzaremos con una breve definición de las características clínicas del TLP, seguiremos con la presentación de la estructura de la DBT y finalizaremos con el resumen de los estudios hallados sobre la eficacia diferencial de la DBT frente a la Terapia Cognitiva tradicional.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la característica fundamental del TLP es la inestabilidad que se presenta en diversas áreas como la autoimagen, las relaciones interpersonales, los afectos y también la notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de las siguientes características: 1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado, 2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación, 3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable, 4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida), 5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación, 6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días), 7) sentimientos crónicos de vacío, 8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes), 9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

El mayor problema del TLP es la gran cantidad de conductas suicidas y parasuicidas que realizan los pacientes con este diagnóstico, debido a su inestabilidad emocional e impulsividad, así como la presencia de una serie de conductas que interfieren en su calidad de vida (como el abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo o trastornos de la conducta alimentaria). Esta sintomatología es de mayor gravedad al inicio del trastorno aunque suele disminuir gradualmente con la edad, en la mayoría de los casos observados.

Existen datos que sitúan en la población en general una prevalencia del 2 %, con una incidencia desigual por sexos siendo más recurrente en población femenina. De aquí se extrae la importancia de encontrar tratamientos efectivos de cara a la mejoría de la calidad de vida de estas personas puesto que se suelen producir hospitalizaciones frecuentes, problemas en la edad adulta, depresión, baja autoestima...

Por otro lado, es importante destacar a la hora de la elección del tratamiento la alta comorbilidad que presenta con otros trastornos como son los del estado de ánimo, consumo de

sustancias, estrés postraumático, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y otros de la personalidad, puesto que son un aspecto fundamental.

Otro aspecto a tener en cuenta es la dificultad de estos pacientes a la hora de completar el tratamiento debido a las altas tasas de suicidio consecuentes del malestar general que presentan, el frecuente abandono/incumplimiento del tratamiento y abuso de sustancias.

Linehan (1987) propone una aproximación biosocial para explicar el TLP, enfatiza la interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente invalidante. Se añade a la terapia cognitivo-conductual tradicional una perspectiva dialéctica basada en la aplicación de técnicas paradójicas entre lo que se incluye exagerar las conclusiones absolutistas que proporciona el paciente hasta caer en el absurdo.

La terapia cognitivo conductual clásica se centra en conseguir la solución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo, sin embargo, la DBT hace hincapié en la aceptación y la validación para desde ahí conseguir el cambio. Los objetivos principales de esta terapia consisten en modular emocionalidad extrema y reducir las conductas desadaptativas; además de confiar y validar experiencias, emociones, pensamientos y actividades del paciente.

Linehan (1987) reorganiza los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) así determina las áreas problemáticas que más tarde serán las metas de su programa de tratamiento:

- 1) Disfunción emocional: dificultades en la regulación de sus emociones. Tienen una alta reactividad emocional lo que les dificulta volver a su línea base emocional.
- 2) Disfunción interpersonal: mantienen relaciones interpersonales caóticas y realizan esfuerzos frenéticos por evitar el abandono.
- 3) Disfunción comportamental: destacar la impulsividad y las conductas suicidas (desde autolesiones hasta intentos graves de suicidio).
- 4) Disfunción cognitiva: patrón de pensamiento dicotómico que suele ir acompañado de creencias e ideas rígidas.
- 5) Alteraciones de la identidad: sentimientos caóticos de vacío e incertidumbre del propio autoconcepto como identidad sexual, imagen corporal u otros aspectos del sentido de sí mismo.

El aspecto fundamental de la DBT es que el paciente entienda que su patrón de funcionamiento surge de un problema emocional importante y que las conductas límite constituyen intentos del individuo por alcanzar una solución. Los pasos generales de la DBT son los siguientes:

1. *Preparar el escenario*: Acordar metas y orientar al paciente hacia la terapia sin olvidar establecer una sólida relación terapéutica; para ello se utilizan las estrategias de validación y aceptación que resultan fundamentales para el tratamiento.
2. *Aplicar las estrategias esenciales*: Las básicas son las ya anteriormente comentadas (validación y aceptación) junto con la solución de problemas que constituye la base para el cambio, entendiéndose el patrón de funcionamiento del paciente como un problema que causa malestar e interferencia en las áreas vitales. Se analiza de forma conductual dicho problema generando y analizando posibles soluciones y orientando al paciente hacia ella. Dependiendo de las necesidades se programa el entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia del malestar y habilidades sociales.
3. *Equilibrar los estilos de comunicación interpersonal*: Se debe combinar un estilo «recíproco» con uno «irreverente». El primero consiste en manifestar empatía y calidez

hacia las experiencias del paciente, mientras que el irreverente es propio de las tácticas paradójicas; llevar a lo absurdo los argumentos.

4. *Combinar la terapia con el paciente con intervenciones en el ambiente*: En ocasiones el terapeuta realiza intervenciones en el entorno para que el paciente sea capaz de aplicar las estrategias adquiridas en terapia. Comúnmente se invita a familiares a asistir al entrenamiento en estas habilidades para que sean conscientes de los cambios producidos y reaccionen favoreciendo su consolidación.
5. *Tratar al terapeuta*: Linehan recomienda que los casos se lleven en equipo por medio de sesiones clínicas, supervisión del terapeuta y consulta de casos debido a que el patrón de comportamiento disfuncional del paciente repercute de forma negativa en la relación terapéutica (abandono, intento de manipulación...).

En cuanto a la estructura del tratamiento, la DBT se desarrolla en tres fases:

La primera la *fase de pretratamiento*, en la que se establece la relación terapéutica, las metas y los compromisos. Esta primera fase tiene una duración de un año y se lleva a cabo mediante terapia individual, grupal o consultas telefónicas. En esta primera fase se trata de reducir las *conductas suicidas* (que es la principal meta de la terapia, se trata de construir junto al paciente una vida que valga la pena vivirla para no sentir la necesidad de acabar con ella); las *conductas que interfieren con el proceso de la terapia* (como la no asistencia a las sesiones, no colaborar o no cumplir las tareas) y las *conductas que interfieren en la calidad de vida* (como abuso de alcohol, conductas sexuales de riesgo, trastornos alimentarios, depresión... ). Otro objetivo de esta fase es el entrenamiento en *habilidades comportamentales* (como las habilidades de toma de conciencia, de tolerancia del malestar, sociales y de regulación emocional).

La *segunda fase del tratamiento*, esta destinada para aquellos pacientes que presentan comorbilidad con estrés postraumático, mediante técnicas cognitivo-conductuales como la exposición y la reestructuración cognitiva. Es posible asistir también a grupos de autoayuda.

El objetivo fundamental de la *tercera fase* es la consolidación de todo lo aprendido y actúa como una prevención de recaídas. En este punto, el paciente ya debe ser capaz de funcionar de una forma adaptativa, por ello se comienzan a establecer metas realistas con respecto a sus vidas en todas las áreas importantes como son la laboral y la familiar.

Una vez presentada la problemática de este trastorno y la propuesta de Linehan (1987) para su tratamiento, a continuación se resumen las evidencias empíricas halladas acerca de la eficacia diferencial de la DBT frente a la terapia cognitiva tradicional.

## Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en dos de las principales bases de datos a disposición de la comunidad científica: psycINFO y Scopus. El criterio de selección de los trabajos fue que se trataran de estudios controlados que compararan la DBT con la Terapia Cognitivo Tradicional (TCT). Excepto el trabajo de Linehan (1993) se descartaron los estudios en los que los pacientes presentaban comorbilidad de TLP con otros trastornos.

## Resultados

En la tabla 1 se presentan los estudios más relevantes realizados hasta la fecha acerca de la eficacia de la DBT en los trastornos límite de personalidad, que se pasan a explicar a continuación.

Tabla 1  
Resumen de los estudios más relevantes sobre eficacia de la DBT

AUTORES/AÑO	MUESTRA	MESES TRATAMIENTO/ MESES SEGUIMIENTO
Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard (1991) Linehan, Heard, & Armstrong (1993) Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong (1994)	44 mujeres	12/12
Linehan <i>et al.</i> (1999)	28 mujeres	12/4
Turner (2000)	24 hombres	12/-
Koons, Robins, Lindsey Tweed, Lynch, Gonzalez, Morse, Bishop, Butterfield, & Bastian (2001)	20 mujeres	6/-
Verheul, Van Den Bosch, Koeter, De Ridder, Stijnen, & Van Den Brink (2003)	64 mujeres	12/6
Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel, Lieb, & Linehan (2004)	50 mujeres	3/1
Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, Korslund & Lindenboim (2006)	111 mujeres	12/-
McMain, Links, Gnam, Guimond, Cardish, Korman, & Streiner (2009)	180 hombres y mujeres	12/-

Linehan *et al.* (1991, 1993, 1994) son los primeros en realizar un estudio controlado para evaluar la eficacia del DBT. La muestra constaba de 44 mujeres con TLP con repetidos intentos de suicidio y autolesiones recientes; se dividió la muestra en dos partes de forma aleatoria aplicando a un grupo la terapia dialéctica conductual mientras que al otro se le aplicó la terapia cognitiva tradicional (TCT) para este trastorno durante 12 meses de tratamiento y 12 de seguimiento.

Los resultados mostraron los siguiente datos: reducción de la frecuencia y gravedad de las conductas parasuicidas, reducción del número de días de ingreso hospitalario, aumento de permanencia en el tratamiento, decremento en el nivel de ira, y se apreciaron mejorías significativas en medidas que evalúan depresión, desesperanza, razones para vivir e ideación suicida; concluyendo una mejoría en el funcionamiento general de los pacientes.

En 1993, Linehan replica su estudio asignando 12 mujeres con TLP y trastorno de abuso de sustancias a la terapia dialéctica conductual y se compara con un grupo de 16 pacientes tratadas con TCT. Durante 12 meses de tratamiento y 4 de seguimiento.

Los resultados de los análisis indicaron una ventaja en la retención del tratamiento en DBT, así como en las medidas (análisis de orina) después del tratamiento del consumo de drogas. Se observaron diferencias importantes en ajuste social y funcionamiento global. En cambio, no se observaron diferencias entre grupos para autolesiones intencionales, ira, funcionamiento global o ajuste social.

En la primera replicación por investigadores independientes, realizada por Turner (2000), se incluyeron diferencias sustanciales de la terapia dialéctica conductual estándar, como innovación este trabajo se introdujo principios psicodinámicos para conceptualizar la conducta de los pacientes y también en el ámbito emocional y los esquemas cognitivos de las relaciones.

Otra modificación de este estudio respecto a los anteriores, es que no trata de comparar la terapia dialéctica con el tratamiento estándar sino que se aplica el tratamiento desarrollado por Carkuff, que se basa en «comprender de forma empática el sentimiento de soledad el paciente y proporcionar una atmosfera de apoyo para el individuo» (Turner, 2000: p. 416).

Los pacientes fueron seleccionados en una sala de urgencias como consecuencia de un intento de suicidio, la muestra del estudio consta de 24 participantes, incluyéndose por primera vez población masculina, aunque siendo esta muy inferior a la femenina. La muestra se distribuyó en dos grupos de 12 personas. Todos los sujetos de esta muestra eran jóvenes, siendo la media de edad de 22 años. Ambos grupos recibieron tratamiento durante 12 meses.

Los resultados de este estudio indicaron que aunque ambos grupos tendieran a mejorar se presentó una mejoría superior en DBT; se encontraron diferencias significativas en intentos de suicidio y autolesiones intencionales, depresión, días de hospitalización, impulsividad, expresión patológica de la ira, desregulación afectiva y el funcionamiento general.

Un aspecto a resaltar de este trabajo es que es el primero que incluye población masculina ya que aunque su prevalencia en este sector sea menor, es importante estudiar las diferencias en cuanto al sexo y la eficacia de la terapia.

En el estudio realizado por Koons *et al.* (2001) se comparó a 20 mujeres veteranas del ejército americano con TLP que fueron asignadas a dos grupos (DBT y TCT), cada grupo recibió terapia durante 6 meses. Es importante resaltar la falta de fase de seguimiento en este trabajo.

Se concluyó con una reducción de la idea suicida y expresión patológica de la ira, desesperanza y depresión después del tratamiento, se encontró cierta mejoría en conductas parasuicidas y número de ingresos hospitalarios pero no fueron estadísticamente significativos.

Comparando los primeros estudios realizados se resalta como diferencia más significativa entre ambos la conducta objetivo, siendo en el estudio de Linehan la reducción de las conductas parasuicidas; y en el estudio realizado por el equipo de Koons el cambio emocional e interpersonal.

Verheul *et al.* (2003) fueron los primeros en incluir en este tipo de estudio una gran muestra de población, comparando el DBT y la TCT para el tratamiento de mujeres con DBT. Estas estaban siendo atendidas en un centro psiquiátrico y en centros de tratamientos de adicciones en Ámsterdam. Participaron un total de 64 pacientes de los cuales 31 fueron asignadas al grupo de DBT y 33 al grupo TCT. Hubo 6 bajas durante el estudio siendo los grupos finalmente 27 DBT y 31 TCT.

El tratamiento tuvo una duración de 12 meses, mientras que el seguimiento realizado fue de la mitad. Los datos muestran que en DBT se obtuvieron reducciones significativas en conductas autolesivas, y permanecieron más tiempo en el tratamiento. Además, el número de intentos de suicidio era menor aunque no estadísticamente significativo. La DBT era igualmente efectiva en personas con o sin dependencia de sustancias (con datos más favorables hacia el consumo de alcohol).

El estudio de Bohus *et al.* (2004) contaba con una muestra de 50 pacientes hospitalizadas en Alemania, que habían tenido algún intento de suicidio o dos conductas autolesivas los dos años anteriores a la realización del estudio. La asignación a los grupos de los pacientes no fue aleatorizada y se incluyeron 31 mujeres en un programa de tres meses en DBT; y 19 mujeres en el tratamiento estándar.

Al mes del seguimiento, el grupo de tratamiento con DBT mostró cambios en depresión, ansiedad, funcionamiento interpersonal funcionamiento social y autolesiones.

Este estudio presenta una duración considerablemente menor al resto de los analizados, principal aspecto a criticar.



Linehan *et al.* (2006) realizan otro estudio en el que se compara la DBT con un tratamiento aplicado para un grupo de expertos con una orientación psicoanalítica (CTBE), de una duración de un año. Los participantes de este estudio fueron mujeres entre los 18 y los 45 años, que habían intentado suicidarse o autolesionarse al menos una vez en las últimas 8 semanas y dos veces en los últimos 5 años.

Un total de 111 mujeres fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos: 60 a DBT y 51 a TCT. Al final del tratamiento, la muestra se redujo a 101 mujeres. Los resultados del estudio indicaron que aunque había mejoras sustanciales en ambos grupos, el grupo DBT muestra una mejor respuesta al tratamiento; estas pacientes redujeron la frecuencia de intentos de suicidio. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en acciones autolesivas no suicidas, sí se encontró una mayor reducción en el grupo DBT, y un uso menor de los servicios de urgencias. Además, de una menor tendencia de cambiar de terapeuta o de abandono del tratamiento.

Otro estudio controlado (McMain *et al.*, 2009), con 180 participantes que presentaban intentos de suicidio en los últimos 5 años; recibieron un año de tratamiento con DBT o de Tratamiento Farmacológico Sintomático (TFS) más psicoterapia de orientación psicodinámica. Los resultados mostraron que mejora significativamente la sintomatología clínica en el grupo DBT pero en la misma medida que lo hizo la TFS.

## Conclusiones

Tras la revisión de los estudios hasta ahora planteados podemos concluir que, como norma general, encontramos una mayor reducción de la frecuencia y la gravedad de las conductas parasuicidas en los pacientes tratados con DBT en comparación con los que se les administró la terapia tradicional.

Además, se observa en estos mismos pacientes mayor adherencia al tratamiento, lo cual resulta especialmente importante, ya que la tasa de abandono de los pacientes con esta patología suele ser muy elevada como consecuencia de la impulsividad que presentan.

También encontramos una mejora en el funcionamiento global de los sujetos. Cabe resaltar una notable mejoría en la sintomatología depresiva, así como una reducción de la ira, la impulsividad y la desesperanza.

Por otro lado, en cuanto a las ideas suicidas, las autolesiones y los intentos de suicidio también se observa una gran mejoría reduciéndose el número de ocasiones que estos sujetos llevan a cabo estas conductas. Todo ello conlleva un menor número de ingresos y por tanto un menor uso de los servicios de urgencia hospitalarias.

Para terminar, aquellos estudios en los que se incluyó la variable relacionada con el consumo de sustancias los datos indican que también se produce una reducción de estas conductas.

Con todo ello se puede concluir que la DBT es más eficaz para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad que la terapia tradicional. El objetivo de la misma es la mejora de la calidad de vida de los pacientes por lo que, según estos datos, se puede deducir que en mayor o menor medida este objetivo se ve cumplido.

## Discusión

La terapia dialéctica conductual constituye una de las intervenciones más completas y efectivas para el trastorno límite de la personalidad, ya que, si bien su duración es muy similar

a la terapia cognitiva conductual tradicional, los resultados en las conductas y sintomatología de los pacientes resultan mucho más positivos.

Los cambios propuestos por Linehan como pueden ser la reorganización de los criterios diagnósticos, la aceptación y validación de las experiencias vividas por el paciente pueden ser la clave para la obtención de los mejores resultados por parte de la DBT.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la DBT es una terapia creada específicamente para el tratamiento de este trastorno por lo que proporciona unas pautas, y herramientas concretas para el terapeuta; un ejemplo es el protocolo a seguir ante amenazas o intentos de suicidio. Esto supone una ventaja frente a la TCT.

A pesar de las grandes ventajas que presenta esta terapia, se considera recomendable que se realicen más estudios sobre la eficacia en otros entornos terapéuticos como por ejemplo la salud pública, ya que, esta terapia debido a la falta de recursos que presenta la sanidad pública no está al alcance de todos. Por ello, sería interesante adaptar el programa a otros contextos poniendo a prueba su eficiencia.

También sería importante incluir otras variables, como por ejemplo, el sexo puesto que aunque la proporción de sujeto varones afectados sea menor, igualmente necesitan tratamiento.

Por último, aunque ya se ha comenzado a estudiar, todavía queda mucho trabajo por hacer; valorar la eficacia de esta terapia aplicada a otros trastornos, o bien a pacientes que presentan comorbilidad del TLP, ya que es muy común que aparezca conjuntamente con abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, alimentarios, estrés postraumático, déficit de atención e hiperactividad y otros de personalidad.

## Referencias bibliográficas

- APA (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (5), 487-499.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32 (2), 371-390.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51 (3), 261-276.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph Series*, 137, 201-216.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48 (12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63 (7), 757-766.
- Linehan, M. M., Heard, H. & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), 1365-1374.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (4), 413-419.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-Month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*.



## Estudio de caso: aplicación de un tratamiento cognitivo- comportamental para la fibromialgia en una unidad de salud mental

LAURA ANDREU PEJÓ  
al0880632@uji.es

AZUCENA GARCÍA PALACIOS  
azucena@uji.es

### Resumen

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 programas de intervención psicológica cognitivo-comportamentales (TCC) específicos para la FM, 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. 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 terapéutico dadas las largas listas de espera que se sufren en estos dispositivos.

En el presente estudio, pretendemos comprobar, en forma de un estudio de caso, la posibilidad de implantar un programa de tratamiento psicológico (TCC) en grupo en una USM, con el fin de explorar si la paciente con FM puede lograr beneficios en variables psicológicas que impliquen una mejora en el manejo del dolor crónico y por tanto en la calidad de vida. La paciente que participó en el estudio era una mujer de 45 años de edad, diagnosticada de FM. Vivía en pareja y tenía un nivel de estudios primario. Recibió un programa TCC grupal de 12 sesiones. Los resultados en la evaluación postratamiento indicaron que el impacto de la FM en la vida de la paciente, la intensidad e interferencia de la fatiga, la intensidad y la interferencia del dolor y la calidad de vida de la paciente mejoraron tras la terapia. Además, aumentó la utilización de algunas estrategias saludables como la persistencia en la tarea y la búsqueda de apoyo social, disminuyendo la realización de algunas estrategias poco saludables como la vigilancia.

Nuestro trabajo aporta datos preliminares que apoyan la utilidad de los TCC en el tratamiento de la FM en el contexto de la salud mental pública.

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

## Abstract

A Mental Health Unit (MHU) is a service that patients diagnosed with fibromyalgia (FM) attend frequently. 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 these kinds of protocols in MHU. Usually patients with FM receive psychological and psychiatric treatment which is focused on the concurrent pathologies but not specifically focused on the treatment of FM. We specifically recommend that CBT is applied in MHU because they are group treatment programs with a limited number of sessions. It seems to be very attractive from a cost-efficacy therapeutic point of view, due to the long waiting lists experienced in these types of services. The current case study aims to test the possibility of instituting a group CBT treatment in a MHU, with the purpose of exploring if a patient with FM responds positively in different psychological variables which involve an improvement in the control of chronic pain, and therefore, achieves a better quality life.

The participant in our study was a 45 year-old woman diagnosed with FM who lives with her partner and has elementary school studies. The patient participated in a group CBT program of 12 sessions. Results of the post-treatment evaluation showed that FM impact, intensity of and interference from both pain and fatigue, and the perceived quality of life improved significantly after therapy. In addition, the patient increased the use of positive health strategies such as task persistence and looking for social support and reduced the use of negative strategies such as vigilance.

Our work provides preliminary information supporting the use of CBT for FM treatment, in the context of public mental health.

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

## Introducción

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. Es una forma de dolor musculoesquelético, difuso, crónico y benigno de origen no articular de evolución variable y que normalmente aparece asociada a otras patologías, como son la fatiga intensa, las alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción, que serían las manifestaciones clínicas más comunes.

La preocupación por la sintomatología puede convertirse en frustración, miedo y ansiedad. Los pensamientos negativos y las creencias irracionales, pueden hacer que el individuo desarrolle conductas desadaptativas y utilice estrategias de afrontamiento ineficaces para manejar las situaciones de dolor.

Una línea de investigación actual se ha dirigido a la identificación de los factores psicosociales que se consideran determinantes en la adaptación a los problemas de salud crónicos. De estos factores los recursos cognitivos como las *creencias de control*, *los recursos sociales*, *como el apoyo social*, *y las estrategias de afrontamiento*, parecen tener un papel crucial en el estado de salud de aquellas personas con patologías reumáticas y de dolor crónico (Bukelew

*et al.*, 1996; Lackner, Carosella y Feuerstein, 1996; Goldenberg *et al.*, 1995; Nicasio, Schoenfeld-Smith, Radojevic y Schuman, 1995; Parker *et al.*, 1993; Stewart y Knight, 1991).

La patogenia de la enfermedad es desconocida, sin embargo, se ha investigado sobre la hipótesis de una posible alteración en la percepción del dolor, Giralt Celiméndiz (2010) indica que se ha observado en pacientes con FM una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor, por desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central.

La FM es una patología que afecta a las personas de todos los países y colectivos humanos. Según diversos estudios realizados con población americana y francesa, la FM afecta entre el 2 y el 7 % de la población general. 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 %).

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. Los resultados de dichas investigaciones deben dirigirse hacia un objetivo pragmático, es decir, los hallazgos obtenidos a través de la investigación tanto a nivel médico como psicológico deben dar pie a establecer tratamientos de carácter integral que puedan llegar a todas las personas que sufren FM.

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).

Las técnicas cognitivo-comportamentales pueden ayudar a reducir el dolor y la fatiga, aliviar el malestar emocional, mejorar el bienestar, elevar el estado de ánimo y quizás mejorar el funcionamiento físico y social (Friedberg y Jason 2001).

Glombiewski *et al.* (2010) realizó un estudio de meta-análisis de los tratamientos psicológicos en FM, en el que obtuvo algunos resultados importante respecto a las ventajas que demuestra el TCC frente a otros tratamientos psicológicos y no psicológicos con los que se comparó.

La elevada prevalencia de la FM, las limitaciones tanto en su diagnóstico como en su tratamiento y el elevado número de profesionales que intervienen en el cuidado de estos pacientes hace necesaria la creación de una Guía Clínica Integral para la FM para resolver dudas y guiar a los profesionales sanitarios implicados en el diagnóstico y tratamiento de esta patología. Puesto que queda demostrada en las investigaciones científicas, la utilidad de la TCC en los pacientes con FM, cabría esperar la inclusión en dichas guías clínicas de protocolos de tratamiento psicológico que aúnen criterios y establezcan una práctica clínica multidisciplinar e integral basada en la evidencia.

Más allá del problema de crear una guía clínica multidisciplinar, está la cuestión de cómo adaptarla para que resulte eficaz y eficiente en todos aquellos contextos donde se puede atender a la persona que padece FM.

Intentando dar cobertura sanitaria de calidad a los pacientes afectados de dolor crónico, como es el caso de los pacientes con FM, desde los organismos estatales correspondientes se desarrollan en ocasiones documentos específicos que describen los recursos necesarios para crear o mejorar las unidades de tratamiento del dolor y de este modo lograr un nivel asistencial óptimo. En el año 2011 el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad publicó una guía, *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*, cuyo objetivo es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores (públicos

y privados) y profesionales sanitarios, criterios para la organización y gestión de las unidades de tratamiento del dolor.

Actualmente podemos comprobar como algunas de las comunidades autónomas, en base a sus recursos y las demandas de la población, establecen documentos o guías terapéuticas para el manejo clínico de los pacientes con FM en los diversos niveles asistenciales. El objetivo de dichos documentos es, crear una herramienta que ofrezca información actualizada y basada en la evidencia para reforzar los conocimientos de todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de la FM. La mayoría de estos documentos se dirigen a la atención del paciente con FM en el ámbito de la Atención Primaria. Algunos ejemplos son: el *Protocolo de Atención a los Pacientes con FM* publicado en 2010 por el Servicio Murciano de Salud. También el Departamento de Sanidad Eusko Jaularitza/Gobierno Vasco en el año 2006, publicó la *Guía Clínica de actuación para la FM y Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)*. En el año 2011, después de la revisión del Proceso Asistencial Integrado (PAI) para la FM publicado por la Junta de Andalucía en 2005, se publica un documento de consenso de cada centro de salud dependiente del H. U. de Puerto Real (Cádiz).

En prácticamente todos los protocolos, guías o documentos de actualización sobre el tratamiento de la FM se contempla el área psicológica del sujeto. El tratamiento de elección, como ya hemos comentado anteriormente, por su comprobada eficacia en múltiples estudios empíricos es la TCC.

También nos gustaría señalar que algunas de las guías o protocolos de actuación contemplan a las Unidades de Salud Mental como parte del equipo multidisciplinar para completar la asistencia integral a estos pacientes

En las USM se atiende a multitud de pacientes con algún tipo de psicopatología que requiere la atención psiquiátrica y/o psicológica de los profesionales especialistas. En el caso de un paciente con FM, puede ocurrir que sea el propio médico de atención primaria quien diagnostique la FM o también puede que sea otro especialista, como el reumatólogo, quien realice el diagnóstico, en cualquier caso, ambos pueden detectar la necesidad de derivar al paciente a la USM para recibir el tratamiento psicológico correspondiente para su atención integral.

Pese a la existencia de TCC específica para la FM 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. 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 terapéutico dadas las largas listas de espera que se tienen en estos dispositivos.

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 la paciente con FM del estudio puede lograr beneficios en variables psicológicas que impliquen una mejora en el manejo del dolor crónico y por tanto en su calidad de vida.

## Método

### *Participante*

La participante fue derivada desde la consulta del psiquiatra a la psicóloga de la Unidad de Salud Mental 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 paciente en los grupos fueron: 1) haber sido diagnosticadas de FM por un reumatólogo/a de



acuerdo los criterios de la ACR (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.

El tratamiento psicológico en grupo se desarrolló en colaboración con el Grupo de Investigación Labpsitec del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Universitat Jaume I de Castellón.

La participante mostró su acuerdo con el estudio y firmó un consentimiento informado, en el cual se explicaba el procedimiento y las condiciones del tratamiento.

En la tabla 1 se muestra la descripción biográfica de la paciente sujeto del estudio del grupo de tratamiento cognitivo conductual para la FM.

Tabla 1

Mujer de 45 años de edad, vive en pareja desde hace más de 20 años. Su nivel de estudios corresponde a certificado escolar básico y actualmente está en paro. Presenta un 43 % de minusvalía. Tiene 2 hijos adolescentes.

La paciente padece dolor de forma crónica desde hace 5 años, manifiesta que su aparición fue espontánea, pero presenta múltiples antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Fue operada de un quiste benigno hace 16 años, tuvo 2 cesáreas en 1996 y en el 2000, y fue operada del pie derecho en octubre de 2011. Presenta múltiples alergias, está diagnosticada de colon irritable y migraña con aurea. Hace 3 años tuvo un microinfarto cerebral de origen migrañoso. El tratamiento farmacológico actual es el siguiente: amitriptilina y fluoxetina (tratamiento antidepresivo), clopidogrel (tratamiento para problema cardíaco) y, Flunarizina (tratamiento para vértigos). Aunque la edad de aparición de los síntomas sea a los 40 años, la paciente refiere que desde bien joven se sentía siempre cansada y con dolor de piernas.

En relación con el dolor ha visitado múltiples especialistas: Médico general, traumatólogo. Fisioterapeuta y psiquiatra.

En cuanto a su patrón actual de dolor, la paciente manifiesta que el dolor aparece todos los días, ininterrumpidamente y es más intenso a mediodía. Existen una serie de factores que la paciente identifica como agravantes del dolor, entre los que destacan: el frío, la tensión, la humedad, el cambio de tiempo, el cansancio, la falta de movimiento, y sobre todo sentirse deprimida y las discusiones familiares.

En cuanto al patrón de sueño, refiere dormir bien (7 horas diarias), aunque puede tardar en conciliar el sueño hasta 2 horas. No ha modificado su forma de comer desde que empezó el dolor y no sigue una dieta determinada.

La paciente presenta algunos síntomas que acompañan al dolor: *problemas gastrointestinales* (gases, hinchazón abdominal, dolor de estómago o intolerancias alimentarias); *problemas sexuales*, como, indiferencia sexual y *problemas neurológicos* (dolor de cabeza, amnesia, mareo o vértigo, alteración de la coordinación y el equilibrio o visión doble con las migrañas).

*La paciente presenta problemas psicológicos importantes. Es paciente del servicio de psiquiatría de la unidad desde hace algunos años. Fue diagnosticada de depresión con personalidad dependiente y ansiedad. En la entrevista se observa que presenta una baja autoestima y una actitud muy negativa ante sus posibilidades y la vida en general. Es importante destacar algunos factores estresantes que ha vivido y vive actualmente en su vida cotidiana. Comenta que la pérdida de su padre, hace algunos años, fue muy dura para ella. Su pareja presenta, actualmente, un problema de alcoholismo muy grave, la paciente comenta que este es su principal problema –origen y consecuencia de todos sus males– y además actualmente vive una situación económica grave. A pesar de su situación, presenta una buena disposición a mejorar y aprender cómo afrontar los problemas de su vida y entre ellos el problema de dolor crónico.*

### *Instrumentos de evaluación*

En primer lugar se utilizó una entrevista semiestructurada sobre el dolor crónico para recoger información 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 *et al.*, 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). El FIQ es un instrumento específico para la FM, ampliamente validada (Bennet, 2005).

Inventario Breve de Dolor (BPI) (Badia *et al.*, 2003).

Inventario Breve de Fatiga (BFI) (University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, 2004).

Inventario de Afrontamiento del dolor crónico (Jensen, Turner, Romano y Strom, 1995; validado en población española por García-Campayo, Pascual, Alda y González-Ramírez, 2007).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Índice de Calidad de Vida (QLI) (Mezzich, Cohen y Ruipérez, 1999).

Escala de satisfacción con el tratamiento. Al finalizar el tratamiento, la paciente hizo una valoración del grado de satisfacción con el 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, en el que se disponía del material suficiente y la adaptación adecuada a las necesidades que requería cada sesión.

El tratamiento multicomponente consistió 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).

El programa de tratamiento psicológico desarrollado, estaba integrado por los componentes que se describen brevemente a continuación:

*Componente educativo:* Se realizó una introducción respecto a la situación actual que viven las personas que sufren dolor crónico en fibromialgia y los aspectos médicos, psicológicos y sociales relacionados. Se presenta a continuación la teoría de la compuerta de Melzack y Wall (1965) y los factores relacionados con el mantenimiento del dolor, la influencia de las emociones y los aspectos cognitivos relacionados (*Pensamientos catastrofización, las ideas sobrevaloradas y el papel de la atención en la percepción del dolor*). Por último, se explica la base lógica del tratamiento.

*Mindfulness:* Se enseña a las participantes la base teórica del funcionamiento del mindfulness como técnica terapéutica, así como sus ventajas y beneficios. Se proponen dos ejercicios para practicar en sesión lo aprendido, «Observar la respiración» y «Observar con los cinco sentidos» y se proporciona a cada una de las pacientes un registro para la práctica diaria de *mindfulness* como tarea para casa.

**Relajación:** Se proponen y se practican dos tipos de procedimientos de relajación en el programa y se practican ambas en sesión, dándoles a las pacientes la opción de profundizar con la práctica diaria en aquella que mejor se adapte a sus condiciones: «La Relajación Progresiva de Jacobson» y la «Relajación autógena de Schultz».

**Terapia de conducta:** Para trabajar el componente de activación se establece un Programa de Actividades Agradables (PAA). Con ello se pretende aumentar el número y la intensidad de las emociones positivas y enseñar a las pacientes el nivel de actividad adecuado como factor que puede ayudar a afrontar el dolor. Con todo ello conseguiremos además, tratar las conductas de evitación asociadas al dolor. Otra actividad de notable interés es la presentación audiovisual de un vídeo diseñado por el grupo de investigación Labpsitec.

**Terapia cognitiva:** Mediante la terapia cognitiva se pretende abordar los pensamientos, expectativas, actitudes, etc., en el mantenimiento del dolor y, por otro lado, el papel de la atención en la percepción del dolor. Con el trabajo cognitivo se pretende lograr la *decatastrofización*. Se trabaja el cambio de pensamientos mediante el modelo ABCD.

**Entrenamiento en hábitos de vida saludables:** El objetivo esencial es enseñar estrategias para lograr una mejora en la calidad de vida en aspectos relativos a la alimentación, el sueño, las relaciones sexuales, el ejercicio físico y la higiene postural.

**Habilidades de comunicación:** Mejorando las habilidades sociales en comunicación, podemos lograr cumplir algunos objetivos como, mejorar las relaciones sociales, mejorar la autoestima, permitir conocer y practicar la asertividad y disminuir el estrés ante las dificultades y conflictos interpersonales. Este componente se complementa con el trabajo en el entrenamiento de la asertividad y autoestima.

**Resolución de problemas:** La resolución de problemas es un punto fundamental en el programa de tratamiento, se enseña y se practica la técnica de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried.

**Prevención de recaídas:** En la prevención de recaídas se pretende, programar el uso de las habilidades adquiridas una vez finalice el tratamiento y programar cómo actuar en situaciones de alto riesgo.

## Terapeutas

Dos terapeutas participaron en el desarrollo del trabajo en grupo, una terapeuta principal y una coterapeuta (autora de este trabajo). El papel de la terapeuta consistía en aplicar el tratamiento. El papel de la coterapeuta era preparar todos los materiales necesarios para cada sesión y apoyar al terapeuta en la aplicación del tratamiento.

## Procedimiento

La participante fue citada a consulta de psicología para realizar la entrevista y proporcionarle los cuestionarios de autoinforme previo al inicio del tratamiento. Se presentó el consentimiento informado. Después de finalizado el tratamiento se llevó a cabo una nueva evaluación mediante el protocolo postratamiento.

## Resultados

La tabla 2 muestra la puntuación directa de la participante en las variables elegidas para esta investigación en los dos periodos de evaluación: pretratamiento y postratamiento.

Tabla 2  
*Resultados obtenidos en la comparación pretratamiento-postratamiento*

		PUNTUACIÓN DIRECTA PRE-TTO	PUNTUACIÓN DIRECTA POST-TTO
FIQ		67.46	22.23
BDI		31	24
INDICE CV		3	3.6
BFI Intensidad		24	12
BFI Interferencia		44	11
BPI Intensidad		26	18
BPI Interferencia		49	21
CPCI	Vigilancia	4	2.4
	Descanso	5.14	3.71
	Pedir ayuda	4.5	2.75
	Relajación	1.42	1.71
	Persistencia T.	1.33	2.66
	Ejercicio	1.66	3.08
	Autoafirm. autoayu.	1.5	2
	Búsqueda de apoyo social	1.5	1.75

Las puntuaciones en el FIQ mostraron una muy notable disminución del impacto de la FM en la vida de la paciente en el postratamiento.

Tanto la intensidad como la interferencia de la fatiga en la realización de las actividades, se ven disminuidas de manera importante en los resultados del postratamiento.

Se observa una disminución en la puntuación de la intensidad y la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria en el postratamiento.

Aparece una mejora en las puntuaciones respecto a la percepción de la calidad de vida medido con el QLI.

Se observa una disminución en la puntuación del BDI en el postratamiento.

Los resultados en relación al uso de estrategias de afrontamiento, van todas en la dirección de lo esperado, pero cabe destacar la obtención de algunas diferencias significativas:

Se observa una disminución en el postratamiento en la puntuación respecto a las estrategias poco saludables, sobretudo el nivel de vigilancia, pero también descanso y pedir ayuda.

Se observa un aumento importante en la puntuación en el postratamiento en las estrategias saludables sobre todo la persistencia en la tarea, y el ejercicio pero también relajación y autoafirmaciones de autoayuda.

Aparece también un aumento en la puntuación de la variable búsqueda de apoyo social como estrategia neutra en las puntuaciones del postratamiento.

Se observa un aumento en la puntuación de la evaluación de la estrategia de búsqueda de apoyo social.

La participante calificó su nivel de satisfacción con el TCC recibido en una escala de 0 a 10, con una puntuación de 10.

## Discusión y conclusiones

El presente estudio pretende analizar la posibilidad de llevar a cabo un programa cognitivo-comportamental en grupo, en el contexto de una USM, con la finalidad de obtener datos preliminares de la posibilidad de aplicar tratamientos psicológicos ampliamente recomendados por la literatura científica actual en este contexto.

Los resultados muestran una mejora en la puntuación del FIQ en el postratamiento. 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 la paciente. La disminución en la puntuación de FIQ 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. La mejora en todas estas variables puede suponer un avance importante en la vida de las pacientes con FM, sentir que la enfermedad repercute en menor medida es un avance importante en la adaptación a la enfermedad.

La fatiga constituye uno de los síntomas más comunes y problemáticos en los pacientes con FM. Se ha demostrado, en algunos estudios, que estaba presente entre el 78 y el 94 % de los pacientes (Wolfe *et al.*, 1990) y que es un síntoma más prevalente en la FM que en otras entidades reumatológicas. Nuestros resultados muestran una disminución muy importante tanto en la interferencia como en la intensidad de la fatiga que siente la paciente una vez finalizado el tratamiento. Las puntuaciones tanto en interferencia como en intensidad de la fatiga en el pretratamiento son bastante elevadas, lo cual indica que este síntoma tenía un peso importante en la enfermedad para la paciente. Por tanto, podemos decir que este resultado evidencia una mejora notable en uno de los síntomas más importantes de la enfermedad y uno de los que provocan mayores dificultades.

El dolor generalizado es el síntoma cardinal de la FM, que puede variar en su intensidad y cuya presencia es esencial para el diagnóstico. En los resultados del presente estudio se observan cambios notables tanto en la intensidad, como en la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria. El cambio en la interferencia del dolor, podría atribuirse a una mejora en el aprendizaje del manejo del dolor. La paciente puede haber aprendido habilidades que le ayuden a afrontar el dolor de modo que no interfiera tanto en el desarrollo habitual de su vida. Del mismo modo este aprendizaje puede repercutir en un mejor manejo de todos los factores que regulan la intensidad del dolor, Aprender estrategias como controlar las cargas físicas o las posturas que deben evitar, practicar la relajación o alternar adecuadamente los periodos de actividad/descanso (temas incluidos en el contenido del TCC) pueden ayudar a controlar la interferencia e intensidad del dolor en la realización de actividades de la vida diaria, pero además aprender estrategias que permitan modular la activación emocional, es esencial para controlar el dolor crónico.

En cuanto a la evaluación de la sintomatología depresiva, a pesar de que la puntuación en el BDI en el postratamiento sigue siendo bastante elevada se observa una disminución muy importante respecto a la puntuación en el pretratamiento. El TCC para la FM gracias a sus componentes ha podido influir en la mejora del estado de ánimo de la paciente a pesar de que su situación personal siga siendo complicada y problemática. Además, no debemos pasar por alto que se trata de una paciente con patología psiquiátrica comórbida y que recibe tratamiento psicofarmacológico de forma paralela que también puede influir en la mejora de su estado de ánimo.

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 su vida. Dichas estrategias fueron medidas mediante el CPCI. Los resultados indicaron que los cambios iban todos en la dirección esperada, aunque hubo algunos cambios sustanciales.

El programa de TCC incluye componentes relacionados con el aprendizaje de habilidades de afrontamiento que se consideran positivas o saludables, ya que aumentan el repertorio de estrategias de las pacientes para lidiar con el dolor. Los resultados demuestran un aumento muy notable en la variable de *persistencia en la tarea*, lo cual puede indicar que la paciente no abandona las actividades que emprende con tanta prontitud y que a pesar del dolor pueden tal vez llegar a finalizar alguna de ellas. En cuanto a la utilización del *ejercicio* como estrategia de afrontamiento, se aprecia un aumento importante en la utilización de dicha estrategia, lo cual indica que la paciente ha adquirido la capacidad organizativa y el manejo efectivo del dolor crónico de manera que le permita realizar ejercicio de forma beneficiosa para su salud.

A pesar de no ser cambios muy notables, se observa en los resultados un aumento en la variable que mide la utilización de la *relajación* y de *autoafirmaciones* como estrategia de afrontamiento, 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, una disminución notable en la *vigilancia*. Esta variable evalúa en qué medida la paciente está pendiente de sus propios síntomas, es decir, evalúa la excesiva atención a la propia sintomatología de la FM, por tanto una disminución en la puntuación de dicha variable en el postratamiento, 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 constante a la propia sintomatología hacia otras circunstancias externas y diferentes al propio cuerpo. La utilización del *descanso* y *pedir ayuda* se consideran variables poco saludables porque suponen una excesiva inactividad, que en FM puede resultar poco beneficiosa. Es importante tener en cuenta que las puntuaciones disminuyeron en ambas variables después del programa de tratamiento.

Por otro lado cabe destacar que, aunque la estrategia de *búsqueda de apoyo social* se considere neutra, es importante tener en cuenta esta mejora en los resultados. El apoyo social puede ser una herramienta clave en determinados momentos de la vida de una paciente con FM, sentirse comprendido, respetado y apoyado favorece nuestra autoestima y afianza las relaciones con los demás. Teniendo en cuenta la mejora en la puntuación de esta variable, es posible que la paciente haya aprendido con el módulo de comunicación y asertividad que incluye el programa de tratamiento, habilidades que faciliten una mejora en su comunicación con los demás.

Es muy importante destacar la mejora en la percepción de la calidad de vida, puesto que puede indicar que la paciente, haciendo uso durante el programa de tratamiento de las estrategias entrenadas, valora que su vida puede mejorar en algunos aspectos de los evaluados en el QLI, como son, el bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida.

Nuestros resultados van en la línea de los estudios que apoyan que variables psicológicas como *creencias de control*, *los recursos sociales*, *como el apoyo social*, *y las estrategias de afrontamiento*, parecen tener un papel importante en el estado de salud de las personas que sufren dolor crónico (Bukelew *et al.*, 1996; Lackner, Carosella y Feuerstein, 1996; Goldenberg *et al.*, 1995; Nicasio, Schoenfeld-Simth, Radojevic y Schuman, 1995; Parker *et al.*, 1993; Stewart y Knight, 1991).

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 de caso preliminar. 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.

Los estudios de caso, como el nuestro, también 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 en ocasiones 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. Por lo tanto, además de resaltar las limitaciones de nuestro trabajo, también subrayamos la necesidad de este tipo de estudios en investigaciones de procesos psicoterapéuticos para ayudar en el progreso hacia la obtención de resultados comunes.

Aún con las limitaciones, los datos del estudio son compatibles con una mejoría muy destacable en la mayoría de las variables relevantes del estudio tras el TCC. Por lo tanto, los datos globales del estudio apoyan, como un grano de arena más, la idea de que el programa TCC es útil para complementar el tratamiento multidisciplinar e integral de los pacientes con FM. Nuestros datos apoyan las recomendaciones de las guías clínicas que contemplan la figura del psicólogo/a como necesaria en el equipo, siendo el tratamiento recomendado la TCC por el gran apoyo científico que la sustenta y la evidencia de sus beneficios en los pacientes con FM.

Hemos realizado un estudio de caso con una paciente con FM. A pesar de la cautela con la que debemos exponer los resultados por las limitaciones metodológicas de nuestro estudio que reducen la validez interna del mismo, pensamos que la participación en el programa de TCC ha sido muy beneficiosa para la paciente. Los resultados y conclusiones expuestos muestran con claridad que el impacto de la FM en la vida de la paciente, la intensidad e interferencia de la fatiga, la interferencia e intensidad del dolor y la calidad de vida de la paciente mejoraron tras la terapia. Además aumentó la utilización de algunas estrategias saludables o positivas y neutras como la persistencia en la tarea, el ejercicio y la búsqueda de apoyo social, disminuyendo la realización de algunas estrategias poco saludables o negativas como la vigilancia.

El tiempo de aplicación, el esfuerzo necesario por parte de terapeutas y pacientes y el contenido de los programas psicológicos, son cuestiones importantes para estudiar y revisar constantemente con el fin de mejorar los programas de tratamiento para la FM, que pueden implementarse en las USM.

Del mismo modo, es fundamental, tener en cuenta la implicación económica que supone incluir en el tratamiento integral de la FM este tipo de programas psicoterapéuticos que proponemos. El hecho de que el tratamiento se lleve a cabo en formato grupal puede suponer un ahorro importante para el funcionamiento de una USM, ya que generalmente en estas unidades se ven sometidos a una gran presión asistencial, que ocasionalmente puede desembocar en una atención insuficiente a la población afectada.

Lograr el establecimiento de una guía clínica oficial, que incluya el tratamiento psicológico de los pacientes que sufren FM, pasa por demostrar que este tipo de tratamientos son necesarios para los pacientes y que con su aplicación se consiguen importantes beneficios. Actualmente existen multitud de trabajos científicos que apoyan esta idea, pero es fundamental seguir con la investigación y llegar a conseguir un modelo de tratamiento que consiga reunir

el trabajo de todas las disciplinas que son fundamentales para la mejora del paciente. Con el trabajo que presentamos y teniendo en cuenta las limitaciones de su metodología, pretendemos aportar datos que justifiquen la enorme necesidad del trabajo psicológico en la atención al paciente con FM y mostrar los múltiples beneficios que se pueden obtener.

## Referencias bibliográficas

- Anderson, K. O., Getto, C. J. & 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(20):771-776.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A., Nuñez-Olarte, J. M., Perulero, N., Gálvez, R., Carulla, J. & Cleeland, C. S. (2003). Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain. *Medicina Clínica [Med Clin (Barc)]*, 120, 52-59.
- Bennet, R. (2005). The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristic and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23 (Suppl. 39): S154-S162.
- Buckelew, S. P., Huyser, B., Hewett, J. E., Parker, J. C., Johnson, J. C., Conway, R. & Kay D. R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research*; 9(2): 97-104.
- Burckhardt, C. S., Clarck, S. R. & Bennett, R. M. (1993). Fibromyalgia and Quality of Life: a Comparisons Analysis. *Journal of Rheumatology*, 20, 475-479.
- Carmona, L., Gabriel, R., Ballina, J., Laffon, A. & Grupo de Estudio EPISER (2001). Proyecto EPISER 2000: prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española. *Revista española de Reumatología*, 28, 18-25.
- Collado, A., Alijotas, J. B., Benito, P., Alegre, C., Romera, M., Sañudo, I. *et al.* (2002). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*, 118: 745-749.
- De Felipe García-Bardón, V., Castel-Bernal, B. & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Reumatología Clínica* 2(Supl1): S38-43.
- Documento de la SER (Sociedad Española de Reumatología) sobre tratamiento de la Fibromialgia. *Reumatismos*. (2005); septiembre-octubre.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Kerns, R. D., Ader, D. N., Brandenburg, N., Burke, L. B., Cella, D., Chandler, J., Cowan, P., Dimitrova, R., Dionne, R., Hertz, S., Jadad, A. R., Katz, N. P., Kehlet, H., Kramer, L. D., Manning, D. C., McCormick, C., McDermott, M. P., McQuay, H. J., Patel, S., Porter, L., Quessy, S., Rappaport, B. A., Rauschkolb, C., Revicki, D. A., Rothman, M., Schmader, K. E., Stacey, B. R., Stauffer, J. W., Von Stein, T., White, R. E., Witter, J. & Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Journal of Pain*, 9 (2), 105-121.
- Esteve-Vives, J., Rivera, J., Salvat, I., de Gracia, M. & Alegre, C. (2007). Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatología Clínica*, 3, 21-24.
- Fibromialgia: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud de Sevilla, 2005.
- Flor, H. & Turk, D. C. (2011). *Chronic pain. An integrated biobehavioral approach*. Seattle: IASP Press.
- Friedberg, F & Jason, L. A. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *Journal of clinical psychology*, 57 (4), 433-55.



- García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M. & 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. & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*, 151, 280-295.
- Goldenberg, D. L., Mossey, C. J & Schmid, C. H. (1995) A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 22(12): 2313-2318.
- Guía Clínica Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Departamento de Sanidad, Departamento de Sanidad, Eusko Jaularitza/Gobierno Vasco. 2006.
- Iglesias Arrabal, F., Neira-Reina, R., Del Pino Algarrada, J., Elorza Guisasola, A., Rendón Acosta, F. & Gómez Rodríguez, R. (2011). Documento de consenso multidisciplinar para la implantación del Proceso Asistencial Integrado Fibromialgia en el área hospitalaria dependiente del Hospital Universitario de Puerto Real. *Rev Soc Esp Dolor*, 18(4): 241-248.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. & Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60(2), 203-216.
- Lackner, J. M., Carosella, A. M. & Feuerstein, M. (1996). Pain Expectancies, Pain, and Functional Self-Efficacy Expectancies as Determinants of Disability in Patients with Chronic Low Back Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1):212-220.
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M. & Ribas, B. 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.
- Melzak, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new Theory. *Science, New Series*, 150, 971-979.
- Merskey, H. & Bogduck, N. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: *International Association for Study of Pain (IASP Press)*.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. & Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous And Mental Disease [J Nerv Ment Dis]*, 188, 301-305.
- Nicasio, P. M., Schoenfeld-Smith, K., Radojevic, V. & Schuman, C. (1995). Pain Coping Mechanism in Fibromyalgia: Relationship to Pain and Functional Outcomes. *The Journal of Rheumatology*, 22(8): 1552-1558.
- Palanca Sánchez, I. (Dir.), Puig Riera de Conías, M. M. (Coord. Cient.), Elola Somoza, J. (Dir.), Bernal Sobrino, J. L. (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós, J. L. (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*; 2011.
- Parker, J. C., Callahan, C. D., Smarr, K. L., McClure, K. W., Stucky-Ropp, R. C., Anderson, S. K. & Walker, S. E. (1993). Relationship of pain behavior to disease activity and health status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 6(2): 71-77.
- Protocolo de atención a pacientes con fibromialgia. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Servicio Murciano de Salud*.
- Sanz, J., Navarro, M. E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para la depresión de Beck II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Universidad Complutense de Madrid*.
- Sociedad Española de Reumatología (2001). Estudio EPISER. *Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: Sociedad Española de Reumatología.

- Stewart, M. W. & Knight, R. G. (1991). Coping Strategies and affect in rheumatoid and psoriatic arthritis: Relationship to pain and disability. *Arthritis Care and Research*, 4(3):116-122.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. *et al.* (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33, 160-172.

## Jóvenes y sexo en la red

### Reacción ante la exposición involuntaria a material sexual

JESÚS CASTRO CALVO  
castroj@uji.es

SANDRA GÓMEZ MARTÍNEZ  
gomezs@uji.es

BEATRIZ GIL JULIÀ  
bgil@uji.es

CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA  
gimenezc@uji.es

RAFAEL BALLESTER ARNAL  
rballest@uji.es

#### Resumen

En los últimos años, hemos sido testigos de tan gran expansión de la pornografía en la red que resulta imposible aislar toda esa pornografía a portales y páginas Web concretas. Esto lleva a que en ocasiones, las personas sean expuestas involuntariamente a contenidos sexuales explícitos en páginas que no deberían contener este tipo de materiales. Este hecho, que en adultos no parece especialmente problemático, podría resultar una experiencia realmente aversiva para adolescentes que todavía están en pleno desarrollo psicosexual. Por ello, se planteó esta investigación con el objetivo de conocer la frecuencia y la experiencia que supone para los adolescentes de nuestra comunidad la exposición involuntaria a material sexual en Internet. En este trabajo, se aplicó a una muestra de 141 estudiantes (48,2 % chicos; 51,8 % chicas) de entre 15 y 16 años un cuestionario diseñado *ad hoc* para la evaluación de todas las dimensiones implicadas en la exposición involuntaria. Los resultados evidencian una frecuencia de exposición involuntaria muy alta (86,5 % de la muestra expuesta involuntariamente), exposición a la que los jóvenes suelen reaccionar cerrando la ventana y eliminando el contenido. La vivencia de esta experiencia se define normalmente en términos negativos (asco, sorpresa, vergüenza, etc.) y lo que es más preocupante, la mayoría de los jóvenes expuestos experimentó posteriormente síntomas de embotamiento y evitación (77,3 %), síntomas sexuales (75,5 %) o de hiperactivación fisiológica (71,7 %).

**Palabras clave:** exposición involuntaria, pornografía, internet, menores, síntomas de estrés.

## Abstract

In recent years, we have been witness to a great expansion of pornography on the Net. As a result, it is not possible to isolate all this pornography to specific sites or web pages. For this reason, sometimes people are unwanted exposed to sexually detailed materials in pages that should not contain such materials. In adults, involuntary exposure seems to be harmless, whereas in children and adolescent, the exposure could be extremely upset. In this study, we focus on the frequency and the short-term / long-term effects of the involuntarily exposure in adolescents. For this purpose, 141 Spanish young people (48,2 % males and 51,8 % females), age ranged from 15 to 16 years, completed an Ad-Hoc questionnaire designed for the evaluation of the unwanted exposition experience. The results show a very high frequency of involuntary exposure (86.5 % of the sample unwanted exposed). Young people usually react to the involuntarily exposition closing the window and erasing the sexually materials. The majority of youth regard their personal unwanted exposures as distressful (disgusting, shameful, surprising, etc.). Finally, the majority of youth who had been exposed experienced apparent stress symptoms that they connected to the episode (77,3 % of the sample experienced avoidance; 75,5 sexual symptoms; 71,7 physiological arousal).

**Keywords:** Unwanted Exposure, Pornography, Internet, Teenagers, Stress Symptoms.

## Introducción

Desde que en 1990 se comenzara a generalizar el uso de Internet, su expansión ha sido imparable y hoy en día forma parte indisoluble de nuestra sociedad. En tan solo 23 años, Internet se ha convertido en una herramienta indispensable para trabajar, comunicarnos con amigos o familiares, estudiar o incluso para satisfacer ciertas necesidades sexuales. Sin embargo, este crecimiento no se ha acompañado de mecanismos de regulación, por lo que en muy pocas ocasiones las personas que navegan por la red tienen un verdadero control sobre los contenidos que se le presentan. Este hecho es lo que ha facilitado que cada vez aumente más el número de personas que, sin buscarlo, son expuestas a contenidos sexuales mientras navegan.

Desde los inicios de Internet, y gracias a la gran demanda por parte de los usuarios, la pornografía ha sido uno de los contenidos que más ha proliferado. En 1995, cuando apenas unos pocos utilizaban Internet, el 83,5 % de las imágenes on line disponibles eran pornográficas (Rimm, 1995). Tres años más tarde, el número de páginas web pornográficas registradas era de 100.000 (Rice-Hugues, 1998) y esta misma cifra aumentó hasta los 4,2 millones (el 12 % del total de páginas web disponibles en ese momento) en el año 2006 (Family Safe Media, 2006). Todo este volumen de pornografía no supondría ningún problema de no ser porque es tal su proliferación que es imposible limitarlos a sitios web concretos, de forma que acaban diseminados por páginas web que, en un principio, no deberían contener materiales de esta naturaleza.

Decimos que una persona es expuesta involuntariamente (en adelante, EI) a material sexual cuando «mientras realiza una búsqueda on line, navega o mira su correo, siempre y cuando no busque voluntariamente material sexual, sea expuesta a imágenes de personas desnudas o manteniendo relaciones (Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003: 337)». Un tiempo más tarde, Bryant (2009) amplía esta definición para considerar como EI también aquellas situacio-

nes en las que la exposición se da durante la interacción con otros usuarios (por ejemplo, peticiones sexuales en chats o foros). De esta forma más global, se considera EI todas aquellas situaciones en las que una persona recibe solicitudes sexuales indeseables, es acosada sexualmente por Internet o bien es expuesta a contenidos sexuales explícitos (Mitchell, Wolak y Finkelhor, 2007).

Existen tres escenarios posibles donde habitualmente se produce la EI (Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003). Uno de los más frecuentes es la EI cuando se teclea mal la dirección de una página web (por ejemplo, cuando se teclea `www.whitehouse.com` en lugar de `www.whitehouse.gov`). Otra forma relativamente frecuente de EI se produce cuando el contenido sexual explícito aparece como publicidad en el borde de páginas web no pornográficas (p. ej., en páginas web de descarga de música o vídeo) o cuando en nuestro navegador se abren páginas con publicidad pornográfica sin que lo podamos evitar (conocidas como *pop-up ads*). Finalmente, otra forma de EI a la que por sus implicaciones cabría dedicar especial atención es aquella que se produce cuando es otro usuario el que de alguna forma (o bien enviando correos o chats obscenos, acosando sexualmente on line o incluso enseñando sus genitales por la *webcam*) nos expone al contenido sexual.

### *Prevalencia de la exposición involuntaria*

Los estudios que se han detenido a estudiar la frecuencia de la EI no solo hacen patente una incidencia significativa, sino también cómo este fenómeno parece ir en aumento. En Estados Unidos, Mitchell, Finkelhor y Wollak (2003) realizaron un estudio con alrededor de 1500 jóvenes de entre 10 y 17 años para tratar de determinar la incidencia de EI y las principales características de los episodios. Estos autores concluyeron que alrededor del 25 % de los jóvenes evaluados habían sido expuestos cuanto menos en alguna ocasión a material sexual, siendo la franja de edad de entre los 15 y los 17 años donde se daba el mayor porcentaje de exposiciones. Finalmente, la EI se daba con mayor frecuencia entre chicos que entre chicas.

Cinco años más tarde, estos mismos autores (Mitchell, Wolak y Finkelhor, 2007) decidieron replicar su estudio con una muestra equivalente para comprobar cómo había evolucionado la situación. En esta ocasión, el porcentaje de jóvenes expuestos había aumentado del 25 % al 34 % y lo que era aún más preocupante, cada vez era menor la edad a la que estos jóvenes eran expuestos. También había aumentado el número de jóvenes que decían haber sido objeto de acoso sexual por Internet, si bien el número de solicitudes sexuales por parte de otros usuarios parecía haber descendido con respecto al estudio anterior.

Si bien los resultados procedentes de EE. UU. dan buena cuenta de las dimensiones del fenómeno, más preocupante es la situación cuando analizamos la EI en otros países. En Australia, un estudio de Flood y Hamilton (2003) con 200 jóvenes de entre 16 y 17 años evidenció cifras que superan holgadamente a las observadas en las investigaciones anteriormente descritas. En este estudio, el 84 % de los chicos evaluados y el 60 % de las chicas habían sido expuestos involuntariamente a material sexual en Internet (muchos de ellos expuestos casi semanalmente). Lamentablemente, de momento la escasez de estudios en otros países impide determinar cuál es la tendencia más dominante respecto a la cuestión de la incidencia de EI, pero parece que las políticas de control de contenidos en Internet pueden jugar un papel importante en esta cuestión.

### *Consecuencias de la exposición involuntaria*

Otra de las cuestiones que más interés ha suscitado en torno a la EI es si dicho suceso tiene un impacto negativo sobre la persona expuesta, sobre todo cuando hablamos de EI en niños y adolescentes. Al respecto, las complicaciones metodológicas que supone el abordaje empírico de esta cuestión han limitado el número de estudios disponibles, pero aun así contamos con algunas investigaciones que abordan las consecuencias tanto a corto como a medio plazo de la EI.

A corto plazo, la EI a material sexual explícito suele provocar sensaciones de asco, disgusto, repulsión, vergüenza y shock (Aisbett, 2001). Es por ello por lo que los jóvenes suelen reaccionar a la exposición a este tipo de contenidos tratando de eliminar el contenido de sus ordenadores (Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003). Precisamente, una de las situaciones que a corto plazo provocan un mayor estrés a los jóvenes es la dificultad para eliminar cualquier prueba que la EI haya podido dejar en sus ordenadores, tratando de esta forma de evitar que sus padres se enteren del suceso (Aisbett, 2001; Thornburgh y Lin, 2002). De hecho, tan solo un 40 % de los jóvenes expuestos explica el suceso a sus padres (Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003).

A largo plazo, es más complicado determinar cuáles son las consecuencias que la EI provoca en los jóvenes expuestos. Lo más habitual es que a pesar de que la experiencia se viva y se recuerde como extremadamente incómoda o desagradable, los perjuicios que puede suponer a distintos niveles (emocional, conductual, social, etc.) en muy pocos casos alcancen la significación clínica (Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003). Sin embargo, no podemos ignorar que para algunos jóvenes la EI sí provoca consecuencias importantes. Entre las principales consecuencias, Bryant (2009) destaca la interferencia en el desarrollo psicosexual normal del joven expuesto, la promoción de estilos sexuales más abiertos (promiscuidad sexual, edad de inicio en las relaciones sexuales excesivamente temprana, etc.), aparición de reacciones emocionales intensas (ansiedad, depresión, síntomas de TEPT) o la adopción de estilos de pareja basados en el modelo de dominio-sumisión. Parece que en la aparición o no de estas consecuencias, el contenido de la exposición juega un papel importante. En este sentido, los estudios apuntan a que la EI a pornografía con contenidos violentos es más perjudicial que la exposición a materiales más suaves y menos explícitos (Allen, D'Alessio y Brezgel, 1995).

En la medida en que Internet es una herramienta global al acceso de millones de personas, la EI es un fenómeno que puede afectar casi a cualquier persona de casi cualquier parte del mundo a lo largo de su vida. Sin embargo, llama la atención que prácticamente solo se haya estudiado esta cuestión en EE. UU. Lamentablemente, nuestro país no es una excepción a esta afirmación y en España tampoco contamos con investigaciones sistemáticas que aborden la incidencia de la EI o mucho menos las consecuencias que esta puede suponer entre los más jóvenes. Es por ello por lo que se plantea este trabajo con el objetivo de conocer tanto la prevalencia como las reacciones emocionales y conductuales durante y después de la exposición involuntaria a material sexual entre adolescentes.

## **Método**

### *Participantes*

En este estudio han participado un total de 256 estudiantes de 3 institutos de Castellón de la Plana con edades comprendidas entre los 15 y los 16 años ( $x = 15,30$ ,  $DT = 0,46$ ). La distribución de la muestra por sexos era prácticamente equivalente (48,2 % de chicos y 51,8 % de chicas). El 100 % dijo tener ordenador en su propia casa.

## Instrumentos

Para la evaluación de la EI, se aplicó un instrumento diseñado *ad-hoc* para esta investigación basándonos en encuestas y escalas utilizadas en otros estudios (Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003; Sabina, Wolak y Finkelhor, 2008) y ampliándolo para que englobara algunos aspectos que hasta ahora se solían omitir. Este instrumento consta de 12 ítems con múltiples formatos de respuesta (escalas tipo Likert, respuesta dicotómica, elección múltiple, etc.) que nos permiten explorar distintas dimensiones de la EI como por ejemplo la frecuencia de exposición, edad de la primera exposición, contenido del material expuesto, forma en la que se da la exposición, reacciones a la exposición (emocionales y conductuales) y finalmente consecuencias de la exposición.

Para esta investigación hemos analizado únicamente los 4 ítems que corresponden a las siguientes dimensiones:

1. Frecuencia de exposición involuntaria: frecuencia con la que los jóvenes han sido expuestos involuntariamente a material sexual en Internet, si es que lo han sido en alguna ocasión.
2. Reacción conductual a la exposición involuntaria: cuál es la reacción de los jóvenes en términos conductuales cuando el contenido sexual aparece en su navegador. Se contemplan reacciones tanto de rechazo (cerrar la ventana, eliminar el material y las pruebas de su aparición, etc.) como de interés (dar un vistazo, quedarse observando detenidamente, etc.).
3. Reacción emocional a la exposición involuntaria: emociones y sentimientos suscitados durante la EI. Se incluye la posibilidad de describir la experiencia en términos negativos (asco, miedo, enfado) o en términos positivos (interés, excitación, etc.).
4. Consecuencias a largo plazo de la exposición: tipo de síntomas que los participantes han experimentado a largo plazo como consecuencia de la EI. Se ha considerado la posibilidad de que, como consecuencia de la EI, aparezcan síntomas de reexperimentación del suceso, de evitación y embotamiento emocional, aumento de la activación fisiológica y finalmente consecuencias a nivel sexual.

## Procedimiento

El instrumento de evaluación se aplicó en el contexto de una investigación más amplia sobre prevención del VIH en el contexto escolar. Un psicólogo especialista en prevención fue el encargado de administrar los cuestionarios en clases de 3.º y 4.º de ESO de tres institutos de Castellón de la Plana. La aplicación del cuestionario (en formato lápiz y papel) fue grupal, aunque el encargado de la aplicación se aseguró de mantener el rigor separando debidamente a los alumnos y solucionando cualquier duda que surgiera.

## Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.0. Para el cálculo de la prevalencia de la exposición involuntaria, se utilizó el total de participantes que componen la muestra. Sin embargo, para el resto de análisis únicamente se tomaron a aquellos participantes que afirmaron haber sido expuestos cuanto menos en alguna ocasión a material

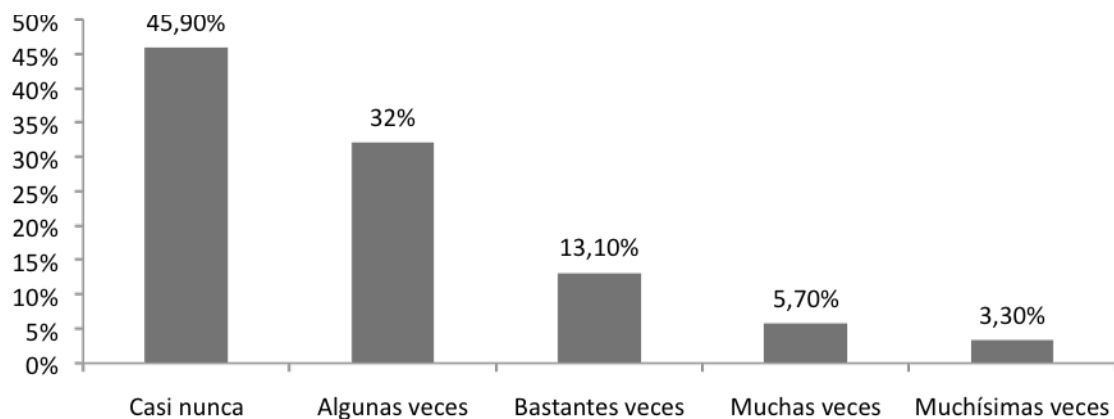
sexual en Internet. De esta forma nos aseguramos la representatividad y generalizabilidad de los resultados obtenidos.

Dada la naturaleza descriptiva del presente estudio, la mayoría de los contrastes estadísticos se realizaron mediante la prueba estadística chi cuadrado al tratarse de datos categoriales.

## Resultados

### *Frecuencia de EI*

El 86,5 % de los jóvenes evaluados afirmaron haber sido expuestos involuntariamente cuanto menos en alguna ocasión a material sexual en Internet. En la figura 1 se aprecia la frecuencia con la que los jóvenes que sí afirmaron haber sido expuestos suelen encontrarse con este tipo de material.



*Figura 1.* Frecuencia con la que los participantes han sido expuestos involuntariamente

Como se aprecia en la figura 1, el mayor porcentaje de jóvenes dijo haber sido expuesto involuntariamente «casi nunca» (45,9 %). Sin embargo, a pesar de que conforme aumenta la frecuencia de exposición se reducen los participantes que dicen haber sido expuestos en dicha frecuencia, todavía un porcentaje significativo de ellos afirmaron haber sido expuestos «muchas veces» (5,7 %) o «muchísimas veces» (3,3 %).

En función del sexo, el porcentaje de chicos que afirmaron haber sido expuestos (91,2 %) supera levemente al porcentaje de chicas (82,2 %), no alcanzando estas diferencias la significación estadística (chi-cuadrado = 2,44 p = 0,118).



*Reacción conductual a la EI*

Tabla 1  
Porcentaje total y diferencias en función del sexo en la reacción conductual a la EI

	TOTAL	CHICOS	CHICAS	CHI-CUADRADO
Cerrar la ventana	66,4	47,6	85,5	20,09***
Eliminar el material y borrar pruebas	32,8	33,3	32,3	0,02
Avisar a un adulto	0,8	0	1,6	1,024
Dar un vistazo rápido	22,4	31,7	12,9	6,38*
Quedarse observando	13,6	23,8	3,2	11,27***
Reenviar la información	4	4,8	3,2	0,19

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

En la tabla 1 podemos apreciar que, en general, las reacciones más frecuentes cuando los jóvenes evaluados son expuestos involuntariamente son cerrar inmediatamente la ventana donde aparece el contenido sexual (realizado por el 55,4 % de la muestra) y eliminar el material y cualquier rastro que haya podido dejar en el ordenador (32,8 %). Sin embargo, no debemos obviar que un porcentaje considerable dice dar un vistazo rápido al material (22,4 %) o incluso quedarse observando detenidamente (13,6 %).

Por sexos, un mayor porcentaje de chicas que de chicos dice cerrar la ventana rápidamente cuando aparece el contenido explícito (chi-cuadrado = 20,09 p = 0,000), mientras que al contrario, el porcentaje de chicos que dice dar un vistazo rápido cuando es expuesto (31,7 %) o incluso observar detenidamente (23,8 %) es significativamente superior al de las chicas.

*Reacción emocional a la exposición involuntaria*

Tabla 2  
Porcentaje total y diferencias en función del sexo en la reacción emocional a la EI

	TOTAL	CHICOS	CHICAS	CHI-CUADRADO
Preocupación	9,2	5,1	13,1	2,32
Miedo	9,2	5,1	13,1	2,32
Asco	41,7	22	60,7	18,40***
Enfado	6,7	3,4	9,8	2,01
Culpabilidad	1,7	3,4	0	2,1
Sorpresa	51,7	55,9	47,5	0,846
Interés	20,8	33,9	8,2	12,01***
Excitación sexual	13,3	25,4	1,6	14,68***
Vergüenza	15,8	5,1	26,2	10,06**

	TOTAL	CHICOS	CHICAS	CHI-CUADRADO
Tristeza	1,7	1,7	1,6	0,001
Shock	23,3	10,2	36,1	11,24***
Confusión	17,5	16,9	18	0,02

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

Como se desprende de la tabla anterior (tabla 2), la reacción emocional más frecuente ante la EI para el conjunto de la muestra es la sorpresa (51,7 %), seguido por el asco (41,7 %) y el shock (23,3 %). También es importante señalar que un 20,8 % experimentó interés durante la EI, un 17,5 % confusión o un 13,3 % que se llegó a excitar sexualmente.

Al analizar los resultados en función del sexo, encontramos importantes diferencias entre chicos y chicas en la experiencia emocional durante la EI. Así pues, un mayor porcentaje de chicas que de chicos dijo experimentar asco (chi-cuadrado = 18,4 p = 0,000), vergüenza (chi-cuadrado = 10,06 p = 0,002) o shock (chi-cuadrado = 11,24 p = 0,000) durante la EI. Por su parte, el porcentaje de chicos que dijo experimentar interés (chi-cuadrado = 12,01 p = 0,000) o excitación sexual (chi-cuadrado = 14,68 p = 0,000) supera ampliamente al de chicas.

### *Consecuencias a largo plazo de la EI*

A continuación (tabla 3) incluimos una tabla con el porcentaje de participantes que dijo haber experimentado síntomas en alguno de los conjuntos de síntomas evaluados como consecuencia de la EI:

Tabla 3  
*Porcentaje de la muestra que experimenta síntomas como consecuencia de la EI*

	% QUE EXPERIMENTA EL SÍNTOMA
$\geq 1$ Síntoma de <i>reexperimentación del suceso</i>	32 %
– Imágenes y pensamientos relacionados con la exposición	9,3 %
– Sensación de volver a vivir la exposición a ese contenido	8 %
– Me siento mal cada vez que recuerdo el contenido de la exposición	9,3 %
– Síntomas fisiológicos cuando recuerdo el contenido	2,7 %
– Lo anterior me ocurre de forma recurrente	5,3 %
$\geq 1$ Síntoma de <i>evitación o embotamiento</i>	77,3 %
– Evito cualquier cosa que me recuerda a la exposición	25,3 %
– Me cuesta recordar ciertos detalles de la exposición	52 %
– Siento menos interés por cosas que solía hacer	2,7 %
– Empiezo a sentir que los demás no me importan	0 %

	% QUE EXPERIMENTA EL SÍNTOMA
– Soy menos capaz de sentir emociones o afectos	4 %
– No espero nada de mi vida	1,3 %
<b>≥ 1 Síntoma de <i>aumento de la activación</i></b>	<b>71,7 %</b>
– Dificultades para conciliar el sueño	8,7 %
– Me siento irritado	8,7 %
– Problemas de concentración	15,2 %
– Me siento en alerta	23,9 %
– Me sobresalto con facilidad	17,4 %
<b>≥ 1 Síntoma <i>sexual</i></b>	<b>75,5 %</b>
– Fantasías o impulsos sexuales hacia objetos / situaciones poco habituales	35,8 %
– Menos deseo por mantener relaciones sexuales o masturbarme	18,9 %
– He sentido asco por todo lo relacionado con el sexo	17 %
– He sido incapaz de excitarme sexualmente	3,8 %
– He tenido dudas sobre si me gustan los chicos o las chicas	3,8 %

La tabla 3 da buena cuenta de que la mayoría de los evaluados ha experimentado alguno de los síntomas explorados como consecuencia de la exposición a material pornográfico. El conjunto de síntomas que se han percibido en mayor frecuencia derivados de la EI son los síntomas de evitación o embotamiento emocional (el 77,3 % de la muestra ha experimentado como mínimo uno de los síntomas incluidos en este conjunto). Concretamente, el síntoma experimentado por un mayor porcentaje de la muestra (52 %) es la dificultad para recordar detalles de la exposición, seguido por cualquier cosa que recuerde la exposición (25,3 %).

Otro conjunto de síntomas muy frecuente tras la EI son los síntomas sexuales (75,3 % de la muestra ha experimentado algún síntoma a este nivel), donde destaca sobre todo que el 35,8 % de los evaluados sintió atracción sexual hacia objetos o situaciones poco habituales y el 18,9 % experimentó una reducción del deseo sexual.

También es frecuente (71,7 %) que los jóvenes experimenten síntomas propios de un aumento de la activación fisiológica como consecuencia de la exposición como pueden ser el sentirse en alerta (23,9 %) o sobresaltarse con facilidad (17,4 %). El único conjunto de síntomas cuya frecuencia es significativamente más baja que las anteriores es la reexperimentación del suceso (síntomas que tan solo ha experimentado un 32 % de la muestra).

## Discusión y conclusiones

Dado que en nuestro propio contexto no contábamos con trabajos que nos permitieran hacernos una idea de aspectos básicos de la EI como su incidencia o las características que lo engloban, planteábamos esta investigación con el objetivo de empezar a conocer estas cuestiones además en una muestra que por sus características, es especialmente vulnerable a este fenómeno, los adolescentes. En este sentido, este trabajo nos permite dar buena cuen-

ta ya no solo de la gran incidencia de la EI entre los jóvenes escolares de nuestra comunidad, sino también de como estos viven la experiencia y de las consecuencias negativas que de esta suelen derivarse.

La primera conclusión importante que se deriva de esta investigación es que la mayoría de los escolares evaluados (86,5 %) han sido expuestos involuntariamente a material sexual. Además, muchos lo han sido con relativa frecuencia. Este hecho es especialmente llamativo si tenemos en cuenta que los principales estudios sobre EI realizados en EE. UU. sitúan la incidencia del fenómeno entre el 25-34 % de los jóvenes de entre 10 y 17 años (Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003; Mitchell, Wolak y Finkelhor, 2007).

En un principio, podríamos atribuir estas diferencias a deficiencias metodológicas de no ser porque otros estudios como el de Flood y Hamilton (2003) entre jóvenes australianos apuntan a una prevalencia de EI extremadamente similar a la obtenida en nuestro trabajo. Parece pues necesario recurrir al análisis del contexto social y sobre todo político para entender estas discrepancias. En países como EE. UU., el gobierno ha ido aprobando enmiendas que han limitado y restringido mucho los contenidos que se considerarían legales e ilegales en Internet. Este hecho probablemente haya reducido la probabilidad de que los jóvenes sean expuestos a contenidos sexuales pero también limita en gran medida la libertad de expresión en Internet. En el otro extremo, países menos intervencionistas como España o Australia no tienen leyes tan restrictivas respecto a la naturaleza de los contenidos en Internet, lo que a pesar de que supone una mayor libertad para crear y difundir contenidos en Internet, también tiene un coste (la probabilidad de EI es mayor).

En contra también de lo que apuntan estudio previos (Flood y Hamilton, 2003; Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003; Mitchell, Wolak y Finkelhor, 2007), encontramos que la incidencia de EI en chicos y en chicas es equivalente. Precisamente, el hecho de que en nuestra investigación no encontremos diferencias entre chicos y chicas es coherente con el concepto que tenemos de la EI en la medida en que consideramos que es un hecho sobrevenido (es decir, sobre el que no se tiene control) que por su naturaleza, no debería distinguir entre chicos y chicas. Probablemente, el que en otros estudios sí se hayan encontrado diferencias en función del sexo es atribuible a que no se ha delimitado bien la diferencia entre exposición involuntaria y exposición voluntaria (donde efectivamente sí es habitual encontrar diferencias de sexo).

Otro resultado importante que se deriva de esta investigación es que si bien la reacción más habitual a la EI es cerrar inmediatamente la ventana y tratar de eliminar el material, esta respuesta es sobre todo frecuente entre chicas, ya que entre chicos no es extraño que se dé un vistazo al material o incluso que se observe detenidamente. Este hecho es coherente con las investigaciones sobre exposición voluntaria a cibersexo, donde el porcentaje de chicos que ven páginas pornográficas puede llegar a doblar al de chicas (Ballester, Castro, Gil y Giménez, en prensa; Cooper, Delmonico y Burg, 2000; Cooper, Morahan-Martin, Mathy y Maheu, 2002). Otra cuestión que nos puede aclarar por qué la reacción de las chicas es en la mayoría de ocasiones de rechazo hace referencia al propio contenido de la exposición. Normalmente, cuando los jóvenes son expuestos involuntariamente lo son a imágenes de mujeres desnudas, por lo que es razonable que un mayor porcentaje de niños sienta interés hacia ese contenido mientras que este porcentaje es mucho menor en niñas. Desde esta perspectiva, es presumible que si el contenido de la exposición sexual fuese masculino o acorde a la sexualidad femenina, podría suceder que el porcentaje de chicas que afirmara interesarse hacia el contenido fuera mayor.

Con respecto a las emociones y sensaciones suscitadas por la EI, los resultados obtenidos son similares a los anteriores. En general, la EI provoca emociones que se podrían considerar negativas (shock, vergüenza, asco, sorpresa, confusión, etc.), si bien los chicos alternan esta vivencia negativa de la EI con cierto interés hacia el contenido o incluso con excitación

sexual. Esta tendencia a experimentar emociones negativas ante la EI es la respuesta más común observada en distintos estudios, sobre todo aquellos realizados con niños y adolescentes (Aisbett, 2001). No debemos obviar lo aversivo que puede resultar el hecho de que un niño (que quizás todavía no ha tenido ningún tipo de contacto con imágenes o vídeos de contenido erótico), sea expuesto a personas desnudas, manteniendo relaciones o incluso a contenidos de una mayor dureza (imágenes de fetichismo, sadismo, etc.). Lo que ya no es tan habitual es que algunos de los chicos evaluados respondan con interés y excitación sexual a la EI. Puede ser que el hecho de que algunos chicos respondan con interés se deba a que estos suelen tener mayor disposición erotofílica (Paul, 2009) y una mayor predisposición y actitud positiva hacia el consumo de pornografía (Carroll, Padilla-Walker, Nelson, Olson, McNamara y Madsen, 2008), independientemente de que la exposición a dichos contenidos sea voluntaria o involuntaria.

Por último, una de las cuestiones abordadas en este trabajo que puede resultar de mayor interés por sus implicaciones y por ser un tema escasamente investigado es qué consecuencias puede tener a medio-largo plazo la EI. Lo que se concluye en investigaciones precedentes es que, aunque la vivencia de la EI se suele describir muy negativamente, apenas provoca síntomas clínicamente significativos (Mitchell, Finkelhor y Wollak, 2003). Sin embargo, nuestros resultados demuestran que una gran mayoría de los participantes en esta investigación padecieron síntomas de evitación o embotamiento emocional (77,3 %), sexuales (75,5 %) o de aumento de la activación (71,7 %) como consecuencia de la EI. Los síntomas menos frecuentes fueron los de reexperimentación del suceso. Estos resultados deben tomarse con mucha cautela pero parece que el hecho de ser expuesto involuntariamente puede suponer, al menos para los jóvenes que componen nuestra muestra, una situación que provoca síntomas similares a los que podemos observar en situaciones traumáticas al uso (como por ejemplo, un accidente). Que estos síntomas tengan la gravedad y la consistencia como para ser considerados un cuadro clínico es una cuestión que todavía se debe investigar mucho más a fondo. Sea como sea, es evidente que la EI deja una marca en el joven que la sufre, una impronta negativa que debemos tener muy en cuenta.

Sin duda, reconocemos ciertas limitaciones metodológicas a este estudio que se deben subsanar en futuras investigaciones. Una de las más importantes está relacionada con la muestra estudiada. En este sentido, sería necesario ampliar la muestra tanto en número de participantes como en la horquilla de edad estudiada. Si sabemos que estos resultados se pueden generalizar en edades más tempranas, podremos dirigir de forma más certera nuestras acciones de prevención o incluso de intervención sobre los colectivos más vulnerables. Otra de las limitaciones radica en el instrumento utilizado para la evaluación. Si queremos asegurarnos la fiabilidad y la validez de futuras investigaciones, será necesario validar esta herramienta.

A pesar de las limitaciones, este trabajo aporta evidencias que nos permiten conocer cuál es el estado de la cuestión de la EI en nuestro propio contexto y además en la parcela de población más vulnerable, los adolescentes. Partiendo de los resultados obtenidos en este trabajo, será necesario seguir investigando en cuestiones tales como el impacto que supone la EI o la forma de prevenir que se dé la exposición.

## Referencias bibliográficas

- Aisbett, K. (2001). *The Internet at Home: A report on Internet use in the home*. Sydney: Australian Broadcasting Authority.
- Allen, M., D'Alessio, D. & Brezgel, K. (1995). A Meta-Analysis Summarizing the Effects of Pornography II Aggression After Exposure. *Human Communication Research*, 22 (2), 258-283.

- Ballester, R., Castro, J., Gil, M. D. & Giménez, C. (en prensa). Relationship status as an influence on cybersex activity: Cybersex, Youth and Steady Partner. *Journal of Sex and Marital Therapy*.
- Bryant, C. (2009). Adolescence, pornography and harm. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 368, 1-6.
- Carroll, J. S., Padilla-Walker, L. M., Nelson, L. J., Olson, C. D., McNamara C. & Madsen, S. D. (2008). Generation XXX: Pornography Acceptance and Use Among Emerging Adults. *Journal of Adolescent Research*, 23, 6-30.
- Cooper, A., Delmonico, D. L. & Burg, R. (2000). Cybersex Users, Abusers, and Compulsives: New Findings and Implications. *Sex Addiction & Compulsivity*, 7, 5-29.
- Cooper, A., Morahan-Martin, J., Mathy, R. M. & Maheu, M. (2002). Toward an Increased Understanding of User Demographics in Online Sexual Activities. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 15-129.
- Family Safe Media (2006). Pornography statistic. Extraído el día 20 de octubre de 2012 desde [http://www.familysafemedia.com/pornography\\_statistic.html](http://www.familysafemedia.com/pornography_statistic.html).
- Flood, M. & Hamilton, C. (2003). *Youth and pornography in Australia: evidence on the extent of exposure and likely effects* (informe de The Australia Institute n.º 52). Canberra: The Australia Institute.
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D. & Wollak, J. (2003). The exposure of youth to unwanted sexual material on the Internet: A national survey of risk, impact, and prevention. *Youth & Society*, 34, 330-358.
- Mitchell, K. J., Wolak, J. & Finkelhor, D. (2007). Trends in youth reports of sexual solicitations, harassment and unwanted exposure to pornography on the Internet. *Journal of Adolescent Health*, 40, 116-126.
- Paul, B. (2009). Predicting Internet Pornography Use and Arousal: The Role of Individual Difference Variables. *Journal of Sex Research*, 46 (4), 344-357.
- Rice-Hugues, D. (1998). *Kids Online: Protecting your children in cyberspace*. Old Tappan, N. J.: Fleming H. Revell Co.
- Rimm, M. J. (1995). Marketing pornography on the information superhighway: A survey of 917,410 images, descriptions, short stories, and animations downloaded 8,5 million times by consumers in over 2000 cities in forty countries, provinces, and territories. *Georgetown Law Review*, 83, 1849-1889.
- Sabina, C., Wolak, J. & Finkelhor, D. (2008). The Nature and Dynamics of Internet Pornography Exposure for Youth. *Cyberpsychology & Behavior*, 11 (6), 1-3.
- Thornburgh, D. & Lin, H. S. (2002). *Youth, Pornography, and the Internet*. Washington, D. C.: National Academy Press.

## Género y VIH-sida: análisis diferencial de una estrategia de prevención

CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA  
gimenezc@psb.uji.es

ESTEFANÍA RUIZ PALOMINO  
eruiz@psb.uji.es

PEDRO SALMERÓN SÁNCHEZ  
psalmero@uji.es

CRISTINA GASCÓN HUIGE  
al117143@uji.es

RAFAEL BALLESTER ARNAL  
rballest@uji.es

### Resumen

**Introducción.** La epidemia del VIH-sida continúa siendo un problema de salud pública al que se exponen, desigualmente, hombres y mujeres. Sin embargo, las intervenciones comportamentales preventivas no siempre han tenido en cuenta dichas diferencias, lo que ha causado una disminución de su potencial eficacia. Por este motivo, el presente estudio examina si existe una respuesta diferencial entre hombres y mujeres en variables asociadas al riesgo de infección, tras participar en estrategias preventivas del VIH-sida.

**Metodología.** 122 estudiantes universitarios (18-24 años; 45 % hombres y 55 % mujeres) participaron en un diseño de comparación entre grupos. Los jóvenes, llevaron a cabo una serie de intervenciones basadas en modelos socio-cognitivos y cumplieron, previa y posteriormente a la intervención (postest, 1.º seguimiento y 2.º seguimiento) el Cuestionario para la Prevención del Sida (Ballester, Gil, Guirado y Bravo, 2004).

**Resultados.** En líneas generales, todas las variables mejoran en hombres y mujeres aunque las ventajas percibidas asociadas al preservativo y el temor al VIH solo cambian, significativamente, en las mujeres. Por otro lado, la realización de sexo seguro mejora de manera más significativa en los hombres que, a largo plazo, obtienen diferencias significativas en el sexo oral, coito vaginal y en la pareja estable.

**Conclusión.** Nuestros resultados apoyan la existencia de un impacto diferencial entre los jóvenes universitarios, en función del género. En concreto, las variables conductuales parecen ser más resistentes para las mujeres mientras, para los hombres, lo son las variables actitudinales. Así pues, cabrá analizar con mayor profundidad estrategias específicas para reforzar aquellas variables que siendo relevantes resultan, de manera diferencial, más difíciles de transformar.

**Palabras clave:** prevención del VIH, género, jóvenes, eficacia diferencial.

## Abstract

**Introduction.** The AIDS-HIV epidemic remains a major problem of Public Health in which men and women are exposed unequally. However, preventive behavioral interventions have rarely considered these differences; consequently, these have diminished their potential effectiveness. For this reason, this study examines the existence of a differential response between men and women for variables associated with risk infection, after taking part in HIV-AIDS preventive strategies.

**Method.** 122 college students (18-24 years old; 45 % men and 55 % women), participated in a inter-group comparison design. Young participants took part in several interventions based on socio-cognitive models and full-filled, previous and afterwards (post-test, 1<sup>st</sup> follow-up, 2<sup>nd</sup> follow-up), the Cuestionario para la Prevención del Sida (Ballester, Gil, Guirado and Bravo, 2004).

**Results.** In general, all the variables improved for men and women although only women got better results significantly in condom's advantages and the fear of HIV infection. On the other hand, men have improved more in safe sex than women and, at long term, they have shown significant results in oral sex, vaginal sex and steady partner.

**Conclusion.** To sum up, our results support the differential impact among college students depending on gender. In particular, behavioral variables seem to be more resistant for women, meanwhile attitudinal variables are more difficult to change for men. Therefore, analyzing in depth specific strategies to improve the differential resistant variables for men and women is required.

**Keywords:** HIV/AIDS prevention, gender, young people, differential effectiveness.

## Introducción

En la actualidad, parte de las dolencias que ocupan más la atención de la salud pública se relacionan en su génesis con numerosos factores psicosociales de riesgo y, en particular, con la realización de conductas no saludables. De esta manera, vienen marcadas por un carácter bio-psico-social que trasciende tanto a su prevención, como a su tratamiento. Uno de los ejemplos más evidentes es el del VIH-sida que, todavía hoy en día, alcanza el nivel de epidemia a escala global. En concreto, 34 millones de personas están afectadas y, aproximadamente, el 50 % de los casos son mujeres (UNAIDS, 2012). No obstante, un elevado porcentaje de ellas todavía desconoce información básica, como las vías de transmisión, y carece de las oportunidades para poner en práctica las estrategias de prevención, como el uso del preservativo (UNAIDS, 2012). En este sentido, las mujeres parecen estar más desprotegidas ante la exposición al VIH por motivos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Si bien África es una de las regiones más perjudicadas del planeta, dentro de Europa, encontramos grandes desigualdades. En concreto, España supera el promedio de población afectada en el continente, siendo la mayoría de las nuevas infecciones causadas por las conductas sexuales de riesgo (Instituto de Salud Carlos III, 2011). Dichas infecciones, se producen mayoritariamente entre población joven que, en el 66 % de los casos, cuenta con niveles de educación secundaria o superior. Además, al igual que en el resto del mundo, el VIH-sida afecta de manera diferencial a hombres y mujeres (García-Sánchez, 2004).



Ante este panorama y para transformar la grave situación de la epidemia, la prevención del VIH-sida se ha revelado como una de las estrategias más eficaces (Auerbach, Hayes y Kandathil, 2006). Por un lado, se proponen intervenciones más centradas en el enfoque bio-médico como la circuncisión o la profilaxis de pre-exposición. Pero si bien estas han mostrado ciertos beneficios, también han dejado al descubierto posibles efectos secundarios y elevados costes (Hammer, 2011; Kalichman, 2009). Por otro lado, se plantean intervenciones de carácter psicosocial y comportamental que, con menores costes y sin presentar efectos secundarios, también han revelado su eficacia en diversos contextos (Kirby, Laris y Roller, 2007). En particular, en la medida en que se ha realizado una adaptación diferencial, según el entorno sociocultural y el propio perfil de los participantes.

Por ejemplo, el género ha mostrado su influencia en diversos aspectos asociados a la infección por VIH. Algunos autores han expuesto diferencias en las motivaciones que llevan al no uso del preservativo. Mientras los hombres se muestran más dirigidos a percibir elementos como la necesidad de controlar la excitación sexual, las mujeres presentan mayor tendencia a percibir irrupciones en el clima afectivo y emocional de la relación (Lameiras, Rodríguez, Calado y González, 2004). Otros estudios, presentan diferencias en términos de percepción de riesgo, mostrando los hombres una mayor sensación de invulnerabilidad que las mujeres (Navarro-Pertusa, Barberá y Reig, 2003). En cuanto a la autoeficacia, las mujeres parecen presentar mayores puntuaciones en aquellas situaciones asociadas al ámbito privado, como el miedo a que la pareja le rechace por plantear el uso del preservativo, mientras los hombres parecen ser más autoeficaces en situaciones de ámbito público, como comprar el preservativo (Ballester, Gil, Ruiz y Giménez, 2013). No obstante, algunos autores muestran cómo los hombres usarían en mayor medida el preservativo para sus relaciones sexuales (Faílde, Lameiras y Núñez, 2007). Probablemente, estas diferencias favorecen que la epidemia afecte de manera diferencial a hombres y mujeres. Sin embargo, en muchas de las intervenciones preventivas no se ha tenido en cuenta el género de las personas, dejando así de atender estas posibles diferencias (López-Sáez, Morales y Lisbona, 2008; Mestre, Samper, Frías y Tur, 2009).

Por este motivo, el presente trabajo busca analizar la influencia que el género puede tener en las intervenciones preventivas para la transmisión del VIH-sida en población joven. En esta ocasión, el interés se esfuerza en el colectivo universitario puesto que ha sido demostrado, al igual que en el resto de población joven, que el cursar estudios superiores no le exime de ciertos riesgos sexuales (Sipsma, Carrobles, Montorio y Everaerd, 2000), como su elevada exposición a la infección por VIH-sida (Ballester, Gil, Edo y Giménez, 2007).

## Método

El presente estudio se basó en un diseño de intervención de comparación entre grupos en el que, para su análisis, los distintos participantes fueron asignados a los grupos en función de su género.

### *Participantes*

Ciento veintidós estudiantes universitarios de la Universitat Jaume I de Castellón (UJI) y de la Universitat de València (UV) se involucraron en el presente estudio. Con respecto a la distribución por género, la proporción de hombres y mujeres fue similar, ya que el total de la muestra está compuesto por un 55 % de mujeres y un 45 % de hombres. En relación a la edad, los participantes eran jóvenes, con un promedio de edad en torno a los 20 años ( $x = 20,72$ ;

DT = 1,78) y un rango comprendido entre 18 y 24 años. En cuanto a la orientación sexual, entre los participantes prevalece la orientación heterosexual (91 %), seguida de la orientación homosexual (5 %) y bisexual (2 %). Sin embargo, una minoría de la muestra optó por no contestar esta pregunta (2 %). Por último, cabe señalar que el 77 % de los participantes informaron tener experiencia sexual.

### *Instrumento*

Con el fin de llevar a cabo las evaluaciones del estudio, ha sido utilizado el Cuestionario para la Prevención del Sida de Ballester, Gil, Guirado y Bravo (Ballester, Gil y Giménez, 2007). Este instrumento de evaluación contiene un total de 65 ítems con diferentes formatos de pregunta: 29 preguntas dicotómicas, 23 que emplean la escala tipo Likert, 8 cuestiones de elección múltiple y 5 preguntas abiertas.

Los constructos incluidos en este cuestionario, están relacionados con la información, las creencias y actitudes, la autoeficacia, la intención de conducta y el propio comportamiento. En cuanto al contenido, se incluyen aspectos sobre las vías de transmisión del VIH, los métodos de prevención, el impacto del VIH en el organismo y la solidaridad hacia las personas infectadas.

Dados los objetivos del estudio, se escogieron una serie de variables dependientes que permitían analizar el cambio diferencial de la realización de la conducta preventiva por parte de los participantes. Las variables fueron las cuatro siguientes: información sobre las vías de transmisión del VIH-sida, temor percibido hacia el VIH-sida, ventajas asociadas al uso del preservativo y realización de sexo seguro. En la última variable se atiende al sexo seguro según la práctica (coito vaginal, sexo oral y coito anal) y el tipo de pareja (estable o esporádica).

Además, dadas las características de la presente investigación, se empleó tanto la versión pretest, como la versión posttest del instrumento. La versión pretest está formada por 65 ítems y fue administrada antes de la intervención, mientras la versión posttest compuesta de 54 ítems, se empleó para recoger la información una vez realizadas las estrategias de intervención (posttest, 1.<sup>er</sup> seguimiento y 2.<sup>o</sup> seguimiento). La primera versión, contiene más ítems por incluir variables disposicionales, como la orientación sexual, que no se espera que varíen a lo largo del tiempo.

En cuanto a sus características psicométricas, la fiabilidad se analizó valorando la consistencia interna del instrumento, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,70. La fiabilidad test-retest se llevó a cabo con 100 sujetos que pertenecían a un grupo control dentro del marco de una investigación en la que se evaluaba la eficacia de un programa de prevención. A estos 100 sujetos se les evaluó en una primera ocasión y se les aplicó nuevamente el instrumento dos semanas después. La correlación obtenida fue de 0,83. Además, obtuvo una buena puntuación de validez concurrente, 0,79, con la Encuesta sobre Sida (Ballester, Gil y Giménez, 2007).

### *Procedimiento*

El diseño de investigación se llevo a cabo durante 12 meses, distribuidos en cuatro fases: difusión de la investigación y selección de la muestra, evaluación pretest, desarrollo de los componentes de intervención y evaluaciones posteriores (posttest, 1.<sup>er</sup> seguimiento y 2.<sup>o</sup> seguimiento).

En un momento inicial, se llevó a cabo la divulgación de la información sobre el estudio, a través de folletos y carteles informativos, en los distintos campus de las universidades. Las personas interesadas, mantuvieron una charla informativa con el personal del proyecto en la que se les informó sobre los objetivos y naturaleza del mismo, así como de la confidencialidad y anonimato de los datos. Una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes, se realizó una evaluación previa con la versión pretest del instrumento con el fin de poder examinar, más tarde, las diferencias dependientes del género en las cuatro variables citadas.

En una tercera fase tuvo lugar la intervención experimental que, basada en los modelos sociocognitivos, contenía tres componentes de intervención fundamentales: información, actitudes y comportamiento. Dentro de las técnicas basadas en el componente informacional, se encontraban la charla informativa en la que los participantes podrían mantener una actitud pasiva ante la exposición de contenidos y la navegación por web. Durante esta intervención, los participantes debían acceder de manera activa a una página web con similares contenidos. El componente actitudinal estuvo integrado por una intervención basada en un grupo de discusión, otra relacionada con la emisión de imágenes y mensajes aversivos y, una última, en la que un paciente con VIH compartía su experiencia con los participantes. Por último, el componente comportamental, se desarrolló a partir de un juego de roles en el que se trabajaban situaciones problemáticas, así como las destrezas para colocar el preservativo. En la última fase, se realizó una evaluación posterior con la versión posttest en tres momentos diferentes: inmediatamente después de la aplicación de las estrategias de intervención, un mes más tarde y al cabo de cuatro meses.

### *Análisis estadístico*

Por un lado, se llevaron a cabo estadísticos descriptivos de las variables de interés y, por otro, se realizaron una serie de análisis diferenciales para comprobar el posible impacto del género en los resultados de las intervenciones. Para aquellas variables dicotómicas relacionadas con la conducta de sexo seguro, se llevó a cabo una prueba chi-cuadrado, mientras para las variables sobre conocimiento y actitudes medidas en escala tipo Likert, se realizó una prueba t. Asimismo, con el fin de analizar las posibles diferencias obtenidas por cada uno de los grupos (hombres y mujeres) en los distintos momentos de evaluación, se calculó el Análisis de Varianza (ANOVA) para las escalas Likert y la F de Friedman para aquellas variables relacionadas con el sexo seguro. Todos los análisis se realizaron a través del paquete estadístico SPSS-19.

## **Resultados**

### *Información sobre las vías de transmisión*

Tal y como se aprecia en la tabla 1, tanto los hombres como las mujeres han mostrado una mejora significativa en esta variable. Sin embargo, atendiendo al ANOVA, parece que el impacto haya sido mayor en el caso de las mujeres. En líneas generales, considerando que el rango de resultados está comprendido entre 0 (nada) y 4 (mucho), observamos que los valores del segundo seguimiento son elevados.

Tabla 1  
Efecto diferencial sobre «Información real sobre vías transmisión»

Grupo	Pre M(DT)	Post M(DT)	1.º seguimiento M(DT)	2.º seguimiento M(DT)	ANOVA
Hombre	3,25 (0,84)	3,80 (0,39)	3,77(0,42)	3,78(0,41)	$F_{(1,92)} = 14,06$ $p = 0,001$
Mujer	3,03 (0,72)	3,75(0,46)	3,62(0,58)	3,66(0,54)	$F_{(1,36)} = 26,24$ $p \leq 0,001$
t	$t_{(119)} = 1,41$ $p = 0,161$	$t_{(115)} = 0,66$ $p = 0,511$	$t_{(103)} = -1,61$ $p = 0,108$	$t_{(92)} = 0,76$ $p = 0,448$	

### Temor percibido de infectarse por VIH

En la segunda tabla, a partir del ANOVA, se observa cómo solamente las mujeres, mejoran de manera significativa. Por su parte, los hombres parecen mostrar cierta mejoría, sobre todo a largo plazo, aunque no alcancen significación estadística. Según el análisis de la prueba t, no hay diferencias entre hombres y mujeres en los distintos seguimientos.

Tabla 2  
Efecto diferencial sobre «Temor percibido de infectarse por VIH»

Grupo	Pre M(DT)	Post M(DT)	1.º Seguim M(DT)	2.º Seguim M(DT)	ANOVA
Hombre	63,45 (37,57)	68,38 (37,02)	67,29 (38,04)	71,81 (35,90)	$F_{(1,36)} = 0,34$ $p = 0,561$
Mujer	69,92 (37,52)	68,77 (37,06)	78,24 (33,14)	76,84 (34,40)	$F_{(1,58)} = 6,35$ $p = 0,014$
t	$t_{(120)} = -0,93$ $p = 0,352$	$t_{(116)} = -0,57$ $p = 0,995$	$t_{(103)} = -1,57$ $p = 0,120$	$t_{(94)} = -0,86$ $p = 0,495$	

### Ventajas del uso del preservativo

En esta variable (véase tabla 3), de nuevo son las mujeres las que muestran una mejora con diferencias significativas estadísticamente. Dicha mejora es mantenida a lo largo de los seguimientos mientras, en el caso de los hombres, el aumento del postest, desciende en el resto de evaluaciones.

Tabla 3  
Efecto diferencial sobre «Ventajas en el uso del preservativo»

Grupo	Pre M(DT)	Post M(DT)	1.º Seguim M(DT)	2.º Seguim M(DT)	ANOVA
Hombre	3,65(1,66)	3,76(1,35)	3,59(1,35)	3,59(1,35)	$F_{(1,103)} = 6,36$ $p = 0,714$
Mujer	3,20(1,17)	3,31(1,08)	3,49(0,92)	3,49(0,92)	$F_{(1,60)} = 4,33$ $p = 0,042$
t	$t_{(120)} = 1,76$ $p = 0,087$	$t_{(116)} = 2,01$ $p = 0,047$	$t_{(103)} = 0,44$ $p = 0,656$	$t_{(94)} = 0,44$ $p = 0,656$	

### Sexo seguro

Tal y como se observa en la tabla 4, los hombres obtienen resultados significativos para todas las variables, mientras la mejora de las mujeres se da en el sexo oral, el sexo anal y la pareja esporádica. Es cierto, sin embargo, que las mujeres también mejoran en el resto de las variables, pero no alcanzan la significación estadística.

Tabla 4  
Efecto diferencial sobre «sexo seguro»

Práctica		Pre	Post	1.º Seguim	2.º Seguim	FRIEDMAN
Vaginal (%)	H	54	80	28	93	≤.001
	M	70	76	76	79	.354
	Chi <sup>2</sup> <sub>(1)</sub> p	3,15 0,760	0,26 0,607	0,58 0,444	4,45 0,035	
Oral (%)	H	31	33	69	73	≤.001
	M	43	67	60	55	.006
	Chi <sup>2</sup> <sub>(1)</sub> p	1,96 0,161	0,03 0,852	1,15 0,283	3,97 0,046	
Anal (%)	H	84	94	96	96	≤.001
	M	79	88	92	94	.003
	Chi <sup>2</sup> <sub>(1)</sub> p	0,41 0,524	1,54 0,213	0,82 0,366	0,35 0,553	
Pareja estable (%)	H	58	80	80	93	.002
	M	70	76	79	74	.404
	Chi <sup>2</sup> <sub>(1)</sub> p	1,89 0,169	0,26 0,607	0,15 0,903	6,94 0,008	
Pareja esporádica (%)	H	76	93	94	96	≤.001
	M	85	95	94	98	.008
	Chi <sup>2</sup> <sub>(1)</sub> p	1,49 0,221	0,43 0,509	0,01 0,903	0,57 0,447	

## Discusión

En el presente trabajo se ha analizado la posible influencia del género, en los resultados derivados de una intervención preventiva para la infección por VIH-sida. Tal y como planteaban nuestras hipótesis, los elementos de intervención han obtenido cierta mejoría en la mayoría de las variables. Este hecho, apoya los resultados derivados de investigaciones previas, que señalaban la eficacia de las estrategias basadas en componentes sociocognitivos para el fomento de los factores de protección en la prevención del VIH-sida (Kirby *et al.*, 2007). Asimismo, los resultados confirman que las mejorías alcanzadas no siempre se dan a corto plazo (Albarracín, Durantini y Earl, 2006) sino, como en el caso del temor percibido o el sexo seguro en ciertas prácticas, a lo largo de los seguimientos.

Por otro lado, tal y como se proponía en la segunda hipótesis, la mejoría expresada por los participantes se ha mostrado diferencial, en función de su género. Así pues, no solamente hombres y mujeres divergen en las características que les exponen al riesgo de infección (Ballester *et al.*, 2013; Lameiras *et al.*, 2004; Navarro-Pertusa *et al.*, 2003), sino también, en el cambio que muestran tras la participación en estrategias preventivas.

Tal y como han manifestado otros autores (Ateka y Selwyn, 2007), las mujeres arrojan mejores resultados en aquellas variables asociadas a las actitudes y las creencias, como sería el caso de «el temor percibido ante la infección por VIH-sida» o las «ventajas asociadas al uso del preservativo». Por otro lado, si bien las mujeres mejoran en la variable «sexo seguro» en distintas situaciones, los hombres muestran una evolución más positiva en la misma. Este resultado, confirma investigaciones previas en las que los hombres han revelado cambios más consistentes en las variables conductuales (Ballester *et al.*, 2009).

Así pues, dados los resultados obtenidos, se podría confirmar la existencia de un impacto diferencial de los elementos de intervención preventivos en función del género, entre estos participantes jóvenes. Sin embargo, es cierto que las diferencias de género no se dan con tanta intensidad como en otro tipo de poblaciones jóvenes (Younge, 2006). Este fenómeno, ya ha sido observado en algunos estudios desarrollados con población similar que han mostrado mayor equiparación entre los resultados de hombres y mujeres, en cohortes más recientes (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002). Probablemente, el hecho de construir la intervención en un contexto universitario donde existe cierta igualdad en la distribución de recursos y niveles educativos lo facilita, tal y como ha ocurrido en otras experiencias, donde se ha observado cómo a medida que se generaban condiciones de igualdad, el comportamiento de las mujeres se aproximaba al de los hombres (Singh, Wulf, Samara y Cuca, 2000). De igual forma, aun considerándose un contexto con mayor equidad, ciertas diferencias de género aparecen (Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Heredia y Cascales, 2006).

Lógicamente, todos estos resultados, cabe considerarlos a la luz de algunas limitaciones que el estudio presenta. En primer lugar, el que ciertas restricciones metodológicas (derivadas de la duración del curso académico) impidieran contar con un plazo temporal más largo en los seguimientos, para así analizar el impacto diferencial de las intervenciones durante más tiempo. En segundo lugar, habría sido deseable incluir un mayor número de personas participantes, lo que podría dotar al estudio de estadísticos más potentes. También, el hecho de incluir otras variables como la orientación sexual o la experiencia sexual previa, permitiría incluir más variables relacionadas para así analizar su vínculo respecto al género.

De cualquier forma, dichos limitantes no minimizan el valor del presente estudio. En la medida en que, estos hallazgos, reafirman la validez de las estrategias de prevención socio-cognitivas para mejorar los factores de protección ante el VIH-sida y muestran, a su vez, el impacto diferencial que tienen en función del género de los participantes. A partir de lo anterior, con el interés de mejorar la eficacia de las intervenciones preventivas, se plantea la necesidad

de seguir progresando en el análisis de la población participante; así como en el diseño de estrategias de intervención que, de manera ajustada, atiendan a aquellas variables que parecen ser más resistentes, diferencialmente, para hombres y mujeres.

## Referencias bibliográficas

- Albarracín, D., Durantini, M. & Earl, A. (2006). Empirical and Theoretical Conclusions of an Analysis of Outcomes of HIV-Prevention Interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 73-78.
- Ateka, G. K. & Selwyn, B. J. (2007). Adolescent human immunodeficiency virus and sexually transmitted disease prevention programmes: are gender-blind approaches justified? *Public Health*, 121, 682-689.
- Auerbach, J., Hayes, R. & Kandathil, S. (2006). Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection en Evidence from Developing Countries (*WHO Technical Report Series*, 938). Recuperado el 8 de mayo, 2009 de [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_public\\_file/633\\_filename\\_preventing.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_public_file/633_filename_preventing.pdf).
- Ballester, R, Gil, M. D., Edo, M. & Giménez, C. (2007). Evolución y diferencias de género en la intención de conducta respecto a la prevención del VIH en jóvenes universitarios: años 1999-2006. Sesión de cartel presentada en el *X Congreso Nacional del Sida*, San Sebastián, España.
- Ballester, R., Gil, M. D. & Giménez, C. (2007). El "Cuestionario de Prevención del Sida (CPS): Análisis de la fiabilidad y validez. Sesión de cartel presentada en el *X Congreso Nacional del Sida*, San Sebastián, España.
- Ballester, R., Gil, M. D., Giménez, C. & Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 3, 181-191.
- Ballester, R., Gil, M. D., Ruiz, E. & Giménez, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29, 76-82.
- Fáilde, J., Lameiras, M. & Núñez, A. M. (2007). Conducta sexual segura y hábitos de salud en jóvenes españoles de 14 a 24 años. *SUMMA Psicológica UST*, 4, 21-33.
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18, 47-54.
- Instituto de Salud Carlos III (2011). Nuevos diagnósticos de infección por VIH en clientes de una red de centros específicos de VIH/ITS, 2003-2009. Recuperado el 1 de septiembre, 2012 de [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/InformeNuevosDiagnosticos\\_2003\\_2009.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/InformeNuevosDiagnosticos_2003_2009.pdf).
- Hammer, S. M. (2011). Antiretroviral Treatment as Prevention. *The New England Journal of Medicine*, 365, 561-562.
- Kalichman, S. (2009). The current state of HIV prevention: recent advances and new challenges. En Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (ed.), *Promocionando el bienestar: VII Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología* (p. 49). Castellón: Universitat Jaume I.
- Kirby, D., Laris, B. A. & Roller, L. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviours of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-207.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. & González, M. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychological*, 3, 27-34.

- López-Sáez, M., Morales, J. F. & Lisbona, A. (2008). Evolution of Gender Stereotypes in Spain: Traits and Roles. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 609-617.
- Mestre, M. V.; Samper, P., Frías, M. D. & Tur, A. M. (2009). Are Women More Empathetic than Men? A Longitudinal Study in Adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 76-83.
- Navarro-Pertusa, E., Barberá, E. & Reig, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15, 395-400.
- Navarro-Pertusa, E., Reig-Ferrer, A., Heredia, E. & Cascales, R. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: Diferencias de género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 79-96.
- Singh, S., Wulf, D., Samara, R. & Cuca, Y. (2000). Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries. *International Family Planning Perspectives*, 26, 21-43.
- Sipsma, E., Carrobes, J. A., Montorio, I. & Everaerd, W. (2000). Sexual Aggression Against Women by Men Acquaintances: Attitudes and Experiences among Spanish University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 3, 14-27.
- UNAIDS- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2012). 2012 UNAIDS World AIDS Day Report – Results. Recuperado el 10 de septiembre, 2012 de <http://www.unaids.org/es/resources/publications/2012/>.
- UNAIDS- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2012). Women out loud: How women living with HIV will help the world end AIDS. Recuperado el 10 de septiembre, 2012 de <http://www.unaids.org/es/resources/publications/2012/>.
- Younge, S. (2006). The role of interpersonal power in the HIV protective behavior of low-income African American women. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66, 5075.



## Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos\*

SANDRA GÓMEZ MARTÍNEZ  
gomezs@uji.es

BEATRIZ GIL JULIÁ  
bgil@uji.es

JESÚS CASTRO CALVO  
castroj@uji.es

ESTEFANÍA RUIZ PALOMINO  
eruiz@uji.es

RAFAEL BALLESTER ARNAL  
rballest@uji.es

### Resumen

La fatiga compasiva comprende un conjunto de emociones y conductas resultantes del contacto con eventos traumáticos experimentados por otros. A pesar de que se han documentado síntomas relacionados con este síndrome, las investigaciones sobre fatiga compasiva son limitadas. Estudios realizados en unidades médicas muestran prevalencias de fatiga compasiva elevadas, lo que resalta la necesidad de que los profesionales médicos se cuiden a sí mismos. Por ello, el objetivo de este estudio ha sido explorar la fatiga compasiva en enfermeras/os de UCI y analizar su relación con diversas variables demográficas/laborales.

Se evaluaron 30 enfermeras/os de UCI (comunitat Valenciana) mediante el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción (ProQOL-viv) (Stamm, 1997-2005).

Los resultados muestran puntuaciones medias en todas las subescalas aunque un porcentaje considerable presenta puntuaciones altas en alguna de ellas. Así, un 6,7 % puntuó bajo en Satisfacción y un 16,7 % y 26,7 % de participantes puntuaron alto en *burnout* y fatiga por compasión respectivamente.

Respecto a los análisis diferenciales, mujeres y personas creyentes puntuaron más alto en todas las subescalas. Según el género, no se encuentran diferencias significativas. Finalmente, las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas y la edad y experiencia, no son significativas.

Estos datos revelan la importancia de considerar el porcentaje de enfermeras/os cuyas puntuaciones impliquen riesgo de fatiga. Es necesario profundizar en su análisis, para diseñar e implementar programas de prevención y/o intervención que mejoren el esta-

\* Este proyecto se ha llevado a cabo gracias a la financiación del Ministerio de Educación y Ciencia (PSI 2008-01642/PSIC) y de la Generalitat Valenciana (BFPI/2008/129).

do emocional de los profesionales de UCI, lo cual revertirá en una mejor calidad de vida y calidad asistencial ofrecida a pacientes-familiares.

**Palabras clave:** fatiga compasiva, enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, satisfacción.

## Abstract

Compassion fatigue is defined as «a set of emotions and behaviors arising from the contact with traumatic events experienced by others.» Despite the fact that different symptoms related to this syndrome have been reported, the research on compassion fatigue is limited. The studies carried out in medical units, show a high prevalence of compassion fatigue, so the need for taking care of the medical professionals themselves is highlighted. Therefore, the aim of this study was to explore the compassion fatigue in ICU nurses and to analyze its relationship with diverse demographic and working variables.

30 nurses were evaluated in an ICU (comunidad Valenciana) by the «Compassion Fatigue Questionnaire and Satisfaction (ProQOL-VIV)» (Stamm, 1997-2005).

Results show mean scores in the midrange in all subscales, although a considerable percentage of nurses present high scores in some of them. 6,7 % of participants scored low in satisfaction and 16,7 % and 26,7 % scored high in burnout and compassion fatigue scales respectively.

Related to the differential analysis, women and faithful people scored higher in all subscales. By gender, significant differences have been found. Finally, correlations between subscale scores and the age and experience, are not significant.

Data reveal the importance of considering the percentage of nurses whose scores involve risk of fatigue. If we pretend to design and implement prevention and/or intervention programs to improve the emotional state of ICU professionals, it is necessary to investigate further. The better emotional state of the nurses, the better quality of life and quality of care they will provide to patients-relatives.

**Keywords:** Compassive fatigue, nurses, Intensive Care Unit, Satisfaction.

## Introducción

El término *–compassion fatigue–* fue utilizado por primera vez en una revista de enfermería por Joinson (1992), para describir situaciones en las que las enfermeras presentaban dificultad para experimentar sus propios sentimientos o sentían impotencia y rabia en respuesta al estrés que padecían, al estar en contacto con pacientes que atendían a diario en el servicio de emergencias hospitalarias (De Lucas y cols., 1998).

La fatiga por compasión o desgaste por empatía (como también ha sido traducido el término *compassion fatigue*) es un concepto en evolución que se asocia con el coste del cuidado (Figley, 1982). A lo largo del tiempo, se ha denominado de distintas maneras: *Victimización Secundaria* (Figley, 1982), *Estrés Traumático Secundario* (Figley, 1983, 1985;

Stamm, 1995, 1997) y *Traumatización Vicaria* (McCann y Pearlman, 1990; Pearlman y Saakvitne, 1995).

Así, el estrés traumático secundario, tal y como definió Figley en 1983, sería el «conjunto de emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro». Algunos autores han agrupado los síntomas en tres grupos coincidiendo con los ejes del Trastorno de Estrés Postraumático: reexperimentación del hecho traumático (pesadillas, *flashbacks*), evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento emocional (sentimientos de desapego, anhedonia, amnesia) e hiperactivación (hipervigilancia, dificultad para dormir). Además, se ha identificado una sintomatología propia del estrés traumático secundario que se manifiesta en reacciones cognitivas, emocionales y comportamentales que algunos autores han clasificado en tres grupos, tal y como se puede observar en el cuadro 1 (Kang, Munson y Click, 2007).

Cuadro 1  
*Síntomas comunes de la fatiga por compasión (Kang, Munson y Click, 2007)*

PSICOLÓGICOS	COGNITIVOS	INTERPERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emociones intensas (enfado, tristeza, culpabilidad, inquietud).</li> <li>- Pensamientos extraños, imágenes estresantes o pesadillas.</li> <li>- Sensación de adormecimiento</li> <li>- Evitar al paciente, la familia o la situación.</li> <li>- Dolencias somáticas (trastornos gastrointestinales, cefalea, fatiga).</li> <li>- Ansiedad o agitación.</li> <li>- Comportamiento compulsivo o adictivo (beber, fumar...).</li> <li>- Sentirse aislado o personalmente responsable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconfiar de otros (familia, paciente, compañeros).</li> <li>- Aumento vulnerabilidad personal o falta de seguridad.</li> <li>- Creer que otros no son competentes para manejar el problema.</li> <li>- Aumento o disminución del sentido del poder.</li> <li>- Aumento del escepticismo.</li> <li>- Aumento del sentido de responsabilidad personal o culpabilidad.</li> <li>- Creer que otros no entienden el trabajo que estás haciendo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandonar el equipo de tratamiento.</li> <li>- Dejar las relaciones personales (porque la gente «no entiende»).</li> <li>- Desconfianza de otras personas y profesionales.</li> <li>- Excesiva identificación con el sufrimiento de otros llevándole a un desvío al límite de las relaciones.</li> <li>- Separación de las situaciones o experiencias emocionales (incluyen paciente/familia).</li> <li>- Irritarse fácilmente con otros.</li> </ul>

A pesar de que estos signos y síntomas se han documentado en diversos estudios (Collins y Long, 2003; Figley, 2002; Kang, Munson y Click, 2007; Maytum, Heiman y Garwick, 2004; Pfifferling y Gilley, 2000), el número de investigaciones sobre la fatiga compasiva, su prevalencia y las consecuencias que puede tener en el ambiente de trabajo, es limitado.

Algunos estudios se han centrado únicamente en el personal de enfermería utilizando el cuestionario de *fatiga compasiva y satisfacción* de Stamm (1997-2005). En el estudio de Yoder (2010) que se realizó con la participación de personal de enfermería de distintas áreas hospitalarias, se obtuvo que el 8,6 % presentaba bajas puntuaciones en la subescala de satisfacción con la compasión, el 7,6 % estaba en riesgo de *burnout* y 15,8 % presentaba riesgo de fatiga por compasión. En otro estudio (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel y Reimels, 2010) que se realizó en EE. UU. y en el que participaron 109 enfermeras de diversos servicios (45 % pertenecían al servicio de urgencias, 30 % al servicio de cuidados intensivos, 14 % a nefrología y 11 % a oncología), del total de participantes, el 20,2 % obtuvieron bajas puntuaciones en la

subescala de satisfacción con la compasión, un 26,6 % estaba en riesgo de *burnout* y el 28,4 % de los participantes estaban en alto riesgo de padecer fatiga por compasión. En la tabla 1 pueden apreciarse los resultados en cada una de las subescalas del cuestionario en función del servicio. Si tenemos en cuenta las diferentes áreas, los resultados del estudio muestran que el servicio que puntúa más bajo en la satisfacción con la compasión es el de urgencias (24,5 %). En cuanto a la subescala de *burnout*, aquellos que puntúan más alto son los profesionales del servicio de Cuidados Intensivos (34,4 %) y por último en la escala de fatiga por compasión puntuarían más alto los profesionales del servicio de oncología.

Tabla 1  
Comparación entre las subescalas de PROQOL-VIV (Hooper et al., 2010)

VARIABLE	URGENCIAS	CUIDADOS INTENSIVOS	NEFROLOGÍA	ONCOLOGÍA	MUESTRA TOTAL
<i>Satisfacción con la compasión</i>					
Bajo (<33)	24,5 %	18,8 %	18,8 %	8,3 %	20,2 %
Medio (34-41)	49 %	56,3 %	62,5 %	41,7 %	52,3 %
Alto (>42)	26,5 %	25 %	18,8 %	50 %	27,5 %
<i>Burnout</i>					
Bajo (<18)	18,4 %	21,9 %	12,5 %	16,7 %	18,3 %
Medio (19-26)	59,2 %	43,8 %	62,5 %	58,3 %	55 %
Alto (>27)	22,4 %	34,4 %	25 %	25 %	26,6 %
<i>Fatiga por compasión</i>					
Bajo (<8)	14,3 %	15,6 %	12,5 %	25 %	15,6 %
Medio (9-16)	57,1 %	56,3 %	62,5 %	58,3 %	56 %
Alto (>17)	28,6 %	28,1 %	25 %	33,3 %	28,4 %

En las unidades médicas, especialmente las Unidades de Cuidados Intensivos, por sus características, se observa una alta prevalencia de fatiga compasiva, por lo que se ha resalado la necesidad de que los profesionales médicos se cuiden a ellos mismos tanto personal como profesionalmente. Un estudio llevado a cabo por Meadors y Lamson en 2008 demostró que los seminarios educacionales que incluían el tema de la fatiga por compasión acompañado de algunas estrategias de afrontamiento resultaban efectivos para reducir el estrés clínico y la fatiga por compasión.

Sin embargo, para poder ofrecer una estrategia eficaz de cuidado para los profesionales sanitarios, se hace necesario conocer cuál es la realidad de estos síntomas en las enfermeras y enfermeros de las distintas Unidades en los hospitales españoles, así como saber qué factores hacen que haya mayor grado de fatiga compasiva en los mismos. Es por ello, que el objetivo de este trabajo ha sido explorar la fatiga compasiva en el colectivo de enfermería de UCI y analizar su relación con distintas variables sociodemográficas y laborales, como el género, la edad, las creencias religiosas, el estado civil y el tiempo de experiencia en la Unidad.

## Método

En este estudio participaron 30 enfermeras/os de una UCI de la Comunidad Valenciana, con una edad media de 38,8 años (DT = 9,4) y un tiempo medio de trabajo en el SMI de 8,5 años (DT = 7,85). En función del género el 13,8 % eran hombres y el 86,2 % restante mujeres. El 56,7 % de los participantes refirió tener pareja y según las creencias religiosas el 63,3 % eran creyentes mientras que el 36,7 % no lo eran.

La evaluación del personal de enfermería tuvo lugar durante el año 2011. Con el fin de respetar la confidencialidad, se entregó a cada uno de los profesionales que estaban trabajando en ese momento en la unidad, una batería de cuestionarios entre los que se encontraba el PROQOL-VIV (Stamm, 1997-2005) descrito más abajo. Se les pidió que una vez contestado el instrumento de evaluación, cerraran el sobre y lo depositaran en una caja habilitada para tal efecto en la secretaría de la unidad.

Tal y como se comenta en el párrafo anterior, el instrumento de evaluación utilizado fue el cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción (PROQOL-VIV) de Stamm (1997-2002), el cual consta de 30 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 6 alternativas de respuesta que van desde nunca (0) a siempre (5). El cuestionario se divide en tres subescalas que son las siguientes: la satisfacción por compasión, el *burnout* y el estrés postraumático secundario o fatiga por compasión. Según el propio autor, se encontrarían en riesgo de padecer fatiga aquellas personas que presentarían una puntuación baja en la subescala de satisfacción por la compasión y alta en *burnout* y fatiga por compasión. El cuestionario ha mostrado buenas características psicométricas. En un estudio de Figley y Stamm (1996) todas las subescalas muestran un alfa de Cronbach superior a 0,80.

Finalmente, los análisis se han llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS 18. Se han realizado análisis descriptivos y de frecuencias para la descripción de las características principales de la muestra. Asimismo se han realizado análisis diferenciales de las variables a estudio en función de variables sociodemográficas y laborales mediante la prueba T para muestras independientes. Igualmente, se han llevado a cabo correlaciones de Pearson para conocer la relación entre las puntuaciones del cuestionario y las variables edad y tiempo de experiencia en la Unidad.

## Resultados

Analizando los resultados relativos a la fatiga de los profesionales que trabajan en constante contacto con pacientes críticos, como lo son las enfermeras/os de una UCI, podemos observar que la media de la subescala de satisfacción por compasión es la más alta de las tres ( $\bar{x} = 39$ ; DT = 4,49), indicándonos esta puntuación que el personal de enfermería de nuestra UCI se encontraría un poco por encima de la media (puntuación 37), según indica el baremo del cuestionario. En cuanto a la subescala de *burnout* los resultados muestran una puntuación media de 21,57 (DT = 6,55), la cual estaría muy próxima a la media que indica el baremo (puntuación 22). Y finalmente, la puntuación media obtenida en la subescala de fatiga por compasión ( $\bar{x} = 13,40$ ; DT = 7,04) no indicaría riesgo ya que según los autores solo una puntuación por encima de 17 puntos implicaría riesgo de padecer fatiga por compasión (figura 1).

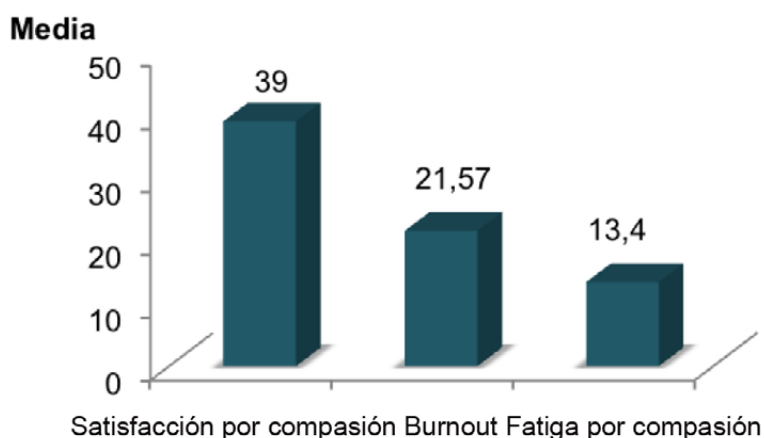


Figura 1. Media de las puntuaciones de fatiga compasiva

Se ha realizado también un análisis en función de la distribución de las puntuaciones de los participantes en cada una de las subescalas. Así, tal como podemos apreciar en la figura 2, el 60 % de las/os enfermeras/os obtuvieron una puntuación media en la subescala de satisfacción por compasión, mientras que un 6,7 % puntuó bajo y un 33,3 % puntuó alto en esta subescala.

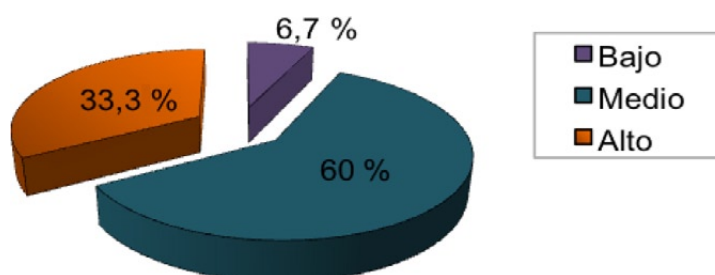


Figura 2. Distribución de los participantes según el baremo en la subescala de satisfacción por compasión (PROQOL-VIV)

Respecto a la subescala de *burnout* (figura 3), los resultados muestran que un 23,3 % de los participantes puntuó bajo, un 60 % obtuvo una puntuación media y un 16,7 % obtuvo una puntuación alta.

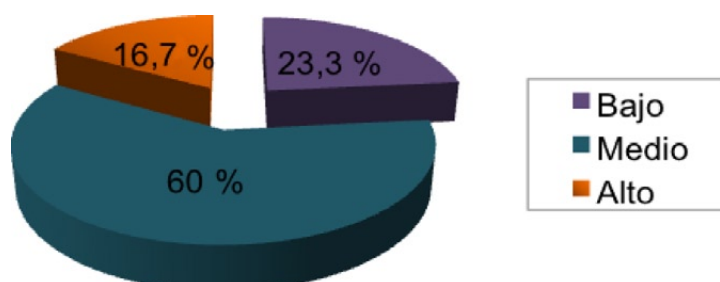


Figura 3. Distribución de los participantes según el baremo en la subescala de burnout (PROQOL-VIV)

Por último, en la subescala de fatiga por compasión observamos que un 20 % del personal de enfermería puntuó bajo, un 53,3 % puntuó en la media y un 26,7 % obtuvo puntuaciones altas (figura 4).

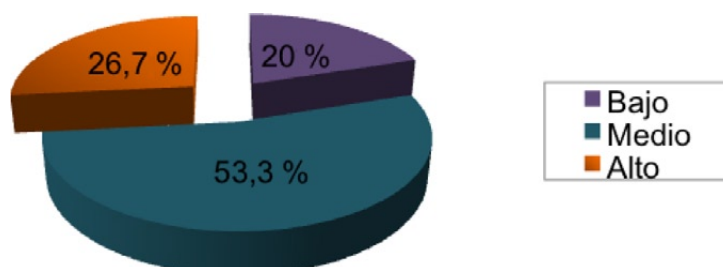


Figura 4. Distribución de los participantes según el baremo en la subescala de fatiga compasiva (PROQOL-VIV)

Asimismo, se han llevado a cabo análisis diferenciales en función del género, tener o no pareja y las creencias religiosas. En este sentido, los resultados según el género muestran que las mujeres puntuaron más alto en todas las subescalas del cuestionario aunque solamente en la subescala de fatiga compasiva las diferencias alcanzan la significación estadística ( $t = 2,98$ ;  $p = ,006$ ) (figura 5).

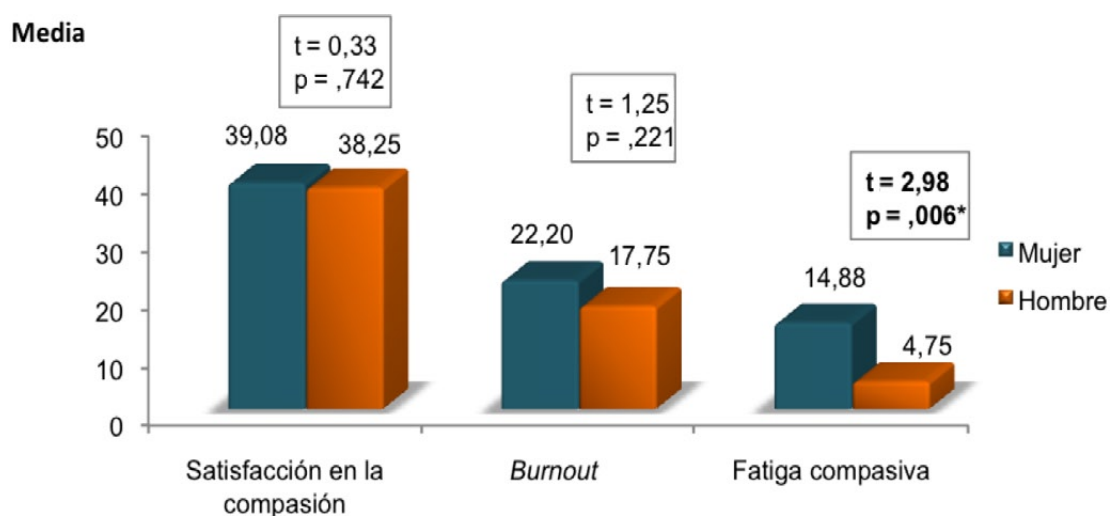


Figura 5. Análisis diferencial en función del género

Según el estado civil, tal como se observa en la figura 6, las puntuaciones medias de los participantes sin pareja son mayores en todas las subescalas que las que presentan los que sí tienen pareja. No obstante, estas diferencias no son significativas a nivel estadístico.

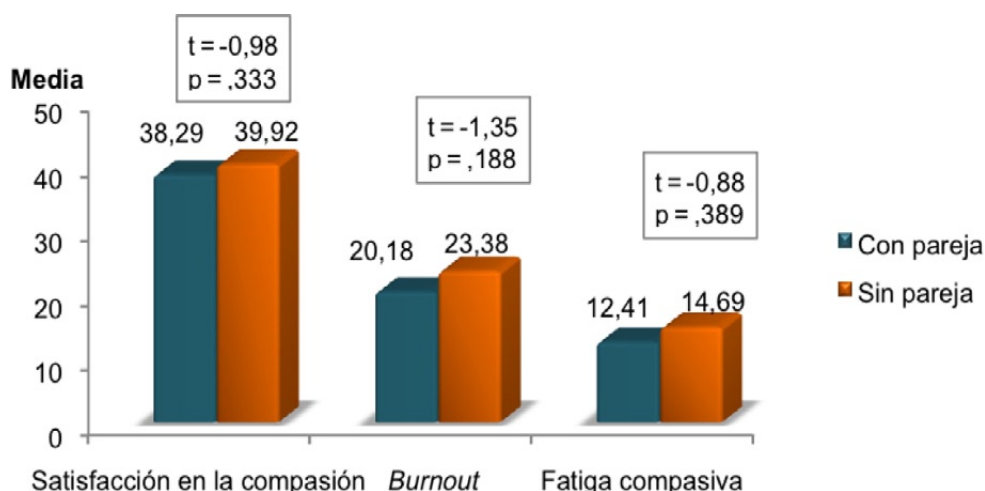


Figura 6. Análisis diferencial en función del estado civil

Según las creencias religiosas, tal como se refleja en la figura 7, las medias en todas las subescalas evaluadas son mayores en aquellos participantes que refieren ser creyentes, si bien las diferencias observadas solo han sido significativas a nivel estadístico en la subescala de fatiga compasiva.

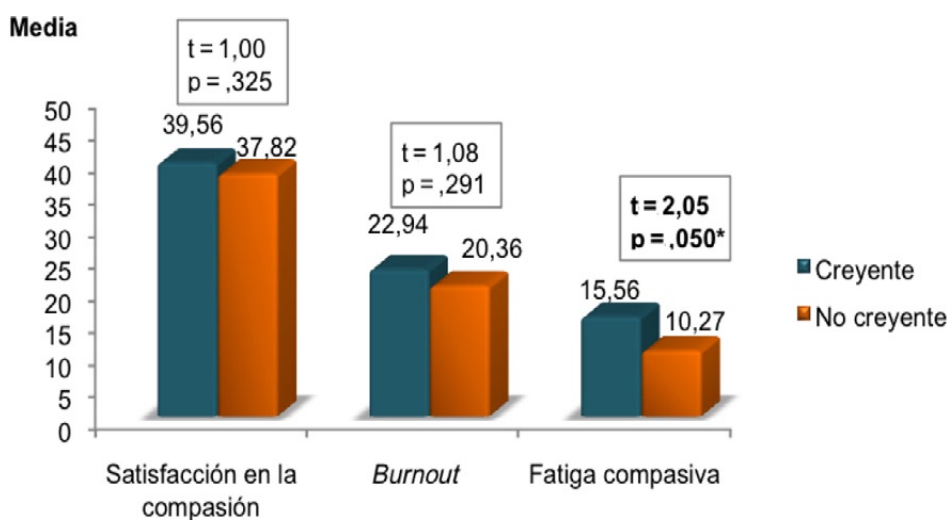


Figura 7. Análisis diferencial en función de las creencias religiosas

Finalmente, al analizar la relación de las tres subescalas del cuestionario de fatiga compasiva con la edad y el tiempo de experiencia de las/os enfermeras/os en el SMI, tal como se observa en la tabla 2, los resultados no han mostrado relaciones significativas a nivel estadístico en ninguna de las escalas.



Tabla 2  
Correlaciones de Pearson entre las tres subescalas del cuestionario de Fatiga compasiva y la edad y el tiempo de experiencia en el SMI

SUBESCALAS	EDAD	EXPERIENCIA SMI
Satisfacción por la compasión	-,242 (p = ,197)	-,340 (p = ,089)
<i>Burnout</i>	,101 (p = ,597)	,188 (p = ,358)
Fatiga compasiva	,210 (p = ,264)	,245 (p = ,228)

## Discusión y conclusiones

Nuestros resultados indican que las puntuaciones de la mayoría de los participantes no muestran riesgo en ninguna de las tres subescalas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que sí hay un porcentaje considerable de personas que puntúan algo en alguna de las tres subescalas, encontrando un 6,7 % de los participantes que cumplirían todos los criterios del baremo para estar en riesgo de padecer fatiga compasiva. Si comparamos nuestros resultados con trabajos previos (tabla 3), vemos que en el estudio de Hooper *et al.* (2010) –del cual solamente hemos tomado los datos relacionados con UCI– los porcentajes de riesgo son mayores que en nuestro caso. Así, el porcentaje de personas que presentan baja satisfacción con la compasión es de 18,8 % en el caso de Hooper, siendo 6,67 % en nuestro caso. De la misma manera es menor también el porcentaje de aquellos que puntúan alto en la subescala de fatiga compasiva (28,1 % frente a los 26,7 % de nuestro caso). El porcentaje de personas que puntúa alto en la subescala *burnout* es de 16,6 % en nuestro caso frente a 34,4 %. Los porcentajes de personal en puntuación de riesgo para estas subescalas en el trabajo de Yoder (2010) fueron, a su vez, 8,6 % en la escala de satisfacción, 15,8 % en la escala de compasión y 7,6 % en el caso del *burnout*.

Tabla 3  
Resultados obtenidos en distintos estudios para las subescalas de fatiga compasiva

	YODER, 2010	HOOPER ET AL., 2010	NUESTRO ESTUDIO
Participantes	Enfermería UCI n = 16	Enfermería UCI n = 32	Enfermería UCI n = 30
Satisfacción	8,6 %	18,8 %	6,67 %
<i>Burnout</i>	7,6 %	34,4 %	16,67 %
Fatiga compasiva	15,8 %	28,1 %	26,6 %

Por tanto, nuestros resultados son más negativos que los de Yoder (2010) y más positivos que en el estudio de Hooper *et al.*, (2010). Quizá en este caso pueda estar influyendo la organización de las distintas UCI (el número de camas, la *ratio* de profesionales por paciente, los turnos, el descanso...), así como la relación entre compañeros dentro del equipo, lo que permitiría en algunos casos la descarga emocional entre ellos de los casos más impactantes.

Sería necesario seguir profundizando en el estudio del fenómeno de la fatiga compasiva, pues hay algunos de los aspectos que podrían ser mejorados, pues dependen o bien de la organización del hospital o bien del propio profesional.

Cuando se analizan los resultados en función de las variables demográficas vemos que son las mujeres las que puntúan más alto en las tres subescalas del cuestionario de fatiga compasiva, encontrándose diferencias significativas solamente en la subescala de fatiga compasiva, en la que los resultados indican que estas estarían en mayor riesgo de experimentar síntomas como dificultades para dormir, tener imágenes del evento estresante o evitar las cosas que le recuerdan al mismo. Una posible explicación es que la mayoría de las mujeres son más sensibles y dedican más tiempo a la emocionalidad del paciente, por ello están más fatigadas y quemadas, quizás también por el poco reconocimiento que se le da a su labor.

El estado civil no ha mostrado diferencias significativas, aunque son las personas sin pareja aquellas que puntúan más alto en las tres subescalas. Quizá se deba a la falta de espacios para compartir las experiencias laborales diarias, aunque esto solo es una posible explicación. Por ello, queda abierta la puerta a estudios futuros en los que se examinen estas con mayor detalle.

En cuanto a las creencias religiosas, son las personas creyentes las que puntúan más alto en las tres subescalas del cuestionario de fatiga compasiva, encontrándose diferencias significativas solamente en la subescala de fatiga compasiva. Algunos estudios relacionan bajos niveles de fatiga compasiva con la práctica de la religión, ya que esta es utilizada como estrategia de afrontamiento (Smith, 2009; Udipi, Veach, Kao y LeRoy, 2008); sin embargo nuestros resultados son contrarios a estos, por lo que sería necesario continuar investigando acerca de este aspecto.

Por lo que respecta a la edad y la experiencia laboral no han mostrado relación con la fatiga compasiva. Aunque los resultados sí muestran que la satisfacción es mayor cuanto menor es la edad y la experiencia, en cambio, el *burnout* y la fatiga más aumentan cuanto mayor es la edad y la experiencia.

En definitiva, a lo largo de este trabajo hemos intentado conocer el grado de fatiga compasiva en los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos, así como qué variables pueden jugar un papel importante en el mayor o menor grado de afectación.

Somos conscientes de las limitaciones de este trabajo, entre las que destacan principalmente dos. La primera de ella es la representatividad de la muestra a nivel nacional. Sabemos que este trabajo habría sido mucho más completo con participantes de unas UCI de distintos lugares de España. La segunda limitación tiene que ver con el número de participantes. Si bien es cierto que consideramos apropiado el número de participantes considerando las dificultades para acceder a este tipo de muestra, es cierto que este hecho ha provocado que algunos de los subgrupos sean pequeños y no se haya podido profundizar más en el estudio de algunos aspectos como en el papel de las creencias religiosas o el estado civil. Otra de las limitaciones que hemos encontrado ha sido la falta de trabajos en los que los participantes fueran profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos, limitando esto la comparación de nuestros resultados.

A pesar de estas limitaciones, pensamos que el presente trabajo abre las puertas a numerosas investigaciones futuras. Puesto que a través del estudio de las variables implicadas en la fatiga compasiva, sería posible diseñar e implementar programas de prevención e intervención que permitieran mejorar la relación y la comunicación dentro del equipo, permitir la descarga emocional en los casos más impactantes y mejorar el afrontamiento a situaciones emocionalmente negativas, reduciendo todo ello la posibilidad de verse afectados por la fatiga compasiva.

## Referencias bibliográficas

- Collins, S. & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers-a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417-424.
- De Lucas, N., Sánchez, A., García Ochoa, M. J., Sánchez, C., Jiménez, J. A. & Cuesta, P. (1998). Burn-out (Estrés laboral) en un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*. Número Extraordinario, 1, 165.
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. In the *Psychosocial Stress Book Series*. New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (1982). *Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health*. Paper presented at the *Keynote Address for Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction*. Lubbock, TX: Texas Tech University.
- Figley, C. R. (1983). Catastrophes: A overview of family reactions. En C. R. Figley & H. I. McCubbin (eds.), *Stress and the Family: Volume II: Coping with Catastrophe*. New York: Brunner/Mazel, 3-20.
- Figley, C. R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. En C. R. Figley (ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 398-415). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of the compassion fatigue self test. En B. H. Stamm (ed.), *Measurement of stress, trauma and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., Wetsel, M. & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal Of Emergency Nursing: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association*, 36, 420-427.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-122.
- Kang, T., Munson, D. & Klick, J. (eds.). *Pediatric Palliative Care*. Pediatric Clinics of North America, 2007, 54 (volumen completo).
- Maytum, J., Heiman, M. & Garwick, A. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 171-179.
- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (2), 131-149.
- Meadors, P. & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self-care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication Of National Association Of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 22, 24-34.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Constructivist self development theory approach to treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. En C. R. Figley (ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pfifferling, J. & Gilley, K. (2000). Overcoming compassion fatigue. *Family Practice Management*, 7, 39-45.
- Smith, B. J. (2009). Compassion fatigue, burnout, objectivism and religious activities/beliefs in practitioners. *Dissertation Abstracts International Section A*, 70.
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 230-246). Baltimore: The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8(2), Spring.

- Stamm, B. H. (1997-2005). *Professional quality of life: compassion, satisfaction and fatigue subscales, R-IV (proQOL)*. Recuperado en junio de 2011 en [www.isu.edu/~bhstamm](http://www.isu.edu/~bhstamm).
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL Manual*. Recuperado en junio de 2011 en [www.isu.edu/~bhstamm](http://www.isu.edu/~bhstamm).
- Udipi, S., Veach, P., Kao, J. & LeRoy, B. S. (2008). The psychic costs of empathic engagement: Personal and demographic predictors of genetic counselor compassion fatigue. *Journal of Genetic Counseling*, 17, 5, 459-471.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191-197.

## El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la prevención del juego patológico en población joven y adolescente

DANIEL CAMPOS BACAS  
camposd@uji.es

SARA NEBOT IBÁÑEZ  
snebot@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO  
squero@uji.es

JUANA MARÍA BRETÓN-LÓPEZ  
breton@uji.es

### Resumen

**Introducción.** En España, la prevalencia del juego patológico (JP) oscila entre el 2 % y el 3 % de la población adulta (p. ej., Becoña, 1999) representando un problema relevante en jóvenes y adolescentes (Becoña, 2010). Por este motivo, es necesario dedicar esfuerzos en la prevención de este problema, sobre todo en esta población. En este sentido, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden tener un papel fundamental a la hora de prevenir, evaluar e intervenir en el JP. El objetivo de este trabajo fue llevar a cabo una revisión sobre la utilización de las TIC en el ámbito de la prevención del JP en esta población. **Método.** Se realizó una búsqueda en bases de datos como PsycInfo, ISI Web of Knowledge, Scopus y Springer Link. **Resultados.** Se encontraron 6 programas de prevención para el JP en población joven y adolescente, así como 4 estudios en Canadá que utilizaban TIC (vídeos y presentaciones interactivas) en intervenciones breves para la prevención del JP. Solo se encontró 1 estudio que utilizaba las TIC para llevar a cabo un programa de prevención del JP (*It's Your Lucky Day*). En España, no se encontraron estudios sobre prevención del JP y las TIC. **Conclusiones.** Los resultados muestran que la investigación en el uso de las TIC para la prevención del JP en jóvenes y adolescentes es escasa. El uso de estas herramientas se presenta como una línea de investigación prometedora debido a las ventajas que plantea para esta población específica (p. ej., Heider y Massanari, 2010).

**Palabras clave:** juego patológico, TIC, prevención, jóvenes y adolescentes.

### Abstract

**Introduction.** In Spain, the prevalence of Pathological Gambling (PG) is around 2 % and 3 % of adults (e.g., Becoña, 1999), representing a significant problem in youth and

adolescents (Becoña, 2010). For this reason, it is necessary to devote efforts in preventing this problem, especially in this population. In this line, Information and Communication Technologies (ICTS) may have a key role in preventing, assessing and treating PG. The aim of this study was to conduct a review of the use of ICTS in the field of pathological gambling prevention among young and adolescent. **Method.** We searched in databases as PsycInfo, ISI Web of Knowledge, Scopus y Springer Link. **Results.** Six prevention programs for PG among young and adolescent were found, as well as 4 studies in Canada that used ICTS (vídeos and interactive presentations) for brief interventions to prevent gambling. Only 1 study that used ICTS to apply a prevention program for PG (*It's Your Lucky Day*) was found. In Spain, no study about the prevention for PG and ICTS was found. **Conclusion.** The results show that the use of ICTS for PG prevention among youth and adolescents is scarce. The use of ICTS may be a promising line of research due to the advantages arising for this specific population (e.g., Heider & Massanari, 2010).

**Keywords:** Pathological Gambling, ICTS, prevention, youth and adolescent.

## Introducción

Según la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR; APA, 2000), el juego patológico (JP) se clasifica como un trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados, a pesar de que los criterios especificados para el diagnóstico de este trastorno son similares a los de los trastornos por consumo de sustancias y otras adicciones. Principalmente, el JP se caracteriza por ser un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente que interfiere y altera la vida personal, familiar o profesional (APA, 2000), teniendo que cumplir al menos cinco de los diez criterios indicados en la tabla 1. En ella también se refleja la propuesta de Fisher (1992) para ajustar los criterios en niños de entre 11 y 16 años (DSM-IV-J).

Tabla 1  
Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-IV-TR y DSM-IV-J

1. Preocupación por el juego.
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido en el esfuerzo para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas.
6. Después de pérdidas se regresa para escapar de los problemas.
7. Se engaña a los miembros de la familia y otros para ocultar el grado de implicación con el juego.
DSM-IV-J: Se engaña a los miembros de la familia o amigos para ocultar el grado de implicación en el juego.

---

8. Se comenten actos ilegales para financiar el juego.

DSM-IV-J: Se cometen actos ilegales/antisociales, gastar dinero de la comida, robar en casa o fuera para jugar.

---

9. Se ha arriesgado o perdido relaciones interpersonales, trabajos, etc.

DSM-IV-J: Se riñe con la familia o con los amigos más próximos y se hace peligrar la educación por el juego.

---

10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera.

---

Adaptado de Arbinaga (2000)

Diferentes autores han insistido en la conveniencia de diferenciar distintos tipos de jugadores, aunque de momento, no existe acuerdo entre ellos y la evidencia experimental que los sustenta es mínima (Robert y Botella, 2008). Autores como González (2010) entienden el JP como un continuo de problemas relacionados con el juego de azar: desde el juego saludable al juego patológico, pasando por el juego de riesgo y el juego problemático. Desde esta perspectiva, el juego pasaría de ser un entretenimiento a una necesidad. Por su parte, Ochoa y Labrador (1994) proponen cuatro grupos de jugadores: los jugadores sociales, los jugadores profesionales, los jugadores problema y jugadores patológicos. El jugador *social* sería aquel que juega por placer, de modo esporádico y con control sobre el juego. El *profesional* también mantiene un control sobre el juego, estudiando las jugadas de modo que le permitan obtener beneficios. El jugador *problema* sería aquel jugador que, aunque todavía mantiene un cierto control sobre su conducta de juego sin graves problemas en su vida laboral y familiar, dedica gran cantidad de tiempo y dinero al juego, presentando un alto riesgo de convertirse en jugador patológico. Por último, el jugador *patológico* sería aquel que ha perdido el control sobre su conducta de juego, con un deterioro personal, familiar y social. En este sentido, diversos autores han tratado de estructurar el proceso a través del cual una persona pasa de ser jugador social a convertirse en jugador patológico (p. ej., Custer, 1984; Custer y Milt, 1985). Generalmente se trata de un proceso largo, que puede durar años y que suele comenzar en la adolescencia (Robert y Botella, 2008).

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) (González, 2010). Los porcentajes de prevalencia varían del 1 % al 2 % en Estados Unidos (Shaffer, Hall y Van der Bilt, 1997), Canadá (Ladouceur, 1996) y Europa (Becoña, 1996). Los estudios han ido observando un incremento de este problema (p. ej., Arbindaga, 2000; Moreno, 2007), existiendo una preocupación generalizada sobre la elevada incidencia del JP en población de riesgo, como son los jóvenes y los adolescentes. En esta población se encuentran porcentajes entre el 1,7 % y el 8 % (Ladouceur y Mireault, 1988; Lesieur y Rosenthal, 1991). Más recientemente, en el panorama internacional se ha publicado nueva información sobre jóvenes, donde Westphal, Rush, Stevens y Johnson (2000) con una muestra de 11.736 estudiantes (11-18 años) reflejan que el 10,1 % de los mismos indicaban problemas con el juego durante el año anterior y el 5,8 % podía presentar JP. A su vez, datos de varios países indican que este problema se inicia en edades tempranas (Dell, Ruzicka y Palisi, 1981; Becoña, 2010).

En España, los estudios sobre menores de edad comenzaron a realizarse a partir del año 1996 los cuales se resumen en la tabla 2.

Tabla 2  
*Estudios en España sobre el juego patológico en menores*

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Muestra</b>	<b>Edad</b>	<b>J. Patológico</b>	<b>Contexto</b>
Arbinaga	1996	105	14-17	2,9 %	Huelva
Becoña, Gestal	1996	1.200	12-14	2,2 %	Galicia
Villa, Becoña Vázquez	1997	2.185	11-16	1,6 %	Asturias
Castro	1999	153	15-17	2,6 %	I. Canarias

Tomado de Arbinaga (2000)

En los estudios que se recogen en la tabla 2 se encuentran porcentajes de prevalencia que oscilan entre el 1,6 % y el 2,9 %. Estos datos muestran una alta prevalencia de JP en adolescentes. Datos más recientes indican que la prevalencia del JP en España se sitúa alrededor del 2 % de la población adulta, representando un problema relevante en jóvenes y adolescentes (Becoña, 2010). La adolescencia, además, es un periodo de desarrollo muy importante para las conductas de juego teniendo en cuenta la alta prevalencia de conductas de riesgo en esta población (véase Echeburúa, Becoña y Labrador, 2010). Por último, tal y como recoge Becoña (1999), los jugadores patológicos predominan entre los más jóvenes: el 40 % tiene entre 18 y 30 años.

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, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden tener un papel fundamental a la hora de prevenir, evaluar e intervenir en el juego patológico.

La utilización de las TIC ha experimentando un incremento considerable en los últimos años demostrando su utilidad en el campo de la salud (Baños *et al.*, 2012; Botella *et al.*, 2009). En concreto, Internet ofrece un nuevo modo de dispensar tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) (Andersson, 2009) y ha demostrado ser una intervención eficaz y de bajo coste para los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (Botella, Hoffman y Moscovitch, 2004; Cuijpers y Schuurmans, 2007; Botella *et al.*, 2010; Botella, Quero *et al.*, 2008). Una ventaja fundamental de estos programas es que reducen el tiempo de contacto entre paciente y clínico, además de llegar a pacientes que no recibirían tratamiento de otro modo (Bauer, Golkaramnay y Kordy, 2005).

En población joven y adolescente las TIC presentan una serie de ventajas que pueden ayudar a fomentar la motivación para involucrarse en un programa de promoción de la salud. Entre las ventajas destacan que los jóvenes y adolescentes se identifican más con los avances tecnológicos, se sienten más animados a probarlos y no les frena su complejidad de uso. Asimismo, las TIC proporcionan un lenguaje atractivo y muy accesible (Internet) y permiten personalizar el tratamiento en función del perfil de la persona (Fox, 2000; Heider y Massanari, 2010).

Teniendo en cuenta las ventajas que presentan las TIC y los altos porcentajes de prevalencia de JP en población joven y adolescente, el objetivo principal de este estudio fue llevar a cabo una revisión sobre el uso de las TIC en el ámbito de la prevención del JP en población joven y adolescente. Además, se exploró el uso de las TIC en la prevención e intervención de otras adicciones, para comprobar si se habían utilizado y ver qué resultados se habían obtenido.



## Método

Se realizó una búsqueda en bases de datos como PsycInfo, ISI Web of Knowledge, Scopus y Springer Link. En la tabla 3 se pueden ver los términos de búsqueda acotados. La revisión bibliográfica se llevó a cabo en dos fases. En una primera fase, la búsqueda se centró en revisar los programas de prevención de JP existentes en la literatura. En una segunda fase se realizó una búsqueda relacionada con el uso de las TIC en la prevención del JP, así como en la prevención e intervención de otras adicciones.

Tabla 3  
Bases de datos y términos de búsqueda acotados en la búsqueda bibliográfica

BASES DE DATOS	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA
	1. <sup>a</sup> Fase
PsycInfo	-Prevention programs «and» pathological gambling
ISI Web of Knowledge	-Prevention approach «and» gambling
Scopus	-Juego patológico «and» programas de prevención
Springer Link	-Prevention of gambling
	2. <sup>a</sup> Fase
	-ITCS «and» pathological gambling
	-Computer prevention «and» pathological gambling
	-Computer prevention «and» adictions
	-Pathological gambling «and» a self applied Internet
	-Pathological gambling «and» multimedia program

Se seleccionaron artículos que incluían programas de prevención del JP, estudios que utilizaron las TIC para la prevención e intervención del JP, así como estudios que usaban las TIC para la prevención e intervención de otras adicciones. La selección de los estudios se realizó siguiendo los criterios mencionados para explorar más ampliamente el estado del arte.

## Resultados

Por lo que se refiere a *programas de prevención del JP en jóvenes y adolescentes*, se encontraron una variedad de programas de este tipo, sobre todo en el ámbito escolar. No obstante, pocos de ellos incluían datos acerca de su eficacia. En la tabla 4 se recogen los estudios encontrados que, además, mostraron evidencias de eficacia en la prevención del JP en esta población.

Tabla 4  
Programas de prevención para el juego patológico en jóvenes y adolescentes

AUTORES	AÑO	POBLACIÓN	TIPO DE PROGRAMA	PRINCIPALES RESULTADOS DE EFICACIA
Gaboury y Ladouceur	1993	11 a 18 años (N = 289)	Educativo: 3 sesiones Resumen del juego, discusiones de temas jurídicos, manipulación de las posibilidades de ganar, falacias del juego, problemas con el juego y habilidades de afrontamiento.	-Mejora del grupo intervención en la educación sobre el juego (a los 6 meses). -Mejora en las habilidades de afrontamiento tras el entrenamiento, aunque no se mantienen a los 6 meses. -No se observan mejoras en las conductas y actitudes de juego
Takushi <i>et al.</i>	2004	Estudiantes en riesgo de problemas con el juego (18-21 años)	(BASICS) 4 componentes: 1. Corrección de creencias disfuncionales 2. Solución de problemas 3. HHSS 4. Prevención de recaídas	- Reducción en las conductas de juego. - Reducción en la frecuencia de juego - Reducción de los episodios de alcohol y juego.
Ferland, Ladouceur y Vitaro	2005	Estudiantes (13 a 18 años)	Educativo: 3 sesiones: Naturaleza del juego, falacias, juego excesivo y solución de problemas.	- Mejora a los 3 meses del grupo intervención en los conocimientos sobre el juego y reducción de creencias erróneas.
Turner, MacDonald, Bartoshuk y Zangeneh	2008	Estudiantes (10 a 18 años)	Programa de 1h: Información sobre el azar y habilidades de afrontamiento adaptativas (solución de problemas y apoyo social).	- Diferencias significativas entre grupos en la adquisición de conocimientos: (F (1,360) = 6,8; p < 0.01, $\eta^2$ = 0.02). - Diferencias en la puntuación de los test pre-post: F (14.4) = 5.7, p < 0.05.
Turner, MacDonald y Somerset	2008	Estudiantes (15 a 18 años)	Currículo escolar (Programa piloto). Desarrollo del programa de 1 h de Turner <i>et al.</i> 2008.	Los resultados muestran diferencias significativamente entre grupos (experimental/control) F (1,198) = 30.3; p < 0,001.
Taylor y Hillyard	2009	Estudiantes (12 años o más)	Sesión educativa sobre el JP con lecturas, actividades y discusiones.	Aumento en el conocimiento del juego y de los efectos negativos que puede tener t (8,454) = -50,89 ;p = .000.
Williams, Currie y Wood	2010	Estudiantes (15 a 18 años)	«Stacked Deck»: Programa educativo-escolar de 5-6 sesiones.	Se observan cambios significativos en las variables dependientes desde el inicio al seguimiento (3-7 meses) en los tres grupos (control, intervención, refuerzo).

Aunque no vamos a explicar de forma detallada los programas de prevención del JP resumidos en la tabla 4, cabe destacar aquí dos de estos estudios. Por una parte, el trabajo realizado en 1993 por Gaboury y Ladoucer, donde se llevó a cabo la evaluación de un programa de prevención de 3 sesiones educativas. Este trabajo representa uno de los primeros intentos en comprobar la eficacia de un programa preventivo para el JP en jóvenes y adolescentes (11 a 18 años), por lo que ha servido de referente para el desarrollo de posteriores programas preventivos de JP. Este es el caso del programa de prevención *Stacked Deck* (Williams, Currie y Wood, 2010), uno de los trabajos más reciente que ha demostrado la eficacia de un programa escolar canadiense de 5-6 sesiones para la prevención del JP. La *sesión 1* se centra en la *historia del juego y la ventaja de la casa*, y se proporciona información sobre qué es el juego, la historia y los tipos, las probabilidades de los juegos de azar tradicionales y la insuperable ventaja a largo plazo de la casa. La *sesión 2* trata los problemas con el juego y discute el potencial adictivo, los signos y síntomas, las causas y riesgos y dónde se puede recibir ayuda. En la *sesión 3* se explican las *Falacias del juego* y se realizan ejercicios destinados a hacer más conscientes y menos susceptibles a los alumnos de los errores en el pensamiento y falacias del juego. La *sesión 4* se dedica a la toma de decisiones y solución de problemas. En la *sesión 5* se presentan las barreras en la toma de decisiones y solución de problemas. Por último, la *sesión 6* (grupo refuerzo) se reserva para llevar a cabo un juego de preguntas con los alumnos.

En cuanto al *uso de las TIC para la prevención del JP en jóvenes y adolescentes*, se encontraron diversos estudios en Canadá. Así, el grupo de la Universidad de Laval (Canadá) ha realizado varias evaluaciones de intervenciones cortas para la prevención de este problema en estudiantes de primaria (10 a 15 años). Entre estas destaca un vídeo educativo de 20 minutos (Ladouceur *et al.*, 2004; Lavoie y Ladouceur 2004 y Ladouceur *et al.* 2005), una presentación interactiva de 40-60 minutos en la que se proporcionaba información sobre el juego y el juego patológico y se discutía con los estudiantes sobre aspectos relacionados con los juegos de azar como la ilusión de control y otras creencias erróneas (Ladouceur *et al.*, 2003; Ladouceur *et al.*, 2004), y la combinación de un vídeo educativo junto a una presentación interactiva de 40-60 minutos (Ferland, Ladouceur y Vitaro, 2002). En la misma línea, Wohl, Christie, Matheson y Anisman (2010) utilizaron un vídeo de animación educativo para la prevención del JP en participantes de 18 a 89 años de edad sin problemas con el juego patológico (N = 242). El vídeo proporcionaba información sobre el funcionamiento de las máquinas tragaperras, la prudencia de establecer límites financieros y estrategias para evitar problemas. La herramienta utilizada en este estudio demostró tener un impacto positivo en relación a varias medidas importantes. Por ejemplo, se observó una disminución en el número de creencias erróneas, un aumento de creencias más certeras y un incremento en las estrategias de afrontamiento.

Uno de los trabajos más relevantes encontrados en la literatura revisada es el de Lemaire, De Lima y Patton (2004), en el que se presenta un programa piloto de prevención del JP para estudiantes aplicado a través de TIC (11-15 años). «*It's Your Lucky Day*», es un programa educativo y de sensibilización para el JP, divertido e interactivo. El objetivo de este programa canadiense era proporcionar información objetiva y fiable sobre el juego, a través de una sesión de presentación multimedia interactiva de 45-60 minutos y una plataforma web ([www.luckyday.ca](http://www.luckyday.ca)). En esta sesión se proporcionaba información y se discutía con los alumnos sobre los diferentes objetivos o temas del programa, como por ejemplo, la definición de los juegos de azar, los mitos y las falacias de los juegos de azar, el funcionamiento de los juegos de azar, los signos de problemas con el juego y el conocimiento de centros de adicciones. El programa se completaba con un sitio web que recogía la información explicada en la sesión, así como un cuestionario interactivo para que los estudiantes pudieran poner a prueba sus conocimientos sobre los juegos de azar. Por otra parte, para comprobar la adquisición de los conocimientos,

los participantes realizaron un cuestionario con diferentes ítems según los objetivos del programa. Se observaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre el grupo control y el experimental en la mayoría de los objetivos. Los resultados preliminares del programa mostraron un aumento del nivel de conocimiento de los alumnos en relación al juego y al juego patológico, así como una disminución de las falacias relacionadas con los juegos de azar. Este estudio representa uno de los primeros intentos formales en implantar un programa de prevención para el JP en población adolescente mediante el uso de las TIC, y concretamente con el apoyo de Internet.

En población clínica, se encontraron dos estudios, uno en Canadá y otro en España, donde se utilizaron *las TIC para el tratamiento del JP* en personas adultas. Carlbring y Smit (2008) presentaron una intervención de corte cognitivo-conductual de 8 semanas autoaplicada a través de Internet con apoyo semanal telefónico y por *e-mail* para el tratamiento de jugadores patológicos. Estos autores obtuvieron disminuciones en el JP, ansiedad y depresión, y un aumento en la calidad de vida tras el tratamiento en comparación a la condición control (lista de espera). Por su parte, Botella, Quero, Serrano, García-Palacios y Baños (2009) presentaron datos preliminares de una intervención para el JP mediante el uso de la Realidad Virtual en una serie de 3 casos. Los resultados pusieron de manifiesto la capacidad de los ambientes virtuales desarrollados por este grupo de investigación para activar el impulso a jugar en los 3 pacientes tratados. Además, se obtuvo una disminución importante tanto en el impulso por jugar como en el grado de creencia en los pensamientos irracionales después del tratamiento.

Respecto al *uso de las TIC en los trastornos por consumo de sustancias y otras adicciones*, una serie de estudios muestran la utilidad de estas tanto para la prevención como para la intervención. En las tablas 5 y 6 se recogen dichos estudios.

Tabla 5  
*Estudios que utilizan las TIC para la prevención de otras adicciones*

AUTORES	AÑO	TIC	ADICCIÓN
Epstein y McGaha	1999	Programa TV	Sustancias
Marsch <i>et al.</i>	2007	Revisión de TIC en adicciones	Sustancias
Calleja, Pick, Reidl y González-Forteza,	2010	Juegos PC y workshop	Tabaco
Rasal, Oliver, Vara, Agustí-López y Baños	2012	Internet y juegos serios	Sustancias (alcohol, tabaco, cocaína, cannabis, LSD, etc.)

Tabla 6  
Estudios que utilizan las TIC para la intervención de otras adicciones

AUTORES	AÑO	TIC	ADICCIÓN
Tossmann <i>et al.</i>	2011	Internet	Cannabis
Newman <i>et al.</i>	2011	Revisión de tratamientos computarizados	Alcohol y tabaco
Gainsbury y Blaszczyński	2011	Internet	Revisión adicciones
Marsch	2012	Revisión trat. con TIC	Sustancias

Los estudios presentados en las tablas 5 y 6 sugieren que las TIC ya han mostrado utilidad en prevenir y tratar otras adicciones. Concretamente, en España, Rasal, Oliver, Vara, Agustí-López y Baños (2012) están evaluando la eficacia de un sistema que utiliza Internet y juegos serios para prevenir distintas adicciones en población infantil y adolescente.

## Conclusiones

En la actualidad el JP puede considerarse como uno de los problemas de salud emergentes de mayor calado en nuestra sociedad (Sánchez-Hervás, 2003). Como se ha comentado anteriormente, los estudios de prevalencia muestran altos porcentajes de este problema en adultos y alarman sobre la alta incidencia del JP en población de riesgo, como son los jóvenes y los adolescentes (p. ej.: Arbindaga, 2000; Becoña, 2010). Además, se conoce que el JP se inicia en edades tempranas (Dell, Ruzicka y Palisi, 1981; Robert y Botella, 2008), sin olvidar que los jugadores patológicos predominan entre los más jóvenes: el 40 % tiene entre 18 y 30 años (Becoña, 1999). En este contexto, se observa que los jóvenes y adolescentes tienen más probabilidades de desarrollar un problema con el juego, motivo por el cual la prevención del JP debería ser una de las prioridades a tener en cuenta.

En este sentido, los estudios revisados en este trabajo indican que el uso de las TIC en la prevención del JP se presenta como una línea de investigación prometedora, debido a las ventajas que plantea en esta población específica. El uso de estas herramientas favorece la implicación de los jóvenes y adolescentes en programas de promoción de la salud (Fox, 2000; Heider y Massanari, 2010). Sin embargo, la revisión llevada a cabo en este estudio también muestra que la investigación en el uso de las TIC para la prevención de este problema en jóvenes y adolescentes es escasa. Entre los estudios existentes, destacan diferentes experiencias en Canadá donde se han utilizado las TIC para la prevención del JP en jóvenes y adolescentes con resultados prometedores. *It's Your Lucky Day* es uno de los primeros estudios que utiliza las TIC (una presentación multimedia interactiva con el complemento de una página web) para establecer un programa de prevención del JP en estudiantes (11-15 años) de forma controlada. Sin embargo, en España, no se han encontrado hasta la fecha estudios que utilicen las TIC para la prevención de este problema. Este hecho, junto con el alto riesgo que presenta esta población a desarrollar un problema como el JP, el cual puede acarrear consecuencias muy negativas para la vida de la persona que lo padece (p. ej., pérdidas de dinero o endeudamientos, problemas familiares y de relaciones sociales, trastornos mentales asociados como depresión, ansiedad u otras adicciones) nos debe hacer reflexionar sobre la nece-

sidad de dedicar esfuerzos y recursos en abrir líneas de investigación en el campo de la prevención de este problema.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4.ª ed.) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175-180.
- Arbinaga, F. (2000). Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones*, 12, n.º 4, 493-505.
- Baños, R. M., Guillén, V., García-Palacios, A., Quero, S. & Botella, C. (2012). Las nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Información Psicológica*, 102, 28-46.
- Bauer, S., Golkaramnay, V. & Kordy, H. (2005). E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. *Psychotherapeut*, 50, 7-15.
- 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). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de Drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2010). Epidemiología del juego patológico. En Echeburúa, E., Becoña, E., Labrador, J. F. Fundación GAUDIUM (coords.) (2010), *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Blinn-Pike, L., Lokken, S. & Jonkman, J. N. (2010). Adolescent Gambling: A Review of an Emerging Field of Research. *Journal of Adolescent Health*, 47, 223-236.
- Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Guillén, V., Baños, R. M., Quero, S. & Alcañiz, M. (2010). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial. *Cyberpsychology Behavior, and Social Networking*, 13, 407-421.
- Botella, C., Hofmann, S. G. & Moscovitz, D. A. (2004). A self-applied Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology In Session*, 60: 1-10.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Alcañiz, M. & Fabregat, S. (2008). Telepsychology and Self-Help: The treatment of phobias using the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, 11 (6), 659-664.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., García-Palacios, A. & Baños, R. M. (2009). El uso de la Realidad Virtual en el tratamiento del Juego patológico. En J. Del Pozo, L. Perez & Ferreras, M. (ed.), *Adicciones y Nuevas tecnologías de la información y de la Comunicación. Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M. & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las Nuevas tecnologías de la Información y la Comunicación. *Anuario de Psicología*, 40 (2), 155-170.
- Calleja, N., Pick, S., Reidl, L. & Gonzalez-Forteza, C. (2010). Smoking prevention programs for girls. *Salud mental*, 33 (5), 419-427.
- Carlbring, P. & Smit, F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1090-1094.
- Cuijpers, P. & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: An overview. *Current Psychiatry Reports*, 9, 284-290.

- Custer, R. & Milt, H. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*. Nueva York: Facts on File Publications.
- Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- Dell, L. J., Ruzicka, M. F. & Palisi, A. T. (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *International Journal of the Addictions*, 16, 149-156.
- Dickson, L. M., Derevensky, J. L. & Gupta, R. (2002). The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. *J Gamb Stud*, 18, 97-159.
- Echeburúa, E., Becoña, E., Labrador, J. F. & Fundación GAUDIUM (coords.) (2010), *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Epstein, J. & McGaha, A. C. (1999). ATOD-TV: Evaluation of a multimedia program designed to educate the public about substance abuse. *Computers in Human Behaviour*, 15, 73-83.
- Ferland, F., Ladouceur, R. & Vitaro, F. (2005). Efficiency of a gambling prevention program for youths: Results from the pilot study. *Encephale*, 31(4), 427-436.
- Ferland, F., Ladouceur, R. & Vitaro, F. (2002). Prevention of problem gambling: Modifying misconceptions and increasing knowledge. *Journal of Gambling Studies*, 18(1), 19-29.
- Fisher, S. E. (1992). Measuring pathological gambling in children: the case of fruit machines in the U. K. *Journal of Gambling Studies*, 8, 263-285.
- Fox, S. (2000). *The online health care revolution: How the web helps Americans take better care of themselves*. New York: The Pew internet and American life project.
- Gaboury, A. & Ladouceur, R. (1993). Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. *J Prim Prev*;14: 21-28.
- Gainsbury, S. & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31, 490-498.
- González, A. (2010). Juego patológico: concepto, comorbilidad y tipologías. En Echeburúa, E., Becoña, E., Labrador, J. F., Fundación GAUDIUM (coords.) (2010), *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide
- Heider, D. & Massanari, A. L. (2010). Friendship, closeness, and disclosure in Second Life. *International Journal of Gaming and Computer-Mediated Simulations*, 2(3). 61-74.
- Irurita, I. M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla. Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12, 129-142.
- Ladouceur, R. & Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *J Gamb Behav*; 4: 3-12.
- Ladouceur, R., Ferland, F. & Vitaro, F. (2004b). Prevention of problem gambling: Modifying misconceptions and increasing knowledge among Canadian youths. *Journal of Primary Prevention*, 25(3), 329-335.
- Ladouceur, R., Ferland, F., Roy, C., Pelletier, O., Bussièrès, E.-L. & Auclair, E. (2004a). Prévention du jeu excessif chez les adolescents: Une approche cognitive. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 14(3), 124-130.
- Ladouceur, R., Ferland, F., Vitaro, F. & Pelletier, O. (2005). Modifying youths' perception toward pathological gamblers. *Addictive Behaviors*, 30, 351-354.
- Lavoie, M.-P. & Ladouceur, R. (2004). Prevention of gambling among youth: Increasing knowledge and modifying attitudes toward gambling. *Journal of Gambling Issues (formerly eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues)*, 10.
- Lemaire, J., De Lima, S. & Patton, D. (2004). *It's Your Lucky Day: Program evaluation*. Winnipeg, Canada: The Addictions Foundation of Manitoba.

- Lesieur, H. R. & Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literatura (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7(1), 5-39.
- Marsch, L. A. (2012). Leveraging Technology to Enhance Addiction Treatment and Recovery. *Journal of Addictive Diseases*, 31 (3), 313-318.
- Marsch, L. A., Bickel W. K. & Grabinski, M. J. (2007). Application of interactive, computer technology to adolescent substance abuse prevention and treatment. *Adolesc Med State Art Rev*, 18(2), 342-356.
- Mira, A., Molinari, G., García-Palacios, A., Navarro, M. V., Riera López del Amo, A. Pérez-Ara, M. Á., Agustí-López, A. I. & Botella, C. (2012). La utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (Tic) en el ámbito de los tratamientos psicológicos. *Fòrum de recerca Universitat Jaume I*, 16, 1071-1083.
- Moreno, S. (coord.) (2007). *Guía clínica. Actuar ante el juego patológico*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J. & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for drug and alcohol abuse and smoking addiction: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 178-186.
- Ochoa, E. & Labrador, F. J. (con la colaboración de E. Echeburúa, E. Becoña & M. A. Vallejo) (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Quero, S., Rasal, P., Nebot, S., Bretón-López, J. & Botella, C. (2012). El uso de TICs para el tratamiento de la fobia a animales pequeños. Ponencia presentada en el VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Almería, España.
- Rasal, P., Oliver, E., Vara, L., Agustí-López, A. I. & Baños, R. M. (2012). Preventic Formativo: programa on-line para la prevención del consumo de drogas dirigido a niños y adolescentes. VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Octubre. Almería.
- Robert, C. & Botella, C. (2008). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En Belloch, Sandín y Ramos (eds.), *Manual de psicopatología* (424-448).
- Sanchez-Hervás, E. (2003). Juego patológico: un trastorno emergente. *Trastornos Adictivos*, 5(2):75-87.
- Shaffer, H. Hall, M. N. & 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.
- Takushi, R. Y., Neighbors, C., Larimer, M. E., Lostutter, Ty. W., Crounce, J. M. & Marlatt, G. A. (2004). Indicated Prevention of Problem Gambling Among College Students. *Journal of Gambling Studies*, 20 (1).
- Taylor, L. M. & Hillyard, P. (2009). Gambling awareness for youth: An analysis of the "Don't Gamble Away our Future" program. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1) 250-261.
- Tejeiro, R. (1996). *Estudio sobre el juego de azar en Algeciras. Prevalencia y características sociodemográficas*. Algeciras. JARCA.
- Tossmán, H.-P., Jonas, B., Tensil, M.-D., Lang, P. & Struber, E. (2011). A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users. *Cyberpsychology, Behaviour and Social Networking*, 14 (11), 673-679.



- Turner, N. E., Macdonald, J. & Somerset, M. (2008). Life Skills, Mathematical Reasoning and Critical Thinking: A Curriculum for the Prevention of Problem Gambling. *J Gambli Stud*, 24: 367-380.
- Turner, N. E., Macdonald, J., Bartoshuk, M. & Zangeneh, M. (2008). The Evaluation of a 1-h Prevention Program for Problem Gambling. *Int J Ment Health Addiction*, 6: 238-243.
- Westphal, J. R., Rush, J. A, Stevens, L. & Johnson, L. (2000). Gambling behavior of Louisiana students in grades 6 through 12. *Psychiatric Services*. 51, 1, 96-99.
- Wohl, M. J. A., Christie, K., Matheson, K. & Anisman, H. (2010). Animation-Based Education as a Gambling Prevention Tool: Correcting Erroneous Cognitions and Reducing the Frequency of Exceeding Limits Among Slots Players. *J Gambli Stud*, 26: 469-486.



## Datos normativos del Cuestionario de Creencias de Fobia a las Arañas adaptado para la Fobia a las Cucarachas en población general y clínica

SARA NEBOT IBÁÑEZ  
snebot@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO  
squero@uji.es

JUANA MARÍA BRETÓN-LÓPEZ  
breton@uji.es

M. ANGELES PÉREZ-ARA  
ara@uji.es

MAR MOLÉS AMPOSTA  
molesm@uji.es

### Resumen

**Introducción.** Para llevar a cabo una evaluación fiable de los trastornos psicológicos se deben desarrollar instrumentos con buenas propiedades psicométricas. Las fobias específicas tienen una alta prevalencia y pueden llegar a ser muy incapacitantes para muchas personas (Magee, Eaton, Wittchen, McGonable y Kessler, 1996) El objetivo de este estudio es ofrecer datos normativos preliminares del Cuestionario de Creencias de Fobia a las Arañas (SBQ) (Arntz, Lavy, Van den Berg, Van Rijsoort, 1993) adaptado para la fobia a las cucarachas en población española general y clínica. **Método.** La muestra general estaba compuesta por 158 participantes y la muestra clínica incluyó 63 pacientes. El SBQ es un cuestionario formado por dos subescalas, las cuales evalúan las creencias relacionadas con la fobia a las arañas. Consta de 78 ítems para situaciones relacionadas con el miedo a estos animales. Se llevó a cabo el proceso de retrotraducción de la versión original del SBQ y la palabra *araña* fue sustituida por la palabra *cucaracha*. **Resultados.** La consistencia interna para ambas subescalas en ambas poblaciones mostraron coeficientes de  $\alpha$  Cronbach excelentes. Además, se obtuvieron diferencias significativas en ambas subescalas del SBQ entre los dos grupos. **Conclusiones.** Los resultados preliminares obtenidos ponen de manifiesto que la versión española de la adaptación del SBQ en este estudio presenta unos buenos coeficientes de consistencia interna en ambas subescalas y en ambas poblaciones. El SBQ adaptado también se mostró eficaz a la hora de diferenciar entre población clínica con diagnóstico de fobia a las cucarachas y población general.

**Palabras clave:** evaluación, ansiedad, fobia, miedo, cucarachas.

## Abstract

**Introduction.** In order to conduct a reliable assessment of psychological disorders, instruments with good psychometric properties must be developed. Specific phobias are highly prevalent and can become very disabling for many people (Magee, Eaton, Wittchen, McGonable & Kessler, 1996). The aim of this study is to provide preliminary normative data of the Spider Phobia Beliefs Questionnaire (SBQ) (Arntz, Lavy, Van den Berg & Van Rijsoort, 1993) adapted for cockroach phobia in general and clinical Spanish population. **Method.** The general sample was composed of 158 participants and the clinical sample included 63 patients. The SBQ is a questionnaire that is composed of two subscales, which assess beliefs related to spider phobia. It consists of 78 items describing situations related with the fear to these animals. The back translation process of the original version of the SBQ was conducted and the word *spider* was replaced by the word *cockroach*. **Results.** Internal consistency for both subscales in both populations showed an excellent Cronbach's alpha coefficient. In addition, there were significant differences in both subscales of the SBQ between the two groups. **Conclusions.** Preliminary results show that the Spanish version of the SBQ adaptation in this study has a good internal consistency for both subscales and in both populations. The adaptation of the SBQ was also effective in differentiating between clinical population diagnosed with cockroach phobia and general population.

**Keywords:** assessment, anxiety, phobia, fear, cockroaches.

## Introducción

Con el creciente interés en la identificación y difusión de los tratamientos basados en la evidencia para los problemas psicológicos (Chambless y Hollon, 1998; Kendall, 1998; Nathan y Gorman, 1998, 2007), la necesidad de estrategias de evaluación empíricamente validadas es mayor que nunca. Para realizar una apropiada evaluación de los trastornos psicológicos, se deben desarrollar instrumentos con buenas propiedades psicométricas dando como resultado una evaluación fiable.

La fobia tipo animal se define como un miedo intenso y persistente a animales. La exposición al animal, o su anticipación, provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. En la mayoría de las ocasiones, el animal es evitado, aunque a veces la persona puede enfrentarse a él con mucho temor y un gran malestar. El diagnóstico se hace si el miedo, la ansiedad y/o la evitación interfieren de manera significativa en la vida diaria del individuo (APA, 2000). Se diagnostica como una fobia específica, subtipo animal según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR (APA, 2000). Este tipo de fobia supone miedo y evitación a los animales en sí mismos, al movimiento de estos, sobre todo si son repentinos, a la posible contaminación y también al daño que el animal pueda causar (Capafons, 2001). Las personas que tienen este problema también temen en los animales su apariencia física, los sonidos que emiten y sus propiedades táctiles. Otros miedos que pueden aparecer en esta fobia son perder el control, hacer el ridículo o hacerse daño al intentar escapar. Además, en el caso de animales pequeños (ratas, serpientes, arañas, cucarachas, insectos) aparece tanto una reacción de miedo como una reacción de asco o repugnancia (Bados, 2009).

En un estudio epidemiológico reciente sobre trastornos mentales en población española, Serrano-Blanco *et al.* (2010) encontraron una prevalencia anual de las fobias específicas del 6,6 % (4,6 % en varones y 7,9 % en mujeres), siendo la global del 7,1 % (4,7 % en varones y 8,5 % en mujeres). En el caso concreto de la fobia de tipo animal, la prevalencia varía entre el 3,3 % y el 7 % según diferentes estudios (Becker *et al.*, 2007; Curtis *et al.*, 1998; Depla *et al.*, 2008; Stinson *et al.*, 2007; Wittchen, Lieb, Schuster y Oldehinkel, 1999), convirtiéndose en uno de los subtipos de fobia específica más prevalente (Curtis *et al.*, 1998). Por otra parte, la mayoría de los diagnósticos de fobia específica se realizan a mujeres, esto es, el 65 % de la prevalencia: dos mujeres por cada hombre (Stinson *et al.*, 2007). En este sentido, Curtis *et al.* (1998) indicaron en su estudio que la fobia a los animales era la más frecuente entre las mujeres y la fobia a las alturas entre los hombres.

Por lo que se refiere a comorbilidad, alrededor del 80 % de las personas con fobia específica sufre uno o más trastornos comórbidos (Magee, Eaton, Wittchen, McGonable y Kessler, 1996) o múltiples fobias (Wittchen, 2003), dando como resultado una importante interferencia en la vida diaria de las personas. Además, entre el 60 % y el 80 % de personas que sufren fobias no busca tratamiento (Boyd *et al.*, 1990; Magee *et al.*, 1996). A pesar de que las fobias específicas han sido consideradas como un problema menor, para las personas que las sufren la interferencia en su vida diaria es muy elevada.

Las fobias a los animales más investigadas han sido la fobia a las arañas (O'Donohue y Szymanski, 1993) y a las serpientes (Klieger y Siejack, 1997), por lo que, en la actualidad contamos con medidas empíricamente validadas para estas fobias en población de habla inglesa que están incluidas en la Guía Profesional de Medidas Basadas en la Evidencia para la Ansiedad (Anthony, Orsillo y Roemer, 2001). Un cuestionario importante y objeto de este estudio es el Cuestionario de Creencias de Fobia a las Arañas (SBQ; *Spider Phobia Beliefs Questionnaire*; Arntz, Lavy, Van den Berg y Van Rijsoort, 1993). El cuestionario evalúa las creencias relacionadas con la fobia a las arañas mediante dos subescalas. Los resultados obtenidos en el estudio original con pacientes con el diagnóstico de fobia a las arañas fue una puntuación media en la subescala de creencias relacionadas con las arañas antes del tratamiento de 48,76 (DT = 17,74) y de 10,15 (DT = 13,69) después del tratamiento (Arntz, Lavy, Van den Berg, Van Rijsoort, 1993). Con respecto a la subescala de creencias acerca de la reacción de uno mismo ante las arañas, la puntuación media antes del tratamiento fue de 49,79 (DT = 18,72) y de 8,00 (DT = 13,15) al finalizar el tratamiento (Arntz *et al.*, 1993). Los resultados encontrados en relación a la consistencia interna, muestran unos resultados excelentes como refleja el alfa de Cronbach de 0,94 en ambas subescalas (Arntz *et al.*, 1993). Por último, la estabilidad del SBQ fue buena, con una correlación test-retest de 0,68 para la subescala de creencias relacionadas con las arañas y de 0,71 para la de creencias acerca de la reacción de uno mismo ante las arañas.

Debido a que el SBQ se trata de un instrumento de gran utilidad y con buenas propiedades psicométricas, se encuentra disponible en inglés y en holandés. Además, se han realizado validaciones de este instrumento en población general alemana (Pössel y Hautzinger, 2003), obteniéndose buenas propiedades psicométricas, por lo que los autores concluyeron que el SBQ es un instrumento fiable para medir las creencias a cerca de la fobia a las arañas. Sin embargo, no se ha encontrado ninguna adaptación de este cuestionario para evaluar la fobia a las cucarachas, una fobia más frecuente en España que la fobia a las arañas, principalmente en zonas cálidas y húmedas. En la actualidad sí que existe un cuestionario validado en población española para esta fobia realizado por nuestro grupo, el Cuestionario de Miedo a las Arañas (FSQ) adaptado para la fobia a las cucarachas (Nebot, Quero, Bretón-López, Pérez-Ara y Botella, 2012). El principal objetivo del presente trabajo es ofrecer datos normativos preliminares de la validación española del Cuestionario de Creencias de Fobia a las Arañas (Arntz *et al.*, 1993) adaptado para la Fobia a las Cucarachas en población general y clínica.

## Método

### Participantes

La población general estaba compuesta por 158 participantes, de los cuales 91 (57,6 %) eran mujeres y 67 (42,4 %) hombres. El rango de edad osciló entre 18 y 65 años, siendo la media de edad de 28,87 (DT = 10,70). Con respecto al nivel educativo, el 12,1 % había cursado estudios básicos, un 18,5 % estudios medios y el 69,4 % estaban cursando o ya habían finalizado los estudios superiores.

La población clínica estaba formada por 63 pacientes, de los cuales 59 (93,7 %) eran mujeres y 4 (6,3 %) hombres. El rango de edad osciló entre 20 y 70 años, siendo la media de edad de 31,73 (DT = 10,74). Respecto al nivel educativo, el 4,8 % había cursado estudios básicos, un 11,1 % presentaba un nivel medio de estudios y el 84,1 % estaban cursando o ya habían finalizado los estudios superiores.

### Medidas

Hoja de datos personales. Al inicio los participantes debían cumplimentar datos sociodemográficos tales como la edad, el sexo, el nivel de estudios, la nacionalidad, el estado civil y la situación laboral.

Cuestionario de Creencias de Fobia a las Arañas (SBQ: *Spider Phobia Beliefs Questionnaire*; Arntz, Lavy, Van der Berg y Van Rijssort, 1993). Se trata de un cuestionario de autoinforme compuesto por 78 ítems divididos en dos subescalas. Los ítems del 1 al 42 conforman la subescala sobre las creencias en relación a las arañas y los ítems del 43 al 78 conforman la escala sobre las creencias acerca la reacción de uno mismo si se encuentra con una araña. Cada ítem se contesta en una escala de 0 a 100 donde 0 significa «No me lo creo en absoluto» y 100 «Me lo creo totalmente».

Cuestionario de Miedo a las Arañas (FSQ; *Fear of Spider Questionnaire*; Szymanski y O'Donohue, 1995; Adaptación española de Nebot, 2012; Nebot *et al.*, 2012). Este cuestionario evalúa la gravedad de la fobia a las arañas y consta de 18 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert de 8 puntos que va de 0 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo) para situaciones relacionadas con el miedo a estos animales. Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 126.

Cuestionario de Asco (DPSS-R-12: *Disgust Propensity and Sensitivity Scale-Revised*; Van Overveld, De Jong, Peters, Cavanagh y Davey, 2006). Para este estudio se utilizó la adaptación de Sandín, Chorot, Olmedo y Valiente (2008) validada con población española. Consta de 12 ítems que se refieren a reacciones de asco o repugnancia. Se trata de que el participante conteste indicando la frecuencia con que suele experimentar cada uno de los enunciados según una escala tipo Likert que oscila de 1 (nunca) a 5 (siempre). Incluye 2 subescalas, una de propensión al asco (6 ítems) y otra de sensibilidad al asco (6 ítems).

### Procedimiento

En primer lugar, se llevo a cabo el proceso de retrotraducción de la versión original del SBQ (Arntz *et al.*, 1993). Y se sustituyó la palabra «araña» por «cucaracha». En una segunda fase del estudio, se hizo llegar el cuestionario (junto con los otros cuestionarios) a la población general a través de dos vías: administrado en papel o por Internet. Por su parte, a la población clínica

se les administró el cuestionario junto con un protocolo de evaluación más amplio para las fobias a animales pequeños antes de recibir tratamiento en el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I.

## Resultados

Para llevar a cabo los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0).

### *Puntuaciones normativas de las muestras*

Los resultados obtenidos en la población general mostraron una puntuación media en la subescala de *creencias relacionadas con las cucarachas* de 13,85 (DT = 10,85) y una puntuación media para la subescala de *creencias acerca de la reacción de uno mismo ante las cucarachas* de 2,75 (DT = 5,62). Por su parte, la población clínica obtuvo una puntuación media en la subescala de *creencias relacionadas con las cucarachas* de 50,93 (DT = 15,98) y una puntuación media para la subescala de *creencias acerca de la reacción de uno mismo ante las cucarachas* de 39,44 (DT = 19,68).

### *Consistencia interna*

La consistencia interna de ambas subescalas del cuestionario SBQ se midió a través del alfa de Cronbach. Para la población general el coeficiente para ambas subescalas fue de 0,93, oscilando la correlación de cada ítem con la puntuación total del cuestionario entre 0,07 y 0,79. Para la población clínica, el coeficiente alfa de Cronbach para la subescala de *creencias relacionadas con las cucarachas* fue de 0,90 y para la subescala de *creencias acerca de la reacción de uno mismo ante las cucarachas* fue de 0,95. La correlación de cada ítem con la puntuación total del cuestionario osciló en este caso entre 0,08 y 0,71.

### *Diferencias entre la población general y la población clínica*

Se aplicó la prueba t de Student obteniéndose diferencias significativas entre grupos en las dos subescalas de la adaptación del SBQ: subescala de creencias relacionadas con las cucarachas ( $t = -19,737$ , g.l. = 214,  $p < 0,000$ ) y subescala de creencias acerca de la reacción de uno mismo ante las cucarachas ( $t = -21,124$ , g.l. = 214,  $p < 0,000$ ). Como se puede observar en la figura 1, la muestra clínica obtuvo puntuaciones significativamente mayores que la población general.

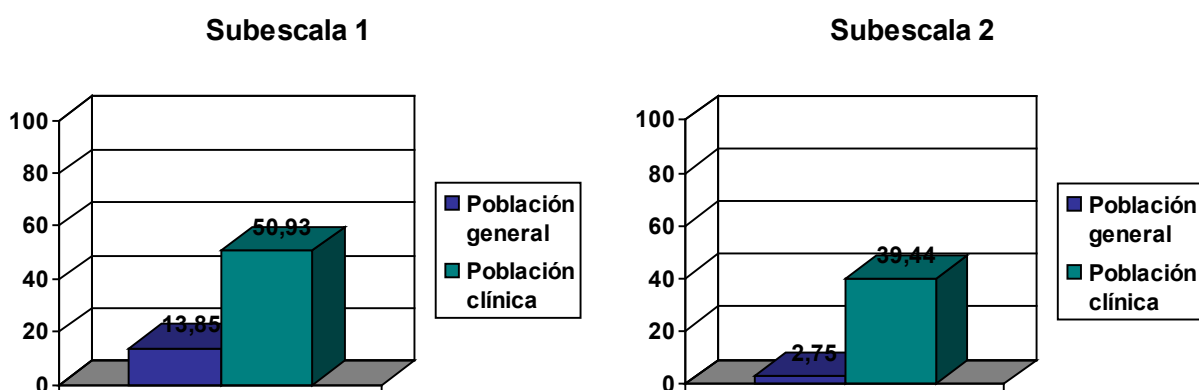


Figura 1. Diferencias entre la población general y la población clínica

### Validez convergente

Por último, para observar si la adaptación del cuestionario SBQ estaba relacionada con otras medidas relacionadas con la fobia a las cucarachas, se realizaron correlaciones de Pearson bivariadas entre el SBQ y las medidas incluidas en este estudio, como son el Cuestionario de Miedo a las arañas adaptado para la fobia a las cucarachas (FSQ), y sus dos factores, y con las dos subescalas del Cuestionario de Asco (DPSS-R-12). Como se puede observar en la tabla 1, las dos subescalas de la adaptación del cuestionario SBQ, *creencias en relación a las cucarachas* y *creencias en cuanto a la reacción de uno mismo al encontrarse una cucaracha*, correlacionaron positivamente y de forma significativa con todas las medidas propuestas.

Tabla 1  
Correlaciones entre la adaptación del SBQ y otras medidas

	SBQ (Creencias en relación a las cucarachas)	SBQ (Creencias en cuanto a la reacción de uno mismo al encontrarse una cucaracha)
FSQ	0,595*	0,605*
FSQ (Evitación y búsqueda de ayuda)	0,568*	0,600*
FSQ (Vigilancia y miedo al daño)	0,460*	0,314*
DPSS-R-12 (propensión al asco)	0,302*	0,374*
DPSS-R-12 (sensibilidad al asco)	0,281*	0,248*

\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).



## Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio era obtener algunos datos preliminares del Cuestionario de Creencias de Miedo a las Arañas (SBQ) adaptado para la fobia a las cucarachas. Los resultados preliminares obtenidos hasta el momento indican que el SBQ adaptado en este estudio es un cuestionario válido y fiable para evaluar el miedo a las cucarachas en población española general y clínica. Además, el SBQ presentó buenos coeficientes de consistencia interna en las dos subescalas que lo componen y en ambas poblaciones, lo que indica que ambas subescalas presentan una alta homogeneidad en sus ítems.

Por otra parte, el SBQ adaptado también se mostró eficaz a la hora de diferenciar entre población clínica con diagnóstico de fobia a las cucarachas y población general. Este resultado es similar al obtenido por los autores originales (Arntz *et al.*, 1993) y demuestra que nos encontramos ante un cuestionario que es capaz de discriminar, por lo que puede resultar de gran utilidad tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Por último, respecto a la relación del SBQ para la fobia a las cucarachas con otras medidas relacionadas, ambas subescalas del SBQ adaptado correlacionaron de forma positiva y significativa con el cuestionario de miedo a las arañas (FSQ) adaptado a la fobia a las cucarachas y sus dos factores («evitación y búsqueda de ayuda» y «vigilancia y miedo al daño») y con las dos subescalas del cuestionario de asco (DPSS-R-12) (propensión al asco y sensibilidad al asco). Por lo que se refiere al Cuestionario de Asco (DPSS-R-12), algunos estudios han encontrado como la emoción del asco esta estrechamente relacionada con la fobia a ciertos animales asociados a la suciedad como son las cucarachas (p. ej., Davey, 1992). Por esta razón tiene sentido que el SBQ correlacione de manera significativa con ambas subescalas de este cuestionario. Estos resultados ponen de manifiesto que el SBQ adaptado para la fobia a las cucarachas, presenta una buena validez convergente con las medidas incluidas en este estudio.

En conclusión, los datos encontrados hasta el momento van en la línea de los resultados obtenidos por Arntz *et al.* (1993). No obstante, el tamaño de la muestra empleada en este estudio no era lo suficientemente grande como para llevar a cabo el análisis factorial del instrumento. En consecuencia, en próximos estudios será necesario ampliar la muestra para poder llevar a cabo la validación completa del SBQ. También, en próximos estudios será necesario evaluar la fiabilidad test-retest el SBQ adaptado a las cucarachas y su sensibilidad al cambio terapéutico.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthony, M. M., Orsillo, S. M. & Roemer, L. (2001). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Arntz, A., Lavy, E., Van den Berg, G. & Van Rijsoort, S. (1993). Negative beliefs of spider phobics: A psychometric evaluation of the Spider Phobia Beliefs Questionnaire. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 257-277.
- Bados, A. (2009). *Fobias Específicas*. Universidad de Barcelona: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Becker, E. S., Rinck, M., Turke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S. *et al.* (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22, 69-74.

- Boyd, J. H., Rae, D. S., Thompson, J. W., Burns, B. J., Bourdon, K., Locke, B. Z. & Regier, D. A. (1990). Phobia: prevalence and risk factors. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314-323.
- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13 (3), 447-452.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 66 (1), 7-18.
- Curtis, G. C., Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U. & Kessler, R. C. (1998). Specific fears and phobias: Epidemiology and classification. *British Journal of Psychiatry*, 173, 212-217.
- Davey, G. C. L. (1992). Characteristic of individuals with fear of spiders. *Anxiety Research*, 4, 299-314.
- Depla, M. F., Ten Have, M. L., Van Balkom, A. J. & De Graaf, R. (2008). Specific fears and phobias in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 43(3), 200-208.
- Kendall, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 3-6.
- Klieger, D. M. & Siejack, K. K. (1997). Disgust as the source of false positive effects in the measurement of ophidiophobia. *Journal of Psychology*, 131(4), 371-382.
- Magee, W., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1996). A comparison of two spider phobia questionnaires. *Journal of Behavior Therapy an Experimental Psychiatry*, 27, 241-244.
- Nathan, P. ej.: & Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work (3<sup>rd</sup> ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Nebot, S., Quero, S., Bretón-López, J., Pérez-Ara, M. A. & Botella, C. (2012, septiembre). Validación Española del Cuestionario de Miedo a las Arañas (FSQ) adaptado para la Fobia a las Cucarachas. Póster presentado en IX Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés, Valencia, España.
- O'Donohue, W. T. & Szymanski, J. (1993). Mechanisms of change in cognitive therapy for a simple phobia: logical analysis and empirical hypothesis testing. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy*, 11, 207-222.
- Pössel, P. & Hautzinger, M. (2003). Dysfunktionale Überzeugungen bei Spinnenangst. Eine deutsche Version des "SpiderPhobia Beliefs Questionnaire". / Dysfunctional beliefs about spider phobias. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 32 (1), 24-30.
- Sandin, B., Chorot, P., Olmedo, M. & Valiente, R. M. (2008). Escala de propensión y sensibilidad al asco-revisada (DPSS-R): Propiedades psicométricas y relación del asco con los miedos y los síntomas obsesivo-compulsivos. *Análisis y modificación de conducta*, 34, 127-168.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., Roura, P., Bertsch, J., Mercader, M. & Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201-210.
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J. et al. (2007). The epidemiology of DSM- IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 31, 1047-1059.
- Szymanski, J. & O'Donohue, W. (1995). Fear of spider questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 31-34.

- Van Overveld, M., De Jong, P. J., Peters, M. L., Cavanagh, K. & Davey, G. C. L. (2006). Disgust propensity and disgust sensitivity: separate constructs that are differentially related to specific fears. *Personality and Individual Differences*, 41, 1241-1252.
- Wittchen, H. U., Lieb, R., Schuster, P. & Oldehinkel, A. J. (1999). When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. En J. L. Rapoport (ed.), *Childhood onset of adult psychopathology Clinical and research advances* (pp. 259-302). Washington, DC: American Psychiatric press.
- Wittchen, H. U. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 417, 4-18.



# Eficacia diferencial de dos formas de aplicar las tareas para casa en el tratamiento de los Trastornos Adaptativos

## Terapia Emocional *On line* vs. formato tradicional

MAR MOLÉS AMPOSTA  
molesm@uji.es

SOLEDAD QUERO CASTELLANO  
squero@uji.es

M.<sup>a</sup> ÁNGELES PÉREZ-ARA  
ara@uji.es

SARA NEBOT IBÁÑEZ  
snebot@uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA  
botella@uji.es

### Resumen

**Introducción.** Los Trastornos Adaptativos (TA) son un importante problema de salud pública. Un componente central en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la asignación de tareas para casa, sin embargo, no existen estudios que utilicen las tecnologías de la información y la comunicación para aplicar este componente terapéutico. TEO (*Terapia Emocional On line*) es un sistema web que permite crear y enviar material terapéutico personalizado a los pacientes vía Internet. El objetivo de este trabajo es presentar el estudio controlado que se realizará, en el que se comparará la eficacia y eficiencia diferencial de dos formas de aplicar las tareas para casa. **Método.** Se utilizará un diseño entre grupos con dos condiciones experimentales: 1) las tareas para casa serán aplicadas mediante el sistema TEO; 2) tareas para casa serán aplicadas de forma tradicional (lecturas, audios de las sesiones grabadas). Cuarenta personas con diagnóstico de TA recibirán 6-8 sesiones de TCC y se evaluará la autoeficacia para superar el problema, el estado de ánimo, así como, las expectativas, la opinión y la satisfacción de ambos formatos de aplicación de las tareas para casa. **Resultados.** Se espera que la condición que utilice TEO se muestre igual de eficaz, y más eficiente que la condición que aplique las tareas para casa de forma tradicional. Además, será mejor valorada por los pacientes y por los terapeutas. **Discusión.** Un sistema como TEO puede facilitar el trabajo del terapeuta en la asignación de tareas para casa, y aumentar la adherencia del paciente al tratamiento.

**Palabras clave:** trastornos adaptativos, terapia on line, tareas para casa, terapia cognitivo-comportamental.

## Abstract

**Introduction.** Adjustment disorders (AD) are an important public health problem. Cognitive-behavioural Therapy (CBT) approach gives a crucial role to homework assignments, however, no study is available that uses the Information and Communication Technologies to apply this therapeutic component. TEO (Online Emotional Therapy) is a Web based system that allows creating personalized therapeutic material to present to the patient over the Internet. The aim of this work is present the controlled study that will be conducted, which we will compare the effectiveness and efficiency differential of two ways to apply the homework assignments. **Method.** We will use a between-group design with two experimental conditions; 1) Homework assignments will be applied using TEO system; 2) Homework assignments will be applied in the traditional way (reading materials, session audio record). 40 people diagnosed with TA will receive 6-8 CBT sessions and the efficacy to overcome the problem, the mood state and the expectations, opinion and satisfaction with both modalities of applying homework assignments will be assessed. **Results.** We expect that TEO condition will be equally effective and more efficient than the condition which applies homework assignments in the traditional way. In addition, it will better valued by patients and therapists. **Discussion.** A system like TEO can facilitate the therapist's work in designing homework assignments and the patient's treatment adherence.

**Keywords:** Adjustment Disorders, Therapy On-line, Homework assignments, Cognitive-Behavioral Therapy.

## Introducción

Los Trastornos Adaptativos (TA) presentan como eje central la existencia de una reacción emocional y comportamental negativa ante una situación estresante que interfiere y dificulta a la persona que la sufre el poder llevar una vida normal. El TA es un diagnóstico común en la práctica clínica (Carta, Balestrieri, Murru y Carolina Hardoy, 2009), sobre todo en contextos médicos generales (Casey, 2001). Al respecto, los datos indican que son uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria, representando el 21 % aproximadamente de adultos tratados en régimen ambulatorio (Despland, Monod y Ferrero, 1995; Fabrega, Mezzich y Mezzich, 1987). La prevalencia encontrada en aquellos pacientes que han sido ingresados en hospitales y referidos a salud mental es del 12 % y las cifras de aquellos que se encuentran en centros ambulatorios de salud mental oscilan entre un 10 y un 30 % (APA, 2000). A pesar de ello, este diagnóstico es a menudo pasado por alto por los investigadores (Carta *et al.* 2009; Azocar y Greenwood 2007; Casey, 2009) y es sobre el que menos se ha publicado hasta el momento.

Los TA son recogidos tanto en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, texto revisado: DSM-IV-TR (APA, 2002), como en la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-10 (OMS, 1992) con algunas diferencias. De forma general, los TA representan un estado de malestar psicológico y emocional que interfiere en el funcionamiento de la persona en diferentes ámbitos de su vida (social, personal, laboral, etc.) y que aparece como respuesta a una o varias situaciones estresantes. Esta reacción desadaptativa y mayor de lo esperable debe presentarse entre 1 y 3 meses tras la aparición de la situación estresante y

resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estímulo estresante o sus consecuencias. Ambas clasificaciones no permiten realizar este diagnóstico si los síntomas pueden ser explicados por otro trastorno y las manifestaciones clínicas se codifican por medio de subtipos basados en los síntomas predominantes. Los acontecimientos estresantes también pueden ser muy variados (p. ej., rupturas sentimentales, desempleo prolongado, enfermedad propia o de algún familiar, etc.).

Muchas cuestiones respecto al diagnóstico de este problema siguen siendo ambiguas en tanto que los criterios y especificaciones existentes son inconsistentes y no dejan claro cuando estamos ante una persona que sufre un TA. Esta situación puede explicar el escaso interés que la literatura científica ha mostrado históricamente por el tema, la falta de consenso entre los estudiosos y el escaso conocimiento existente en estos momentos sobre este trastorno. Paradójicamente, como ya se ha mencionado, el diagnóstico de TA cuenta con una importante popularidad entre los clínicos (Despland *et al.*, 1995) y parece constituir un importante problema de salud pública (Van der Klink, Blonk, Schene y Van Dijk, 2003). Incluso los síntomas que experimentan estas personas pueden situarse en el límite de las respuestas normales y esperables al estrés o, pueden conllevar conductas autolesivas graves o el suicidio (Andreasen y Hoenk, 1982; Benton y Lynch, 2006). En este sentido, hasta un 25 % de adolescentes con diagnóstico de TA incurren en la conducta suicida (Pelkonen, Marttunen, Henriksson y Loongvist; 2005) en tanto que en adultos la cifra es del 60 % (Kryzhananovskaya y Canterbury, 2001). Estas cifras, muestran que lejos de considerarse un trastorno leve, el TA tiene una importante repercusión en la conducta de las personas causando gran sufrimiento personal.

Respecto a su tratamiento, solamente existen directrices generales (Andrews, 1995; Benton y Lynch, 2006; Strain y Diefenbacher, 2008) centradas en ofrecer recomendaciones en cuanto a las metas a contemplar en la terapia de estos trastornos. Por lo que queda justificado el esfuerzo por ofrecer un protocolo de tratamiento, adecuadamente validado, que pueda garantizar un tratamiento eficaz a aquellas personas que padecen un TA. Nuestro grupo de investigación ha desarrollado un protocolo de tratamiento basado en procedimientos de terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Botella, Baños y Guillén, 2008) que, además, se apoya en dos elementos novedosos: 1) el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), concretamente «El mundo de EMMA», un sistema de Realidad Virtual (RV) cuyo contenido adaptable permite reflejar y evocar respuestas emocionales y, 2) estrategias de Psicología Positiva. Este protocolo de tratamiento cuenta con algunos datos preliminares acerca de su utilidad en dos estudios de caso (Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillen y Baños, 2012; Baños *et al.*, 2008) y en un estudio controlado que incluía tres grupos: dos grupos de tratamiento que recibían dicho protocolo, en uno se utilizaba el sistema de RV EMMA para la elaboración del acontecimiento adverso, y en el otro se hacía de manera tradicional, además de incluir un grupo control lista de espera (Andreu-Mateu, 2011, Quero *et al.*, 2012)

Por su parte, las TIC se están convirtiendo en herramientas de gran utilidad para dispensar y/o mejorar la aplicación de servicios terapéuticos y pueden incluso lograr mejoras en los Tratamientos Psicológicos Basados en la Evidencia (TPBE) ya existentes, sobre todo en lo que se refiere al eje de la efectividad o utilidad clínica (Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009). En este contexto, la RV es capaz de ofrecer un ambiente protegido y flexible, en el que la persona puede explorar y tratar sus problemas de forma gradual y controlada. Otra de las TIC que puede ofrecer grandes posibilidades es el uso de Internet. Los programas computerizados permiten reducir el tiempo de contacto entre paciente y terapeuta, y pueden llegar a pacientes que de otro modo no recibirían ayuda por lo que son alternativas muy prometedoras para diseminar los TPBE (Bauer, Golkaramnay y Kordy, 2005; Caspar, 2004; Rochlen, Zack y Speyer, 2004). Además, reduce el estigma social asociado a la búsqueda de ayuda, mejora la intervención a través de la entrega de materiales, y facilita la investigación (Marks, Cavanagh

y Gega (2007). Esta alternativa de tratamiento que utiliza como soporte Internet ha demostrado ser una intervención eficaz y de bajo coste para los trastornos emocionales. Un ejemplo de ello son los programas «Beating the blues» y «Fear Fighter» desarrollados para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, y las fobias y el trastorno de pánico, respectivamente (Proudfoot *et al.*, 2003; MCrone *et al.*, 2004; Kenwright, Liness y Marks, 2001; Marks, Kenwright, McDonough, Wittaker y Mataix-Cols, 2003). Ambos programas se han convertido en una alternativa para la aplicación de los TPBE, y se han incluido en las recomendaciones de las guías clínicas elaboradas por The National Institute of Clinical Excellence (NICE Guidelines).

En el caso del TA, no es de extrañar que no hayamos encontrado ningún estudio al respecto, aunque cabe señalar algunos estudios relacionados. Por ejemplo, Van der Houwen, Shuct, Van den Bout, Stroebe y Stroebe (2010) utilizaron el correo electrónico para enviar, a los participantes que habían sufrido la pérdida de un ser querido, tareas escritas centradas en el trabajo de los distintos componentes terapéuticos (la exposición, la reestructuración cognitiva, y la integración o restauración de la pérdida) incluidos en la intervención. Los resultados indicaron una disminución en los sentimientos de soledad y un aumento del estado de ánimo positivo en el grupo que recibió tratamiento frente al grupo control. No obstante, escribir sobre el acontecimiento no afectó al duelo o a los síntomas depresivos. Del mismo modo, Wagner, Knaevelsrud y Maercker (2006) probaron la eficacia de un TCC basado en Internet también para pacientes con diagnóstico de duelo complicado, demostrando que la condición de tratamiento mejoraba significativamente con respecto al grupo lista de espera. Por último, Van straten, Cuijpers y Smiths (2008) examinaron si una intervención de solución de problemas basada en una web de autoayuda era eficaz en la reducción de síntomas de ansiedad, depresión y estrés laboral (*burnout*). Incluyeron dos condiciones (grupo de tratamiento y lista de espera). La intervención fue efectiva para todos los participantes (aunque en un porcentaje mayor en la condición de intervención), en la reducción de síntomas de depresión y ansiedad, así como en la mejora de la calidad de vida, aunque fue menos eficaz para el estrés laboral.

Como vemos, cada vez son más las distintas aplicaciones basadas en las TIC que se han desarrollado y sometido a prueba en el campo de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, todas estas aplicaciones se han centrado principalmente en su utilización dentro de un contexto terapéutico. Ningún estudio se ha centrado en el componente de tareas para casa, un aspecto esencial de las orientaciones TCC (Beck y Tompkins, 2007; Kazantzis, Deane, Ronan y L'Abate, 2005). Las tareas para casa son un componente de tratamiento fundamental para asegurar que los objetivos terapéuticos se logran y para consolidar el aprendizaje que haya podido adquirir el paciente en la sesión de terapia, por este motivo se han incorporado dentro de manuales de tratamiento para un amplio grupo de trastornos.

Con la finalidad de aumentar la eficiencia de los resultados terapéuticos nuestro grupo ha desarrollado un sistema de Terapia Emocional On line (TEO) que permite aplicar el componente terapéutico de las tareas para casa. El principal objetivo es consolidar el aprendizaje entre sesiones de terapia. TEO es un sistema de terapia emocional online totalmente abierto que permite crear material terapéutico personalizado de un modo fácil y efectivo y ofrecérselo al paciente a través de Internet (Quero *et al.*, 2011; Quero, Molés, Pérez-Ara, Botella y Baños, 2012). Ya contamos con datos preliminares positivos sobre la aceptación del sistema TEO en dos estudios de caso con TA en el que también se utilizó el sistema de RV EMMA para llevar a cabo las sesiones de elaboración del acontecimiento estresante (Molés, 2012; Quero, Pérez-Ara *et al.*, 2011).

El objetivo de este trabajo es presentar el estudio controlado que se llevará a cabo, en el que se pretende comparar la eficacia y eficiencia de dos formas de aplicar las tareas para casa (tradicional vs. TEO), dentro del protocolo de tratamiento desarrollado para los TA. Ade-



más, se describirá el protocolo de sesiones referidas a este componente de tratamiento diseñado en TEO.

## **Método**

### *Diseño*

Se llevará a cabo un ensayo clínico aleatorizado controlado en el que se utilizará un diseño entre grupos con 4 momentos de evaluación: Evaluación pre-test (antes del inicio del programa de intervención); post-test (después de la aplicación del programa) y en 2 periodos de seguimiento (3 y 12 meses) y se dispondrá de 2 condiciones experimentales:

- Condición de aplicación de tareas para casa mediante el uso del sistema TEO: en la que se aplicará el programa de TCC comentado anteriormente, pero las tareas para casa serán aplicadas utilizando las TIC (ordenador, Internet).
- Condición de aplicación de tareas para casa de forma tradicional: en la que se aplicará el mismo programa de TCC, pero las tareas para casa serán aplicadas de forma tradicional (utilizando materiales de lectura, tareas escritas para realizar entre sesiones o archivos de audio).

### *Participantes*

Se pretende que aproximadamente 40 personas (20 por cada condición) formen parte de este estudio. Estas personas deberán de cumplir criterios de Trastorno Adaptativo según el manual de clasificación diagnóstica DSM-IV-TR (APA, 2002) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, OMS, 1992), además de tener acceso a un ordenador y Internet. Estas personas no podrán recibir otro tratamiento psicológico mientras dure el estudio ni presentar un trastorno mental grave como esquizofrenia, o cualquier otro trastorno psicótico. Asimismo, el riesgo de suicidio o que alguno de los participantes presente conductas parasuicidas, un trastorno de personalidad límite o una enfermedad física severa también serán criterios de exclusión del estudio.

Para captar la muestra se procederá, por una parte, a anunciar la puesta en marcha del estudio en los medios de comunicación locales (periódicos, radio, etc.) y en los distintos lugares en donde se vaya a recabar y evaluar a los participantes que formarán del estudio: Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I de Castellón y la Facultad de Psicología en la Universidad de Valencia. Los participantes del estudio se asignarán al azar a las distintas condiciones experimentales, mediante un procedimiento de randomización ponderada por lo que se tendrán en cuenta las características clínicas de los participantes para asegurar que en todos los grupos las muestras sean homogéneas. Además, a lo largo del proceso, se contará con evaluadores independientes desconocedores de la condición a la que hayan sido asignados los participantes cuyo objetivo será confirmar el diagnóstico y evaluar el grado de eficacia logrado en cada condición experimental una vez haya finalizado la aplicación del tratamiento.

### *Instrumentos de medida*

A continuación se describirán los instrumentos de medida que se utilizarán en este estudio, en donde contaremos con instrumentos que evalúan la eficacia, satisfacción y opinión acerca de ambas formas de aplicar las tareas para casa. Estos instrumentos forman parte de un protocolo de evaluación más amplio en donde se incluyen medidas de psicopatología general, interferencia, calidad de vida y psicología positiva.

#### Medidas diagnósticas

- *Entrevista Diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Labpsitec, 2008)*. Consiste en una entrevista semiestructurada desarrollada por nuestro grupo para la evaluación de los TA. Incluye un listado de acontecimientos estresantes junto a su evaluación temporal. Además, rastrea la presencia y gravedad de 28 síntomas relacionados con los TA en una escala de 0 a 8 (0 = nada; 8 = muy grave). Posteriormente, añade cuestiones que permiten realizar el diagnóstico diferencial, identificar la existencia de consumo de sustancias o condiciones físicas graves y una evaluación del malestar y la interferencia causadas por el problema (mediante una adaptación de la *Escala de Inadaptación* de Echeburúa, Corral y Fernández Montalvo, 2000). Por último, un apartado opcional permite rastrear la posible existencia de un duelo complicado (utilizando los criterios de Prigerson y Jacobs, 2001). Para una descripción más detallada de la entrevista ver Molés, Quero, Andreu-Mateu, Botella y Baños (2011).

#### Medidas de eficacia de las tareas para casa

- *Evaluación Pre-Post Tareas para Casa (TEO y tradicional)* (Labpsitec 2010). Este instrumento ha sido diseñado para esta investigación y evalúa variables clínicas relevantes antes y después de la realización de la tarea asignada, durante el periodo entre sesiones de tratamiento. Así, antes de realizar la tarea asignada, se evalúa mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, el estado de ánimo (con diferentes rostros que expresan distintos niveles de tristeza) y la percepción de la autoeficacia para hacer frente al problema (1 = «Nada en absoluto»; 7 = «Totalmente»). Además, se miden distintas emociones mediante una escala analógico-visual con valores entre 1 y 7. Una vez terminada la tarea, los participantes evalúan el cambio experimentado en el estado de ánimo y la autoeficacia (1 = «Mucho peor» / «Mucho menos capaz», 7 = «Mucho mejor» / «Mucho más capaz») y su nivel de satisfacción respondiendo las siguientes preguntas en una escala de 0 a 10: *¿En qué medida te ha gustado la actividad de hoy?, ¿En qué medida crees que la sesión de hoy te ha sido útil o beneficiosa?* El sistema TEO presentará dicha evaluación a través del programa, de forma on line, mientras que en el formato tradicional se hará en papel.

#### Medidas de preferencia y opinión

- *Cuestionario sobre Preferencias de las Tareas para Casa* (Labpsitec 2010). Antes de iniciar el tratamiento, el clínico proporcionará una breve explicación acerca de las dos formas mediante las cuales se pueden realizar las tareas para casa (TEO y tradicio-

nal). Seguidamente, el paciente responde 4 cuestiones según sus preferencias: qué modalidad elegiría si pudiera, cuál considera más eficaz para superar el problema, cuál considera más aversiva y qué tipo de tarea le recomendaría a un amigo con su mismo problema.

- *Cuestionario de Valoración de las Tareas para Casa* (Labpsitec, 2010). Este cuestionario se cumplimentará después del tratamiento y está formado por dos partes diferenciadas, una en la que se evalúa las tareas para casa en formato tradicional y otra en la que evalúa los mismos aspectos refiriéndose al sistema TEO. Los participantes responderán a determinadas afirmaciones en función del método utilizado, en una escala tipo Likert de 1 («Estoy totalmente de acuerdo») a 5 («Estoy totalmente en desacuerdo»). Las características que se evaluarán son; la utilidad para superar el problema de los materiales y contenidos, los símbolos y paisajes utilizados en el «Mundo de EMMA» que aparecen en TEO, así como la grabación de audio en el formato tradicional para facilitar el procesamiento del acontecimiento negativo. Por último, la recomendación a otra persona tanto de los materiales de lectura como del sistema TEO. Además, se añade la valoración de algunos aspectos de usabilidad del sistema TEO (fácil de usar, fácil de aprender, fácil de seguir las instrucciones, cómodo y atractivo).

### Tratamiento

El protocolo de tratamiento consta de un número variable de sesiones (entre 6-8) semanales con una duración aproximada de 90 minutos e incluye los siguientes componentes: psicoeducación, aceptación y elaboración del acontecimiento negativo y prevención de recaídas. Como se ha comentado anteriormente, este protocolo incluye estrategias de psicología positiva que intentan aumentar la capacidad natural del ser humano para resistir y crecer ante la adversidad (Seligman, Steen, Park, y Peterson, 2005; Vera, Baquero y Vecina, 2006). Además, el tratamiento se administrará en un contexto terapéutico apoyado por la RV. Se utilizará «El mundo de EMMA» (Botella *et al.*, 2006) para activar las emociones y cogniciones asociadas al acontecimiento estresante y para llevar a cabo la exposición a todo aquello que los pacientes evitan con el objetivo de permitir el procesamiento emocional de todos los aspectos relacionados con el acontecimiento. En suma, el objetivo de este tratamiento es la superación del acontecimiento estresante y sus consecuencias, comprendiendo, aceptando y asimilando que las dificultades, el dolor y los problemas son parte consustancial de la vida, y nos proporcionan una magnífica oportunidad para superarnos y crecer como seres humanos.

#### TEO (Terapia Emocional On line)

- TEO es un sistema completamente abierto basado en tecnología web que permite de forma sencilla y eficaz crear material personalizado (haciendo uso de distintos materiales multimedia como texto, vídeos, imágenes y audio), y presentarlo a los pacientes mediante Internet. Este programa está diseñado y pensado para ser utilizado como herramienta terapéutica en el marco de un programa de tratamiento, o como complemento de este, como es el caso de este estudio en el que es utilizado para prescribir las tareas entre sesiones que los pacientes podrán realizar desde su propio hogar. Se trata de un programa basado en las TIC, que puede ser de ayuda a psicólogos y/o personal de la salud a la hora de desarrollar y gestionar, distintos contenidos terapéuticos. El acceso al sistema TEO, se realiza mediante el portal de acceso al programa que aparece en la página web

<https://www.teo.uji.es> (véase figura 1) y su funcionamiento permite disponer de dos plataformas con diferentes funcionalidades cada una: la plataforma de acceso al terapeuta (administrador) y la plataforma de acceso para el paciente (usuario).

La plataforma del terapeuta tiene diferentes funciones, entre ellas, gestionar la base de datos de los pacientes, junto con los resultados de tratamiento de cada uno de ellos, organizar y etiquetar contenidos terapéuticos basados en materiales multimedia (texto, vídeos, imágenes y audio), así como crear sesiones y protocolos de tratamiento personalizados y asignarlos a uno o varios pacientes. El sistema también permite llevar un seguimiento de los pacientes asignando protocolos de evaluación.

Por su parte, la plataforma del paciente tiene como función principal que el usuario pueda visualizar las sesiones enviadas por el terapeuta (figura 1). Estas sesiones están acompañadas de un contexto 3D de realidad virtual simulada (una playa o un bosque), que permiten potenciar la experiencia de la terapia. Además, una vez terminada la tarea, el usuario puede navegar en este entorno con el objetivo de madurar la sesión realizada dentro de un espacio seguro y repetirla cuantas veces necesite (véase figura 2). Por último, esta plataforma permite que el paciente realice el protocolo de evaluación de forma remota.

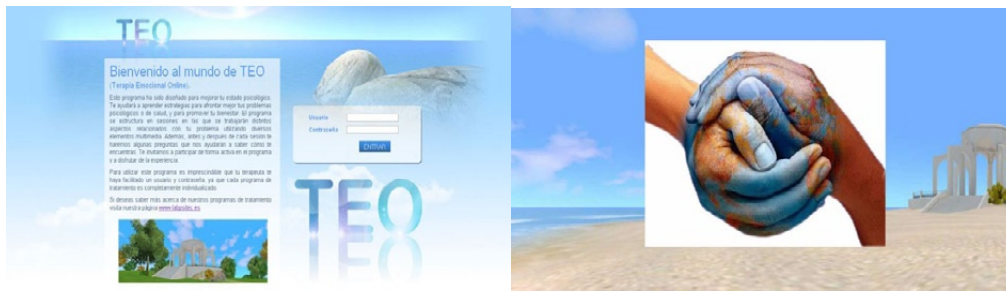


Figura 1. Portal de validación y visualización de la sesión

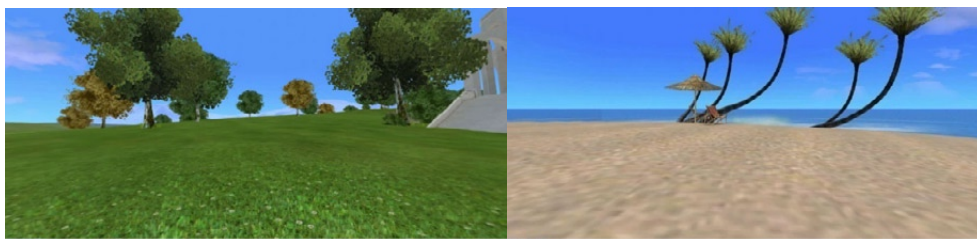


Figura 2. Ambientes virtuales mostrados en la plataforma del paciente

## Resultados

Hasta el momento se han logrado los distintos objetivos específicos que nos planteamos al iniciar este estudio. Se ha desarrollado el sistema basado en tecnología web, TEO, y se le ha nutrido de diferentes contenidos multimedia (textos, imágenes, narrativas, vídeos, etc.), que han permitido el diseño de las sesiones que forman parte del protocolo de tareas para

casa explicado anteriormente. Este material terapéutico se ha desarrollado con el objetivo de que el paciente pueda reforzar aquello que ya se ha trabajado durante el tratamiento de forma totalmente autoaplicada desde su propio hogar. Además, se ha creado el protocolo de evaluación que se presenta de forma on line en TEO, antes y después de realizar la tarea, así como el cuestionario en papel para su evaluación en el formato tradicional. Para ello se han tenido en cuenta medidas clínicas relevantes que permitan extraer conclusiones fiables y de este modo comparar la eficacia de ambos métodos de aplicación de tareas para casa.

Con todo este trabajo realizado, se han llevado a cabo distintos estudios de caso en los que se ha utilizado tanto el sistema de RV EMMA para llevar a cabo las sesiones de elaboración del acontecimiento estresante, como el sistema TEO y el formato tradicional en la prescripción de tareas par casa, y sobre los que ya contamos con datos preliminares. Quero, Pérez-Ara *et al.* (2011), estudiaron la aceptabilidad del sistema TEO en un paciente con diagnóstico de TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Los resultados mostraron expectativas positivas hacia el sistema, siendo elegido como el método de aplicación de tareas para casa más efectivo y menos aversivo. La opinión fue en general positiva para ambos formatos de tareas para casa, sin embargo TEO logró puntuaciones ligeramente más altas en características como ayuda en el procesamiento del acontecimiento negativo o utilidad en el afrontamiento del problema. Por último, cuando la participante comparó ambos métodos, continuó prefiriendo TEO sobre el sistema tradicional. Por último, Molés (2012) utilizó un diseño de línea base múltiple entre-sujetos en el que además evaluó la eficacia del tratamiento para los TA anteriormente descrito. Los resultados obtenidos en este estudio, todavía en progreso, pusieron de manifiesto que el programa de TCC apoyado en RV fue eficaz en la mejora de la situación clínica de la participante. En referencia a la eficacia del componente de tareas para casa, se mostró una mejora de la sintomatología clínica de la paciente en ambos formatos, resultando útiles en la mejora de las variables clínicas estudiadas (autoeficacia, estado de ánimo, emociones positivas y negativas), sin embargo, TEO logró mejoras ligeramente mayores en dichas variables.

A la vista de los resultados prometedores obtenidos hasta el momento, queda justificado el estudio controlado que vamos a llevar a cabo en el que va a comparar una condición en la que las tareas para casa se aplicarán utilizando TEO frente a la condición tradicional. Por una parte, esperamos que la condición de tratamiento que aplique las tareas para casa utilizando las TIC se muestre igual de eficaz que la condición de tratamiento que aplica las tareas para casa de forma tradicional. Por otra parte, se espera que la condición que utiliza TEO resulte más efectiva y eficiente, esto es, la mejoría se producirá antes en el tiempo y el tiempo de terapia necesario será menor. Por último, también se espera que esta condición será mejor valorada por los pacientes y por los terapeutas.

## Discusión

El objetivo del presente trabajo era presentar el estudio que se llevará a cabo en el que se pretende probar la eficacia diferencial de dos formas distintas de aplicar las tareas para casa: utilizando las TIC vs. el formato tradicional.

La realización del presente estudio controlado cobra mayor importancia si tenemos en cuenta, por un lado, la falta de intervenciones psicológicas en el abordaje de los TA y, por otro, el poco desarrollo que existe en el ámbito de las TIC en relación a la asignación de tareas para casa dentro de los tratamientos psicológicos. En este sentido, la utilización de un sistema basado en tecnología web como TEO, es pionera en el campo del tratamiento de los TA. Hasta el momento no se había ofrecido ningún sistema que permitiera el diseño y creación de tareas entre sesiones que pudieran ser aplicadas de forma remota y que permitiera practicar algunos

de los elementos ya vistos en terapia, y todo ello apoyándose en los beneficios que las TIC pueden ofrecer. En la actualidad los estudios que utilizan las TIC lo hacen en un contexto terapéutico, dentro de la terapia. Un ejemplo son los tratamientos psicológicos que hacen uso de la RV para diferentes trastornos de ansiedad, como la claustrofobia (p. ej., Botella, Villa, Baños, Perpiñá y García-Palacios, 2000), o el trastorno de pánico (p. ej., Botella *et al.*; 2007). En consecuencia, no se ha explorado la posibilidad de aplicar las TIC para la realización de un componente terapéutico como son las tareas para casa que, dentro de las orientaciones cognitivo-comportamentales, se considera esencial. De hecho, en cualquier intervención psicológica se insiste en su prescripción entre sesiones (Beck y Tompkins, 2007; Kazantzis, *et al.*, 2005).

TEO presenta una serie de ventajas frente a otros programas de tratamiento computerizados autoaplicados a través de Internet que ya están disponibles en la actualidad. Este sistema permite crear material terapéutico personalizado y presentarlo a un mayor número de personas utilizando como canal principal Internet, a diferencia de otros tratamientos computerizados donde las sesiones terapéuticas están cerradas y son iguales para todos los potenciales usuarios. El diseño de este sistema permite, en el caso del tratamiento para los TA presentado en este trabajo, que el terapeuta configure, de forma flexible y dinámica, las distintas sesiones de tareas para casa atendiendo a las necesidades y características específicas de cada usuario. De esta forma, se puede ajustar y adaptar el contenido, atendiendo al significado específico que cada problema tiene para cada persona. Además, gracias a su desarrollo vía web este sistema puede utilizarse como complemento del tratamiento mediante la asignación de tareas para casa, o en un marco de teleasistencia, donde el tratamiento puede ser autoadministrado, permitiendo que cada paciente adapte las sesiones de terapia a su propio horario. Este marco de teleasistencia, podría suponer una reducción de las largas listas de espera existentes en la sanidad pública lo que conllevaría un avance desde un punto de vista económico y social.

Por otra parte, existe una clara necesidad de diseñar protocolos de tratamiento estructurados y de mejorar los tratamientos psicológicos para este problema. Como ya se ha comentado, el programa de tratamiento que hemos desarrollado para el TA (Botella *et al.* 2008) ha demostrado su eficacia en trabajos previos (Andreu-Mateu *et al.*, 2012; Baños *et al.*, 2008; Botella *et al.*, 2009; Andreu-Mateu, 2011; Quero *et al.*, 2012), por lo que, en el presente estudio se pretende ir un paso más allá y ver si el hecho de añadir el uso de las TIC para aplicar el componente de tareas para casa aumenta la eficiencia del tratamiento de los TA. Si se alcanzan los objetivos previstos, se lograría una mayor efectividad y eficiencia en el tratamiento psicológico de los TA, lo que supondría un avance importante en el conocimiento de este trastorno. Cabe señalar que, lograr mejoras en la forma de aplicar y diseminar los protocolos de TPBE supondría un notable logro que tendría importantes repercusiones clínicas. Como ya sabemos, los TA pueden conllevar graves consecuencias llegando a provocar largos periodos de baja por enfermedad (Catalina, *et al.*, 2012), por lo que estos avances en la investigación supondrían una importante mejora en el bienestar y la calidad de vida de un gran número de personas que ven afectadas sus vidas. En un importante estudio llevado a cabo por Van der Klink *et al.*, (2003) se evidenció que los TA son un importante problema de salud pública ya que, frecuentemente, el malestar y el deterioro en la actividad que provocan se manifiestan a través de una disminución del rendimiento laboral, constituyendo la causa más importante de baja laboral en los Países Bajos. Además, por la situación actual en nuestra sociedad, el número de personas que pierden su trabajo es cada vez mayor, por lo que cabe esperar que se produzca un aumento de casos con problemas de adaptación a su nueva situación. En este sentido, desde un punto de vista social, conseguiríamos ofrecer herramientas terapéuticas a este tipo de pacientes que han perdido su trabajo y tienen problemas para seguir adelante con sus vidas.

En definitiva, este estudio permitirá tanto proporcionar un tratamiento dirigido a mejorar la situación clínica de los pacientes que sufren un TA, aumentando en ellos su capacidad de hacer frente a la adversidad y aprender de los problemas, como también ofrecerá un sistema como TEO cuya versatilidad puede abrir nuevas posibilidades para los clínicos, facilitar su trabajo y mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Andreasen, N. C. & Hoenk, P. R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 139, 584-590.
- Andreu-Mateu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los Trastornos Adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: Análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Tesis doctoral, Universitat Jaume I, España.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. & Baños, R. M. (2012). El tratamiento de los trastornos adaptativos: cuando el estímulo estresante sigue presente. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20, 323-348.
- Andrews, A. (1995). Treatment outlines for the management of anxiety status: The quality assurance project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 138-151.
- Azocar, F. & Greenwood, G. L. (2007). Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status: A Brief Report. *The Internet Journal of Mental Health*, 4, 3.
- Bauer, S., Golkaramnay, V. & Kordy, H. (2005). E-mental-health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung [E-mental-health: New medias in psychosocial services]. *Psychotherapeut*, 50, 7-15.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A., Jorquera, M. & Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.
- Beck, J. & Tompkins, M. (2007). *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy*. Nueva York: Springer.
- Benton, T. D. & Lynch, J. (2006). EMedicine. Adjustment Disorders. Extraído el 7 de junio de 2010 de <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>.
- Botella, C., Baños, R. M. & Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En C. Vázquez & Hervás, G. (eds.), *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: DDB.
- Botella, C., Baños, R. M., Rey, B., Alcañiz, M., Guillen, V., Quero, S. & García-Palacios, A. (2006). Using an adaptative display for the treatment of emotional disorders: A preliminary analysis of effectiveness. *Work-In-Progress Chi*, 586-591.
- Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M. et al. (2007). Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 164-175.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M. & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*. 40, 155-170.

- Botella, C., Villa, H., Baños, R. M., Perpiñá, C. & García-Palacios, A. (2000). Virtual Reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A. & Carolina Hardoy, M. C. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, 1-15.
- Casey, P. (2001). Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice*, 7, 32-40.
- Casey, P. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.
- Caspar, F. (2004). Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy. Introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 221-238.
- Catalina, C., Pastrana, J. I., Tenas, M. J., Martínez, P., Ruiz, M., Fernández, C. et al. (2012). Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occupational Medicine*, 62, 375-378.
- Despland, J. N., Monod, L. & Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 454-460.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta* 26, 325-340.
- Fabrega, H., Mezzich, J. E. & Mezzich, A. C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM. *Archives of General Psychiatry*, 44, 567-572.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R. & L'Abate, L. (eds.) (2005). *Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy*. New York: Routledge.
- Kenwright, M., Liness, S. & Marks, I. (2001). Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic. *British Journal of Psychiatry*, 179, 456-459.
- Kryzhanovskaya, L. & Canterbury, R. (2001). Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis*, 22, 125-131.
- Labpsitec (2008). Entrevista diagnóstica para los trastornos adaptativos.
- Labpsitec (2010). Cuestionario sobre preferencias de las tareas para casa.
- Labpsitec (2010). Cuestionario de valoración de las tareas para casa.
- Labpsitec (2010). Evaluación Pre-Post tareas para casa (TEO y tradicional).
- Marks, I. M., Cavanagh, K. & Gega, L. (2007). Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble? *The British Journal of Psychiatry*, 191, 471-473.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Wittaker, M. & Mataix-Cols, D. (2003). Computer-guided self-help for panic/ phobic disorder cut per-patient time with a clinician: a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.
- MCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D. A. et al. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care. *British Journal Psychiatry*, 185, 55-62.
- Molés, M. (2012). *Datos Preliminares de Eficacia y Aceptación de un Sistema de Regulación Emocional Online (TEO) para Aplicar las Tareas para Casa en los Trastornos Adaptativos*. Trabajo de investigación. Universitat Jaume I. Castellón. España.
- Molés M., Quero, S., Andreu-Mateu, S., Botella, C. & Baños, R. (2011). Desarrollo de una Entrevista Diagnóstica para los Trastornos Adaptativos. *Fòrum de recerca*, 16, 1049-1069. ISSN 1139-5486.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades. CIE-10 (10.ª ed)*. Madrid: Meditor.



- Pelkonen M., Marttunen, M., Henriksson, M. & Loongvist, J. (2005). Suicidality in adjustment disorder, clinical characteristic of adolescent outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2005; 14: 174-80.
- Prigerson H. G. & Jacobs S. C. (2001). Diagnostic criteria for traumatic grief: a rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. Part II. Theory, methodology and ethical issues. En Schut, H. (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. (pp. 614-646). Washington (D. C.): American Psychological Association Press.
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. & Gray, A. J. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive behavioural therapy reduces anxiety and depression in general practice: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 33, 217-227.
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Baños, R. M., Guillén, V., Molés, M. & Botella, C. (2012). Eficacia de un protocolo de tratamiento apoyado con realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: Un estudio controlado. Ponencia presentada en el I Congreso Nacional de Psicología Positiva. Madrid, marzo de 2012.
- Quero, S., Botella, C., Pérez-Ara, M. A., Andreu-Mateu, S., Baños, R. M. & Castilla, D. (2011). TEO: An Online Emotional Therapy System to apply homework assignments in the treatment of adjustment disorders t al. 2011 *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 4, 306-307.
- Quero, S., Molés, M., Pérez-Ara, M. A., Botella & Baños. R. M. (2012). An Online Emotional Regulation System to deliver homework assignments for treating Adjustment Disorders. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 5, 23-24.
- Quero, S., Pérez-Ara, M. A., Botella, C., Herrero, R., Molés, M., Andreu-Mateu, S. et al. (2011). Acceptability of an Online Emotional Therapy System to apply homework assignments in adjustment disorder: A case study. III Ponencia presentada en Workshop on Technology for Healthcare and Healthy Lifestyle, 2011. Valencia: Ciudad Politécnica de la Innovación (<http://www.tsb.upv.es/wths2011>).
- Rochlen, A. B., Zack, J. S. & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 269-283.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Strain J. J. & Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: The conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 121-30.
- Van der Houwen, K. Shuct, H., Van den Bout, H., Stroebe, M. & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy* 48, 359-367.
- Van der Klink, J. L., Blonk, R. W., Schene, A. H. & Van Dijk, F. J. (2003). Reducing longterm sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders. *Occupational and Environmental Medicine*. 60, 429-437.
- Van Straten, A., Cuijpers P. & Smits N. (2008). Effectiveness of a Web-Based Self Help Intervention for Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet research*. 10:e7.
- Vera, B., Baquero, B. & Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.



## Incrementando el bienestar

### Una revisión de intervenciones dirigidas a promover estados emocionales positivos

ÁNGEL ENRIQUE ROIG  
al107104@uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA  
botella@uji.es

GUADALUPE MOLINARI  
molinari@uji.es

JUANA MARÍA BRETÓN-LÓPEZ  
breton@uji.es

AZUCENA GARCÍA-PALACIOS  
azucena@uji.es

#### Resumen

La experiencia de emociones positivas, como alegría y satisfacción, tiene numerosos beneficios físicos, sociales e intelectuales para el individuo (Sheldon y Lyubomirsky, 2006). Una gran variedad de estudios han investigado la eficacia de diferentes intervenciones dirigidas a promover estados emocionales positivos. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de las principales intervenciones positivas dirigidas a mejorar el bienestar. Se realizó una revisión bibliográfica de la última década, a través de diferentes bases de datos, combinando palabras clave como: «positive interventions», «well-being», «positive psychology» y «happiness». La búsqueda dio como resultado una serie de intervenciones autoaplicadas dirigidas a promover emociones positivas. Dichas intervenciones incluyen estrategias cognitivas y conductuales simples, tales como: escribir cartas de agradecimiento, realizar actos bondadosos e identificar fortalezas personales, entre otros (Layous y Lyubomirsky, 2012). Por otra parte, se ha comprobado que determinadas características de las actividades y ciertos factores personales pueden modular la eficacia de las intervenciones (Vázquez *et al.*, 2006). Los trabajos de investigación sobre este tema ponen de manifiesto que estas estrategias son efectivas incrementando el bienestar y disminuyendo la aparición de sintomatología depresiva (Sin y Lyubomirsky, 2009). A nivel clínico, dichas estrategias pueden ayudar a aumentar la eficacia de los actuales tratamientos psicológicos y mejorar los programas de prevención de recaídas (Vázquez *et al.*, 2006). En este sentido, la Psicología Positiva puede proporcionar una mejor resistencia ante estresores intensos cuando quienes los sufren perciben, además de las consecuencias negativas, algunos elementos positivos en lo sucedido (Vázquez y Pérez Sales, 2003).

**Palabras clave:** psicología positiva, bienestar, emociones positivas, intervenciones positivas.

## Abstract

Experiencing positive emotions, like joy and contentment, holds numerous social, intellectual and physical benefits for the individual (Sheldon & Lyubomirsky, 2006). A high variety of studies have analysed the efficacy of different interventions aimed to boost positive emotional states. The goal of this study is to review the main positive interventions targeting to improve well-being. We have carried out a literature review over the last decade through several databases, combining different keywords: Positive interventions, well-being, positive psychology, and happiness. This research has resulted in a series of self-administered interventions aimed to promote positive emotions. These interventions involve simple cognitive and behavioural strategies, such as: writing gratitude letters, performing acts of kindness, and identifying personal strengths, among others (Layous & Lyubomirsky, 2012). Moreover, it has been proven that certain characteristic of the activities and some personal factors can affect the efficacy of the interventions (Vázquez, *et al.*, 2006). The research on this topic shows that these strategies are effective as they increase psychological well-being and decrease depressive symptoms (Sin & Lyubomirsky, 2009). At a clinical level, these strategies could help increasing the efficacy of the current psychological treatments and could improve the relapse prevention programs (Vázquez, *et al.*, 2006). In this sense, Positive Psychology can provide a better resistance against intense stressors when those who suffer perceive, apart from the negative consequences, some positive elements in what has happened (Vázquez & Pérez Sales, 2003).

**Keywords:** Positive Psychology, well-being, positive emotions and positive interventions

## Introducción

La psicología positiva es aquella que se centra en el estudio de las condiciones y procesos que contribuyen al desarrollo y funcionamiento óptimo de las personas, grupos e instituciones (Gable y Haidt, 2005). Este enfoque no es totalmente nuevo, puesto que investigadores como William James en sus escritos sobre la «mente saludable» (1902) ya se interesaron por las características positivas humanas. También la psicología cognitiva había dejado claro que la información positiva tenía gran relevancia en muchos procesos psicológicos, ya que los sesgos positivos en la sensación de control, el recuerdo de elementos positivos y las atribuciones causales, estaban ligados de un modo posiblemente protector a la salud física y mental (Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

No obstante, estos estudios pasaron a un segundo plano durante la segunda mitad del siglo xx, en el que la psicología pasó a centrarse casi exclusivamente en el estudio de los trastornos y las alteraciones de la mente. Tal como afirman Gable y Haidt en una metáfora (2005), la psicología enseñaba cómo aprender a llevar a la gente de un ocho negativo hasta cero, pero no conseguía entender cómo llevar a las personas de cero a ocho positivo.

Fue Martin Seligman, quien en su discurso inaugural como presidente de la APA (1999) impulsó de nuevo la investigación en este campo de la psicología como una necesidad complementaria al modo habitual de contemplar la realidad psicológica. En este sentido, los hallazgos en psicología positiva tienen como propósito apoyar, no reemplazar, lo que ya se sabe

sobre el sufrimiento humano, la debilidad y en último término, los trastornos (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

Este mismo autor considera que la práctica completa de la psicología debería de incluir un entendimiento del sufrimiento y del bienestar, así como de su interacción, de forma que se puedan diseñar intervenciones dirigidas a disminuir el sufrimiento e incrementar el bienestar (Seligman *et al.*, 2005).

En los estudios acerca del papel que juegan las emociones en los procesos psicológicos, las investigaciones se han centrado en mayor medida en analizar la función de las emociones negativas. Según Barbara Fredrickson (1998), el desinterés científico acerca de la funcionalidad de las emociones positivas, tiene diferentes motivos.

En primer lugar, la psicología se ha centrado tradicionalmente en investigar los problemas psicológicos y el tratamiento de los mismos. En este sentido, las emociones negativas están en la base de muchos trastornos psicológicos, contribuyendo al desarrollo y mantenimiento de los mismos. Debido a su asociación con problemas y riesgos, las emociones negativas han recibido mucha más atención a nivel científico.

En segundo lugar, los modelos teóricos elaborados acerca de las emociones, han tratado de ajustarse a las emociones en general. Para ello, estos modelos se han basado en las especificidades de las emociones más prototípicas, como el miedo y el enfado. En esta línea, dichos modelos afirman que las emociones están asociadas a tendencias de acción específicas; no obstante algunos investigadores afirman que las tendencias de acción de las emociones positivas son vagas e inespecíficas, por lo que existen problemas para ajustar dichas emociones a estos modelos generales (Ekman, 1992). Por último, otro motivo por el que las emociones positivas han sido menos estudiadas es que estas son pocas y están menos diferenciadas. Las taxonomías científicas sobre las emociones básicas identifican una sola emoción positiva, por cada tres o cuatro emociones negativas. Otro hecho relevante es que, a diferencia de las emociones negativas, las emociones positivas no generan respuestas autonómicas diferenciables.

Debido a que estos enfoques no se ajustaban a las emociones positivas, Fredrickson (1998) decidió elaborar un modelo que capturara los efectos de las emociones positivas, la teoría de la Ampliación y la Construcción. Según esta teoría, mientras que la finalidad de las emociones negativas es disminuir los repertorios de conducta, las emociones positivas existen para ampliar los repertorios de pensamiento y acción. Más aún, en contraste con las emociones negativas, las cuales conllevan beneficios adaptativos inmediatos en situaciones amenazantes, la ampliación de los repertorios de pensamiento-acción que provocan las emociones positivas son beneficiosos de otros modos. Concretamente, las mentalidades ampliadas conllevan beneficios adaptativos a largo plazo, ya que dicha ampliación construye recursos personales más perdurables (Fredrickson, 2004)

De esta forma, la alegría, por ejemplo, permite explorar más situaciones y tener relaciones más abiertas con otras personas, además de alentar el crecimiento de recursos intelectuales, emocionales e interpersonales. En este sentido, las investigaciones han demostrado que las emociones positivas facilitan la puesta en marcha de conductas más flexibles, menos predeterminadas y ayudan a ampliar nuestros repertorios de conducta (Isen, 1999, encontrado en Vázquez y Ho, 2006).

Otras investigaciones sobre los efectos de las emociones positivas (Carbelo y Jáuregui, 2006), han demostrado que estas pueden tener un efecto amortiguador del estrés. En el caso del humor, referido al sentido del humor, en condiciones de estrés y adversidad, se ha visto que este permite mejorar el afrontamiento del estrés, debido a la valoración cognitiva que proporciona el humor como perspectiva de vida y la reducción del estrés que genera la risa.

A nivel clínico, si somos capaces de instalar y mantener estos elementos positivos, se puede favorecer la cristalización de repertorios adaptativos y de un mejor funcionamiento en general. Igualmente, ser capaz de dar un significado positivo a la adversidad mejora la salud e incrementa el bienestar y es posible que incluso permita mejorar y crecer psicológicamente a pesar de lo sucedido (Vázquez, Castilla y Hervás, 2007). Distinguir las emociones positivas de las negativas puede ayudar a comprender mejor el funcionamiento humano y sus problemas (Vázquez y Ho, 2006).

Debido a los beneficios que aportan las emociones positivas, en los últimos años han incrementado las investigaciones dirigidas a fomentar la aparición de estas emociones, lo cual ha permitido que se vayan descubriendo progresivamente los factores y condiciones ligados a la felicidad de los seres humanos (Gilbert, 2006; Seligman, 2003). En este sentido, se han diseñado intervenciones en Psicología Positiva, que consisten en métodos de tratamiento y actividades intencionales, dirigidas a cultivar sentimientos, pensamientos y conductas positivas.

Estas estrategias han sido extraídas tras revisar la literatura sobre las emociones, pensamientos y conductas que caracterizan a la gente con mayor bienestar psicológico (Lyubomirsky, 2001). En el estudio de Lyubomirsky (2001), se trató de analizar el papel que jugaban los procesos cognitivos y motivacionales en la percepción de bienestar y los resultados mostraron que determinados procesos psicológicos como la comparación social, la reducción de las disonancias, la autorreflexión, la autoevaluación y la percepción propia funcionaban de manera diferente en personas felices e infelices.

En este sentido, se ha tratado de traducir estos pensamientos y conductas que potencian el bienestar psicológico, en intervenciones que puedan ser probadas ante grupos control. Estas intervenciones implican estrategias cognitivas y conductuales sencillas, dirigidas a reflejar los pensamientos y conductas de gente feliz y, a su vez, mejorar la felicidad del individuo al realizarlas.

A pesar del avance en el diseño de intervenciones dirigidas a promover el bienestar psicológico, los resultados también han demostrado que estas estrategias tienen algunas limitaciones a la hora de incrementar y mantener este bienestar. En una revisión realizada por Vázquez, Hervás y Ho (2006) sobre intervenciones basadas en la Psicología Positiva, se planteaba la dificultad de considerar si los cambios en el bienestar pueden ser efectivamente sostenibles y duraderos. Según algunos autores (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999), el bienestar tiene un componente de heredabilidad genética que establece límites.

Estas ideas responden al modelo de adaptación hedónica, formulado por Diener y Lucas (2006). Según este modelo, las ganancias o pérdidas en bienestar son casi siempre temporales pues el sujeto tiende a volver, tarde o temprano a su punto de referencia (el denominado *set point*) (figura 1). En la figura 1 se puede apreciar que elementos como la capacidad de disfrute, la emocionalidad positiva y otros elementos relacionados con el afecto positivo pueden estar limitados por elementos difícilmente cambiables (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). También algunos rasgos de personalidad ligados al bienestar como la extraversión y el neuroticismo, permiten concluir que el bienestar psicológico es igualmente estable (Vázquez *et al.*, 2006).

## What Determines Happiness?

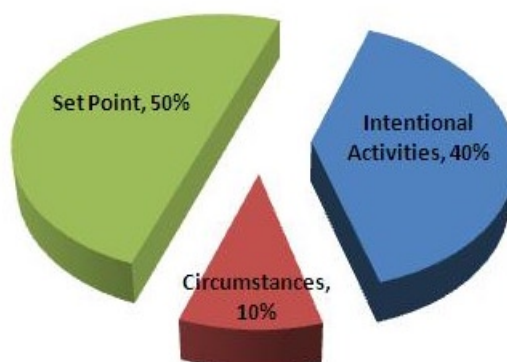


Figura 1. Varianza del bienestar (extraído de Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005)

No obstante, investigaciones posteriores han comprobado que el *set point* no es totalmente estable (Diener, Lucas y Scollon, 2006). Determinados hechos como enviudar o el divorcio tienen un impacto tal que el individuo no vuelve, al mismo punto de satisfacción en el que estaba en los años previos al suceso; mientras que para otros sucesos, como el contraer matrimonio o ganar la lotería, los cambios positivos son transitorios y se vuelve en unos años al punto de satisfacción que se gozaba en los años previos al acontecimiento agradable.

A pesar de que pueda parecer que los intentos por mejorar el bienestar puedan ser en vano, autores como Vázquez, Hervás y Ho (2006) apuntan que se han encontrado intervenciones que mejoran de un modo sostenido el estado de ánimo y el bienestar de personas con depresión (Jacobson *et al.*, 1996). En esta línea, se puede observar que el 40 % de la varianza del bienestar, parece deberse a actividades intencionales cuyo impacto sobre el bienestar es muy superior al que puedan producir circunstancias vitales (Lyubomirsky *et al.*, 2005).

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de las principales intervenciones positivas autoaplicadas dirigidas a promover el bienestar, analizar su efectividad y aquellos factores que puedan influir.

## Método

El estudio realizado consiste en una revisión bibliográfica, que se ha centrado en analizar y sintetizar el estado de la literatura sobre las intervenciones en Psicología Positiva.

La revisión bibliográfica se llevó a cabo siguiendo diversas estrategias de búsqueda. En primer lugar, se emplearon diferentes bases de datos, tales como: PsycINFO, e-journals, Medline y Pubmed; en las cuales se realizaron diferentes combinaciones de las siguientes palabras clave: «positive interventions», «well-being», «positive psychology» y «happiness». En segundo lugar, se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos encontrados, las cuales facilitaron el acceso a algunos de los estudios revisados. La búsqueda de las publicaciones revisadas se limitó a las investigaciones de la última década, es decir, se acotó la búsqueda a los años 2002-2012.

Los estudios incluidos en la revisión fueron seleccionados tras revisar que tuvieran como objetivo validar la eficacia en mejorar el bienestar, de intervenciones basadas en la Psicología Positiva. También se incluyó la búsqueda de revisiones y meta-análisis sobre dichas intervenciones.

## Resultados

La búsqueda dio como resultado una gran cantidad de investigaciones centradas en probar la eficacia de actividades positivas en incrementar el bienestar psicológico, así como varias revisiones y un estudio de meta-análisis. En la tabla 1 se pueden encontrar los diferentes estudios revisados en este trabajo.

Tabla 1  
*Estudios sobre la eficacia de las intervenciones positivas*

AUTORES	TÍTULO	INTERVENCIÓN
Emmons y McCullough (2003)	«Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily-life»	Darse cuenta de los propios bienes
Dunn, Aknin y Norton (2009)	«Spending Money on others promotes happiness»	Realizar actos de bondad
Sheldon, Kasser, Smith y Share (2002)	«Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration»	Logro de objetivos personales
Burton y King (2004)	«The health benefits of writing about intensely positive experiences»	Recordar tiempos mejores
Goldstein (2007)	«Sacred moments: Implications on well-being and stress»	Ejercicios de meditación
Green, Oades y Grant (2006)	«Cognitive behavioral, solution focused life-coaching: Enhancing goal striving, well-being and hope»	Logro de objetivos personales
Boehm, Lyubomirsky y Sheldon (2011)	«A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans»	Pensar en el mejor futuro posible Expresar gratitud
Fredrickson, Cohn, Coffey, Peck y Finkel (2008)	«Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources»	Meditar sentimientos positivos hacia uno mismo y hacia los demás
Sheldon y Lyubomirsky (2006)	«How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves»	Expresar gratitud Pensar en el mejor futuro posible
Seligman, Steen, Park y Peterson (2005)	«Positive psychology progress: Empirical validation of interventions»	Expresar gratitud Pensar en tres cosas buenas Recordar tiempos mejores Identificar y usar las fortalezas personales

De entre los artículos revisados, se extrajeron las intervenciones llevadas a cabo en cada uno de ellos, con el objetivo de describir y analizar dichas estrategias. Además, se encontraron algunos estudios de revisión de estrategias de intervención que contribuyeron a un



análisis más minucioso de las mismas (Sin y Lyubomirsky, 2009; Layous y Lyubomirsky, 2012). Algunas de las actividades encontradas son:

- Darse cuenta de los propios bienes: Los participantes debían escribir una lista de cosas por las que estaban agradecidos.
- Escribir cartas de gratitud: En algunos estudios, se animaba a los participantes a escribir una carta de gratitud para alguien que había hecho algo bueno por ellos, describiendo en detalle qué había hecho y cómo esto había afectado a sus vidas.
- Identificar y usar las propias fortalezas en nuevos campos. Los participantes habían de identificar sus propias fortalezas y usarlas en ámbitos diferentes a los habituales.
- Identificar las propias fortalezas. A diferencia del anterior, se les pedía que usaran las fortalezas identificadas y usarlas más a menudo.
- Realizar actos de bondad. Se animaba a los participantes a realizar buenas acciones por los demás.
- Ejercicios de meditación. Los ejercicios de toma de conciencia también se usaron en varias investigaciones. En algunas de ellas, la meditación iba dirigida a la generación de sentimientos y emociones positivas hacia uno mismo y hacia los demás.
- Recordar los tiempos en que mejor estaba el individuo. Los participantes eran animados a recordar las épocas en que el individuo consideraba que se encontraba en su mejor estado anímico, de forma que pudiera identificar las propias fortalezas.
- Pensar en las cosas positivas del día a día. Se animaba a los participantes a reflexionar durante la noche en cosas buenas que hubieran sucedido durante el día y qué analizaran las posibles causas.
- Pensar en el mejor futuro posible. Se animaba a los participantes a imaginarse un futuro en el que hubieran logrado todos sus objetivos, con el fin de promover el optimismo.
- Logro de objetivos personales. Se usaron estrategias de *coaching* para tratar de motivar a los participantes hacia el logro de objetivos.

En general, los trabajos de investigación llevados a cabo en esta línea han demostrado que estas intervenciones son efectivas incrementando el bienestar y disminuyendo la aparición de sintomatología depresiva. No obstante, a pesar de que los estudios parecen indicar que las estrategias utilizadas son efectivas, algunos de ellos han demostrado que no todas las intervenciones tienen los mismos efectos.

En la investigación llevada a cabo por Seligman y cols. (2005), que trataba de analizar la influencia de estas actividades en el incremento del bienestar, los resultados mostraron diferentes efectos en las distintas condiciones experimentales, en función de las actividades realizadas (véase figura 2). En dicho estudio, se vio que la actividad de expresar gratitud generaba un incremento estadísticamente significativo del bienestar en el post-test, el cual iba perdiendo fuerza con el paso del tiempo, hasta volver al mismo punto que en el pre-test a los seis meses. Otras actividades, como pensar en cosas positivas del día a día y usar las fortalezas personales, mostraron efectos diferentes. En ellas, no se observaron efectos observables en el post-test; no obstante, ambas condiciones continuaron un mismo patrón de mejora del bienestar en el seguimiento, que comenzó a ser significativo respecto al grupo control a partir del primer mes de seguimiento. Por último, las condiciones de «recordar los mejores tiempos» e «identificar las fortalezas personales», no generaron ninguna mejora en bienestar con respecto al grupo control en ninguna de las fases de la investigación, por lo que no demostraron ningún tipo de eficacia en dicho estudio.

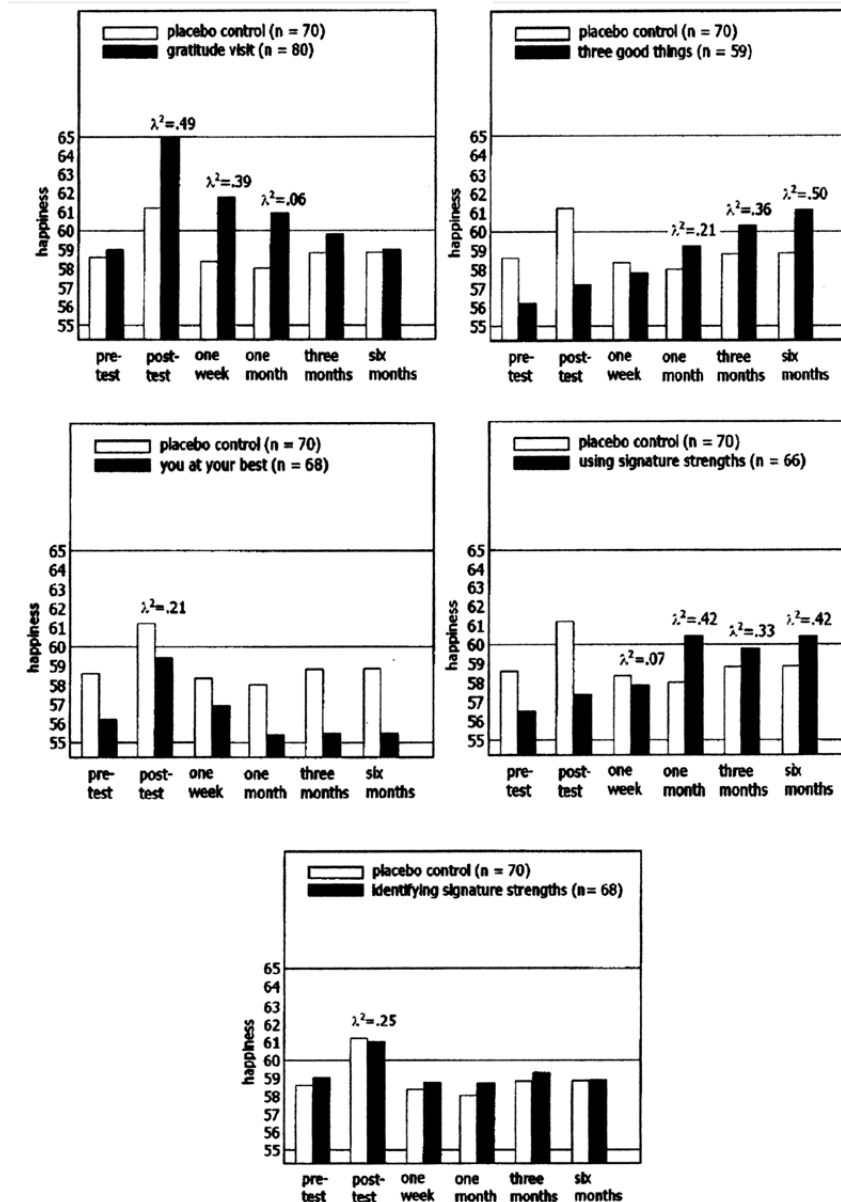


Figura 2. Índice de bienestar en función de las tareas (extraído de Seligman *et al.*, 2005)

La misma investigación examinó si estas intervenciones eran efectivas en la disminución de sintomatología depresiva de población con depresión leve. Los resultados mostraron que los niveles de depresión seguían el patrón inverso al seguido en la variable de incremento del bienestar, en las cuatro condiciones experimentales (figura 3).

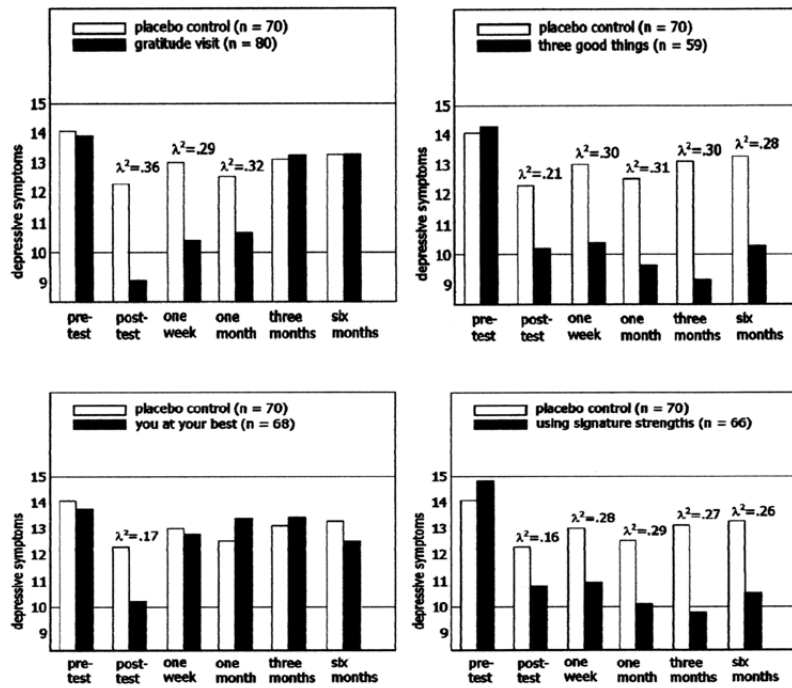


Figura 3. Puntuaciones en depresión en función de las tareas (extraído de Seligman *et al.*, 2005)

En otra de las investigaciones revisadas (Dunn *et al.*, 2008), referente a la actividad de realizar actos de bondad, se demostró que gastar dinero en beneficio de otros puede tener un impacto más positivo sobre el bienestar que gastar el dinero en uno mismo. Para esto, se realizó un experimento en el que había dos variables independientes: cantidad de dinero recibido y cómo emplear el dinero (véase tabla 2).

Tabla 2.  
Condiciones experimentales (Dunn *et al.*, 2008)

	GASTO PERSONAL		GASTO PROSOCIAL
CANTIDAD DE DINERO	5 \$	5 \$ para gastar en uno mismo	5 \$ para regalar o donativo
	20 \$	20 \$ para gastar en uno mismo	20 \$ para regalar o donativo

Los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas en incremento del bienestar, en favor de la condición prosocial, con respecto a la condición de gasto personal ( $p < 0.04$ ). Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en grado de bienestar entre los participantes que recibieron 5 \$ y 20 \$; tampoco hubo diferencias en nivel de bienestar en la condición de gasto prosocial, entre los que donaron 5 \$ y 20 \$.

En el meta-análisis llevado a cabo por Sin y Lyubomirsky (2009), en el que se revisaron 51 investigaciones sobre intervenciones en Psicología Positiva, se analizó el tamaño del efecto generado por dichas intervenciones entre el pre- y el postratamiento sobre las variables incremento del bienestar y disminución de la sintomatología depresiva. Los resultados mostraron que el tamaño del efecto variaba de  $-.31$  a  $.84$ , con un 96 % de los estudios en el que dicho valor iba en sentido positivo. En conjunto, los resultados sobre el nivel de bienestar revelaron que estas intervenciones lo mejoraban significativamente ( $r = .29$ ). En cuanto a depresión, en este trabajo de metaanálisis se incluyeron 25 estudios. El tamaño del efecto osciló entre  $-.28$  y  $.81$ , con un 80 % de los tamaños del efecto en sentido positivo, y siendo el tamaño medio 0.31.

Por último, otro estudio que merece la pena resaltar fue el de Emmons y McCullough (2003) en el que la actividad elegida consistía en que los participantes anotaran cosas por las que estaban agradecidos. Dicha actividad debían realizarla una vez a la semana durante un periodo de nueve semanas. Los resultados mostraron que se produjo un incremento del bienestar en los participantes que realizaron dicha actividad, en comparación con los participantes asignados a la condición control.

### *Moduladores en la eficacia de las intervenciones*

La revisión de estos trabajos también ha permitido descubrir la existencia de diferentes variables subyacentes al éxito de las intervenciones, pudiendo jugar un papel clave en su eficacia. Estos moduladores incluyen variables tanto personales como metodológicas (tabla 3).

Tabla 3  
*Moduladores de la eficacia de las intervenciones*

VARIABLES METODOLÓGICAS	
Duración de la intervención	Intervenciones más prolongadas en el tiempo producen mayores incrementos en bienestar (Sin y Lyubomirsky, 2009).
Frecuencia y periodicidad de los ejercicios	Los resultados son contradictorios en cuanto a la frecuencia y la periodicidad de las actividades. Algunos autores han observado que el beneficio es mayor con una baja frecuencia (Lyubomirsky, Sheldon <i>et al.</i> , 2005); mientras que otros han encontrado los beneficios son mayores si la frecuencia es alta (Parks, Della Porta, Pierce, Zilca y Lyubomirsky, 2012).
Variedad de las actividades	A mayor variedad de actividades a realizar, los efectos en bienestar son más perdurables Lyubomirsky (2011), ya que la gente se adapta más lentamente a los estímulos positivos variados que a aquellos que son más estables (Leventhal, Martin, Seals, Tapia y Rehm, 2007).
Formato de intervención	Las intervenciones individuales son las más efectivas, seguidas de las grupales y, en último término, las autoaplicadas (Sin y Lyubomirsky, 2009).

VARIABLES PERSONALES	
Motivación y creencias	Cuanto mayor es la motivación por involucrarse en la tarea y la creencia en que el ejercicio va a ser efectivo, mayor incremento en bienestar (Layous y Lyubomirsky, 2012).
Edad	Se ha demostrado que participantes más mayores se benefician más de las actividades que los participantes más jóvenes (Sin y Lyubomirsky, 2009).
Nivel basal de bienestar	Participantes con niveles leves de depresión se beneficiaban más que participantes no deprimidos (Sin y Lyubomirsky, 2009).
Ajuste persona-actividad	Participantes cuya tarea se ajusta a sus preferencias, ponen más interés y esfuerzo en realizar la tarea y esto se traduce en un mayor incremento en el bienestar (Layous y Lyubomirsky, 2012).

## Discusión y conclusiones

La revisión de las diferentes investigaciones llevada a cabo en el presente trabajo permite afirmar que, en general, las intervenciones positivas son efectivas a la hora de incrementar el bienestar de los individuos y reducir la sintomatología depresiva. No obstante, también ha permitido demostrar dos hechos relevantes. En primer lugar, no todas las intervenciones diseñadas como «positivas» tienen los mismos efectos y; en segundo lugar, la eficacia de las intervenciones parece depender, al menos en parte, de diferentes moduladores.

La existencia de estos moduladores pueden ser de gran interés clínico, ya que su estudio permitirá adecuar las actividades a las necesidades de cada paciente. En referencia a la variable del estado de ánimo previo, Sin y Lyubomirsky (2009) señalan que el hecho de que pacientes con depresión leve tengan un mayor incremento del bienestar con respecto a población normal, puede ser explicado por un «efecto suelo», es decir, estos individuos tendrían un mayor margen de mejora, que personas con un nivel de bienestar previo elevado.

En cuanto a la variable edad, la cual muestra que los incrementos en bienestar son más altos en personas más mayores, existe la hipótesis de que esta mayor eficacia venga dada por el hecho de que estas personas se toman estos ejercicios con mayor madurez y seriedad, además de poner más esfuerzo en la realización de los mismos (Sin y Lyubomirsky, 2009).

En el caso de la variable ajuste persona-actividad, esta parece estar muy relacionada con la variable de motivación y creencias, ya que lo que se ha observado es que el efecto de las actividades positivas surge cuando el formato de intervención especificado va en el sentido de las preferencias o características de la persona. En este sentido, personas con una personalidad más extrovertida, podrían beneficiarse más de actividades que les animaran a interactuar con otra gente, mientras que personas con creencias más religiosas, podrían obtener mayor beneficio de actividades que conllevaran un componente más espiritual (Layous y Lyubomirsky, 2012).

Con respecto a las variables metodológicas que parecen influir en la efectividad de las intervenciones, estas habrá que tenerlas en cuenta, tanto en el marco de la investigación como a nivel aplicado. En el marco de la investigación, es interesante conocer el modo óptimo de aplicación de cada ejercicio en función de las características de los individuos. Por otro lado, a nivel clínico, conocer la mejor forma de aplicar la tarea, permitirá conseguir que esta logre alcanzar el objetivo deseado. En el caso de la duración de la intervención, el hecho de que los resultados muestren que las intervenciones más duraderas parecen mostrar efectos más

beneficiosos en el bienestar, puede ser explicado por el hecho de que al mantener la actividad más tiempo, se da a los participantes la oportunidad de que dichas actividades se conviertan en hábitos cotidianos (Sin y Lyubomirsky, 2009).

En cuanto a la variedad en las intervenciones, Lyubomirsky (2011) propone reforzar la variedad de las tareas a realizar, ya que uno de los principales obstáculos para alcanzar beneficios perdurables en el bienestar es la gran capacidad de adaptación a los acontecimientos positivos. Este hecho responde al modelo de la adaptación hedónica (Diener y Lucas, 2006), que explica que las personas se adaptan rápido a los cambios positivos. Los resultados han permitido concluir que es menos probable que las personas se acostumbren a acontecimientos dinámicos que a acontecimientos estáticos. En este sentido, si una persona trata de mejorar su bienestar realizando una actividad de forma repetida durante semanas o meses, es probable que termine cansado de dicha actividad y cada vez experimente menos emociones positivas; mientras que en otra persona que tenga una mayor variedad de tareas a realizar, es probable que los niveles de bienestar se mantengan más estables, ya que la adaptación a estas tareas sería más lenta (Parks, Della Porta, Pierce, Zilca y Lyubomirsky, 2012).

A nivel clínico, según Vázquez *et al.* (2006), la aplicación clínica de las investigaciones realizadas en el campo de la Psicología Positiva son de gran interés por varias razones. Por un lado, puede ayudar a aumentar la tasa de remisión de los tratamientos psicológicos, lo cual es una tarea muy necesaria, dado que en el caso de la depresión, por ejemplo, la tasa de recuperación se sitúa en el 46 % (Casalenda, Perry y Looper, 2002). Por otro lado, añadir estrategias dirigidas a aumentar el bienestar podría tener una importante función para prevenir recaídas. Esto puede ser muy útil en trastornos como la depresión, en el que la tasa de recaídas tras la intervención cognitiva oscila entre el 20 y el 36 % (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Dicha tasa podría reducirse si además de disminuir la sintomatología, la intervención consiguiera devolver a la persona a los niveles de funcionamiento y bienestar previos a la aparición del trastorno.

Para concluir, destacar que las estrategias de Psicología Positiva pueden ayudar a incrementar la eficacia de los actuales tratamientos psicológicos, así como mejorar los programas de prevención de recaídas (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). Según estos mismos autores, la instalación y mantenimiento de elementos positivos puede favorecer la cristalización de repertorios adaptativos y de un mejor funcionamiento general. En este sentido, la Psicología Positiva puede proporcionar una mejor resistencia ante estresores intensos cuando quienes lo sufren perciben, además de las consecuencias negativas, algunos elementos positivos en lo sucedido (Vázquez y Pérez Sales, 2003). Es importante que la investigación futura se centre en delimitar y comprender los factores que subyacen al éxito de las intervenciones en Psicología Positiva, de forma que podamos realizar intervenciones dirigidas a recuperar, incrementar o sostener nuestro bienestar y nuestra salud (Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

## Referencias bibliográficas

- Boehm, J. K., Lyubomirsky, S. & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, 25(7), 1263-1272.
- Burton, C. M. & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38, 150-163.
- Carbelo, B. & Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 18-30.

- Casacalenda, N., Perry, J. C. & Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: A comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1354-1360.
- Diener, E., Lucas, R. E. & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill. Revising the adaptation theory of well-being. *American psychologist*, 61, 305-314.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dunn, E. W., Aknin, L. B. & Norton, M. I. (2009). Spending money on others promotes happiness. *Science*, 319, 1687-1688.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*, 6 (3-4), 169-200.
- Emmons, R. A. & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of personality and social psychology*, 84, 377-389.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of general psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *The Royal Society*, 359, 1367-1377.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, 95(5), 1045.
- Gable, S. L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of general psychology*, 9, 103-110.
- Gilbert, D. (2006). *Tropezar con la felicidad*. Barcelona: Destino. (Orig. 2006).
- Goldstein, E. D. (2007). Sacred moments: Implications on well-being and stress. *Journal of clinical psychology*, 63(10), 1001-1019.
- Green, L. S., Oades, L. G. & Grant, A. M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being and hope. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 142-149.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. & Princ, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. New York: Longman, Green & Co.
- Layous, K. & Lyubomirsky, S. (2012). The how, who, what and when and why of happiness: Mechanisms underlying the success of Positive Activity Interventions. En J. Gruber & Moskowitz, J. (eds.), *Light and dark side of positive emotion*. Oxford: Oxford University Press.
- Leventhal, A. M., Martin, R. L., Seals, R. W., Tapia, E. & Rehm, L. P. (2007). Investigating the dynamics of affect: Psychological mechanisms of affective habituation to pleasurable stimuli. *Motivation and Emotion*, 31(2), 145-157.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American psychologist*, 56, 239-249
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, 9, 111-131.
- McNulty, J. K. & Fincham, F. D. (2011). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67, 101-110.
- Parks, A., Della Porta, M., Pierce, R. S., Zilca, R. & Lyubomirsky, S. (2012). Pursuing happiness in everyday life: The characteristic and behaviors of online happiness seekers. *Emotion*, 12, 1222-1234.

- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Ediciones B. (Orig. 2002).
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical Validation of interventions. *American psychologist*, 60, 410-421.
- Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2005). Achieving sustainable new happiness: Prospects, practices, and prescriptions. En Linley, A. & Joseph, S. (eds.), *Positive psychology in practice* (pp.127-145). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible self. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 73-82.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology intervenciones: A practice friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positive en perspective. *Papeles del psicólogo*, 27, 1-2.
- Vázquez, C., Castilla, C. & Hervás, G. (2007, en prensa). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (dir.), *Las emociones positivas*. Madrid.
- Vázquez, C., Hervás, G. & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual* 14, 401-432.
- Vázquez, C. & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3), 231-254.



## Resiliencia y adaptación a la enfermedad en un grupo de pacientes con dolor crónico

ESTEFANÍA RUIZ  
eruiz@ipsic.es

SHEILA PALAU  
al117195@uji.es

CRISTINA GIMÉNEZ  
gimenezc@psb.uji.es

RAFAEL BALLESTER  
rballest@psb.uji.es

### Resumen

**Introducción.** La resiliencia se define como un constructo de orden superior que engloba procesos y factores protectores que contribuyen a un buen resultado, a pesar de la vivencia de experiencias estresantes (Hjemdal, 2007). Este estudio pretende analizar la resiliencia en mujeres con dolor crónico y examinar si existe relación entre esta variable, sintomatología depresiva y adaptación a la enfermedad.

**Metodología.** Se administró la Escala de Resiliencia para Adultos (Hjemdal, 2007; traducción y proceso de adaptación de Castañeiras *et al.*, 2010), la Escala de Inadaptación (Echeburúa *et al.*, 2000) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1996) a 11 mujeres con dolor crónico (tiempo medio de diagnóstico 13,4 años e intensidad media de dolor 2,83 sobre 5) con una edad media de 53,91 años (DT = 3,56).

**Resultados.** La muestra presenta puntuaciones medio-altas en todas las dimensiones, especialmente en las referidas al aspecto social. No se observan relaciones estadísticamente significativas entre resiliencia y edad, tiempo de diagnóstico e intensidad de la sensación del dolor. En cambio, existe correlación estadísticamente significativa con signo negativo entre depresión y las dimensiones percepción del self ( $p = .010$ ) y recursos sociales ( $p = .017$ ). Igualmente, las personas con mayores recursos sociales perciben menor interferencia de la enfermedad en la vida social ( $p = .030$ ).

**Discusión.** El aspecto social resulta relevante a la hora de afrontar de forma adaptativa las situaciones complicadas. Asimismo, la creencia en los propios recursos y la percepción de apoyo social disminuyen la sintomatología depresiva. Las intervenciones deberían dirigirse a mantener el aspecto social y a fomentar la autoconfianza y autoeficacia.

**Palabras clave:** resiliencia, dolor crónico, interferencia enfermedad, depresión.

### Abstract

**Introduction.** Resilience is defined as a global construct which includes processes and protective factors that facilitate good results, despite living stressful experiences (Hjem-

dal, 2007). Present study aims to analyze the resilience in women with chronic pain and to examine a possible relationship between this variable, depressive symptoms and adaptation to illness.

**Method.** Resilience Scale for Adults (Friborg *et al.*, 2003; translation and adaptation process by Castañeiras *et al.*, 2010), Inadaptation Scale (Echeburúa *et al.* 2000) and the Beck Depression Inventory (Beck *et al.*, 1996) were administered to 11 women with chronic pain (mean time to diagnosis 13.4 years and mean pain intensity 2.83 out of 5) and a mean age of 53.91 years (SD = 3.56).

**Results.** This sample reveals medium-high scores for all dimensions, especially in those concerning the social area. There were no statistically significant relationships between resilience and age, time of diagnosis and pain sensation. However, there are statistically significant negative relationships between depression and dimensions: perception of self ( $p = .010$ ) and social resources ( $p = .017$ ). Similarly, women who have more social resources perceive less social interference because of the disease ( $p = .030$ ).

**Discussion.** The social context is relevant to deal with complicated situations adaptively. Moreover, the belief in one's own resources and perceived social support decrease depressive symptomatology. Interventions should aim to keep the social dimension and promote self-confidence and self-efficacy.

**Keywords:** Resilience, chronic pain, chronic illness interference, depression.

## Introducción

El dolor crónico implica, en la persona que lo padece, un malestar persistente que pierde su sentido biológico protector y se transforma en el principal síntoma de la enfermedad e, incluso, en el principio organizador de su vida. En consecuencia, las personas afectadas experimentan múltiples repercusiones en su calidad de vida que merman su bienestar físico, pero también su salud psicológica y social (Noceda, Moret y Lauzikiria, 2006). De hecho, los procesos de dolor crónico llegan a producir una pérdida de autonomía en los estilos de vida, así como una disminución de las relaciones interpersonales que conlleva, a su vez, dificultades para la inserción sociolaboral. De igual manera, su experiencia se ha relacionado con estados de ánimo depresivos u otro tipo de problemáticas de salud mental, como el trastorno de angustia, el trastorno por estrés postraumático o la ansiedad generalizada (Pinto-Meza *et al.*, 2006).

Un proceso complejo que, al menos en Europa, afecta ya a 75 millones de personas. Según uno de los últimos estudios realizados (NFO World Group, 2011), uno de cada cinco adultos ve afectada su calidad de vida por el dolor crónico, durante un promedio de siete años. Sin embargo, un 45 % de ellos lo sufre durante diez años o más, alrededor de un 40 % ha tenido problemas graves en el trabajo (llegando a perderlo en algunos casos) y uno de cada seis afectados, informa de que el dolor irrumpe tanto en su vida que llega a perder las ganas de vivir. No obstante, solamente un 23 % está en contacto con un especialista de la materia que garantice una atención integral. En España, la cifra alcanza al 11 % de la población, sufriendo más de la mitad un dolor crónico severo. Es decir, alrededor del 47 % de personas padece dolor diariamente lo que, en la mayoría de los casos, hace que las personas vean limitada su autonomía y su calidad de vida.

En estos términos, se asume que la vivencia del dolor crónico estaría modulada por características bio-psico-sociales diferenciales, que influirían en la vivencia del dolor de cada una de las personas afectadas. En concreto, se asume que dicha experiencia estaría determinada, al menos, por tres aspectos que interactuarían entre ellos. Por un lado, la capacidad de las personas afectadas para afrontar la situación de malestar. Por otro, el tipo de recursos (internos y externos) con los que dichas personas cuenten para poder afrontar la situación. Por último, aquellas características sociodemográficas y psicológicas que pueden diferenciar la experiencia de dolor entre ellas (Sánchez y Sánchez, 1994).

En este contexto, diversos son los estudios que han tratado de profundizar en el análisis del perfil psicosocial de los enfermos con dolor crónico. Por ejemplo, en cuanto a la personalidad, un estudio con pacientes crónicos mostró unos patrones de temperamento y carácter más desadaptativos (respecto a la población general) que podrían favorecer el inicio y mantenimiento del dolor (Cabellas, García, Moix, Infante y Subirá, 2005). En esta línea, Soriano, Monsalve, Ibáñez y Gómez-Carretero (2012), hallaron un perfil de personalidad sensible en enfermos con dolor crónico caracterizado por un alto neuroticismo, baja extraversión, apertura y responsabilidad y moderada amabilidad. Respecto a las estrategias de afrontamiento, se ha observado en qué medida resulta frecuente la catastrofización de los síntomas. Esta incidiría en el agravamiento de la percepción del dolor que no está determinada, necesariamente, por su intensidad (Rodríguez, Antuña, Cano y García-Martínez, 2005). Ramírez, Esteve y López (2001) señalan además que dicha estrategia de afrontamiento, al igual que otras poco adaptativas, vienen marcadas por una mayor puntuación en la variable neuroticismo de algunos pacientes con dolor crónico.

Por el contrario, otras variables como la extroversión han mostrado ser factores protectores para la vivencia del dolor. De hecho, autores como Phillips y Gatchel (2000) defienden que las características asociadas a la extroversión como ser activo socialmente, expresar los sentimientos y recibir apoyo social, favorece que las personas afectadas elaboren estrategias que minimicen la intensidad percibida, aunque esta no varíe necesariamente. En este sentido, se ha observado cómo aquellos pacientes que perciben ser capaces para afrontar el dolor, utilizan estrategias más adaptativas, mientras aquellos que piensan que no tienen recursos suelen afrontar el dolor de manera más perjudicial (Anarte y Camacho, 2003).

En esta línea de estudio, que pretende profundizar en aquellos factores que pudieran ser protectores para el afrontamiento adaptativo del dolor, el concepto de «resiliencia» ha retomado su relevancia recientemente (Ruiz y López, 2012). Tal y como señalan Bonanno y Kaltman (2001), la resiliencia es considerada como la capacidad personal para experimentar situaciones difíciles y condiciones adversas, superarlas y salir fortalecido de ellas. Por otra parte, Hjemdal (2007) propone concebir la resiliencia como un constructo que engloba procesos y factores protectores que contribuyen a un buen resultado, a pesar de experiencias con estresores que acarrear un alto riesgo de desarrollar patología. Las variables que han recibido mayor apoyo y evidencia empírica en las investigaciones de resiliencia, se refieren a atributos o disposiciones individuales, aspectos familiares y características del ambiente social más amplio.

Dentro de este campo, Karoly y Ruehlman (2006), revelaron cómo las personas afectadas por dolor crónico que mostraban patrones resilientes tenían un autodiscurso más positivo, mayor persistencia para realizar actividades, menor nivel de catastrofismo y mayor apoyo social percibido. En este sentido, López, Esteve y Ramírez (2012), encontraron una relación entre características resilientes, como el optimismo, y las estrategias de afrontamiento adaptativas ante la experiencia del dolor crónico. Sin embargo, todavía quedan muchos aspectos sobre los que profundizar. Así pues, considerando por un lado la carencia de estudios centrados en este ámbito y, por otro, la importancia que parece tener para la experiencia y abordaje del dolor crónico, resulta necesario seguir profundizando en su análisis. Por este motivo, el

presente estudio analiza la resiliencia en mujeres con dolor crónico y examina si existe relación entre esta variable, la sintomatología depresiva y el nivel de adaptación a la enfermedad.

## Metodología

### Muestra

Se empleó una muestra de 11 mujeres diagnosticadas con algún tipo de dolor crónico pertenecientes a una asociación de personas afectadas con dolor crónico de la provincia de Castellón. El tiempo medio de diagnóstico es de 13,4 años (DT = 12,63) y la intensidad media de dolor informado es de 2,83 (DT = 1,17) sobre 5, correspondiente a la respuesta «fuerte».

Las pacientes tenían edades comprendidas entre los 48 y los 59 años, siendo la edad media de 53,91 años (DT = 3,56). El 54,6 % tenía estudios secundarios, el 27,3 % estudios primarios y el 18,2 % estudios superiores. La mayor parte de la muestra estaba casada (90,9 %) y el 81,8 % tenía un nivel socioeconómico medio. En cuanto a su situación laboral, en el momento de la recogida de datos el 45,5 % era ama de casa, el 27,3 % era activo y el 27,3 % restante tenía la incapacidad laboral. Con respecto a la religión, más de la mitad de la muestra se consideraba católica practicante (54,5 %) y el 45,5 % restante católica no practicante.

Todas las participantes pertenecían al grupo de terapia que organiza la asociación anualmente, por lo que la totalidad estaba recibiendo algún tipo de ayuda psicológica. Además, el 90,9 % se administraba tratamiento farmacológico y el 70 %, otro tipo de tratamientos (fisioterapia, gimnasia de mantenimiento, etc.).

### Instrumentos

Las medidas de evaluación seleccionadas para los objetivos del presente estudio fueron (1) la Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000), (2) el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996) y (3) la versión en preparación de la traducción y adaptación realizada por Castañeiras *et al.* (2010) de la Escala de Resiliencia para Adultos (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003).

(1) Escala de Inadaptación (Echeburúa *et al.*, 2000). Es un instrumento de autoevaluación que consta de 6 ítems mediante los cuales el sujeto evalúa en una escala tipo Likert de 0 (Nada) a 5 (Muchísimo) el grado en que el evento estresante interfiere en la adaptación global, así como en diferentes áreas de la vida cotidiana como el trabajo, la vida social, el tiempo libre, la relación de pareja y la relación familiar. La puntuación total, que oscila entre 0 y 30, se obtiene a partir del sumatorio de la puntuación en cada ítem, por lo que a mayor puntuación, mayor interferencia del suceso en la vida de la persona. Se establece como punto de corte 12 en la escala total y 2 en cada uno de los ítems para discriminar los niveles clínicamente significativos de inadaptación. Sus propiedades psicométricas presentan buena fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,94) y validez convergente con diferentes escalas de gravedad de síntomas.

(2) Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1996). Cuestionario de autoevaluación compuesto por 21 ítems que permiten evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, así como la evolución de la misma en el transcurso del tratamiento en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. Cabe destacar que dicho cuestionario hace mayor hincapié en los aspectos cognitivos de la depresión que en los conductuales y somáticos. En cada uno de los ítems, el sujeto tiene que elegir entre cuatro alternativas (de 0 a 3, ordenadas de menor a

mayor gravedad), la afirmación que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas. El rango de puntuaciones oscila entre 0 a 63, siendo el punto de corte más utilizado para discriminar la población sana de la población aquejada de síntomas depresivos de 18 (Beck *et al.*, 1996). Sus propiedades psicométricas presentan buena fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,93) y validez convergente con la evaluación clínica de la depresión (0,62 y 0,66).

(3) Escala de Resiliencia para Adultos (traducción y adaptación en preparación por Castañeiras *et al.*, 2010). Es un autoinforme de 33 ítems (directos e inversos) que permite evaluar las seis dimensiones de la resiliencia en una escala de respuesta basada en un diferencial semántico de 7 puntos. En cuanto a su administración, este instrumento puede aplicarse a personas mayores de 18 años de forma individual o colectiva. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que marcar la casilla más cercana a la afirmación que mejor describa su comportamiento habitual atendiendo al último mes, incluyendo los pensamientos y sentimientos tanto hacía sí mismo como hacia los que le rodean. Dicho instrumento no permite obtener una puntuación global, sino que se recomienda interpretar los resultados de cada una de las dimensiones por separado. Para obtener las puntuaciones correspondientes a cada dimensión, se realiza un sumatorio de las puntuaciones directas manifestadas por el sujeto en cada uno de los ítems que la conforman y se divide la puntuación directa por la cantidad de ítems que componen cada una de las dimensiones. El análisis factorial revela una estructura de seis componentes o dimensiones:

- D1. Percepción del Self, alude a la confianza en los propios recursos para hacer frente a situaciones adversas.
- D2. Planeamiento del futuro, referido a la percepción que tiene el sujeto sobre la posibilidad de alcanzar metas, objetivos y proyectos personales.
- D3. Competencia Social, se relaciona con la flexibilidad y apertura que muestra la persona a la hora de establecer nuevas relaciones sociales.
- D4. Recursos Sociales, este componente informa de la percepción del sujeto sobre su red social de apoyo.
- D5. Cohesión familiar, definido como la percepción de unión, lealtad y valores compartidos dentro del núcleo familiar.
- D6. Estilo Estructurado, entendido como la capacidad de anticipación y planificación que posee la persona para el logro de objetivos personales.

### *Procedimiento*

Este presente estudio se enmarca dentro de una línea de investigación más amplia que tiene como objetivo final mejorar las intervenciones psicológicas en pacientes con dolor crónico y adaptarlas al perfil psicológico que presentan. De tal forma que se consiga un afrontamiento adaptativo de la experiencia de dolor y un aumento de la calidad de vida. El proceso de recogida de datos se realizó en el contexto de una asociación de personas con dolor crónico de la provincia de Castellón, concretamente en el grupo de terapia que la entidad organiza anualmente. Cumpliendo con lo establecido en el Código Deontológico y la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD), se realizó una primera sesión en la que se dio a conocer la importancia de la evaluación psicológica y los objetivos que se perseguían con ella. Posteriormente, se obtuvo el consentimiento informado de aquellas personas interesadas en participar y se procedió a la administración de la batería de cuestionarios. Los instrumentos de evaluación se cumplimentaron de forma voluntaria, individual y anónima en varias sesiones con la ayuda/supervisión de la terapeuta responsable del grupo.

### *Análisis estadísticos*

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS-17. En primer lugar, para la realización del análisis descriptivo de los elementos relacionados con las variables sociodemográficas, clínicas, independientes y dependiente se realizaron; medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y frecuencias para las variables categoriales. Por otra parte, con el objetivo de examinar cómo están relacionadas las variables independientes y la variable dependiente (resiliencia) se utilizaron correlaciones bivariadas; el coeficiente de correlación de Pearson para variables cuantitativas simétricas, como por ejemplo; depresión, y la Rho de Spearman para variables categoriales, como por ejemplo; sensación de dolor.

## **Resultados**

### *Análisis descriptivo de la resiliencia en mujeres con dolor crónico*

Las participantes muestran puntuaciones cercanas o superiores a 5 (sobre un total de 7 puntos) en todas las dimensiones que incluye la escala (véase figura 1). Concretamente, las puntuaciones medias más elevadas se encuentran en aquellos componentes que se refieren a la dimensión social de la resiliencia.

Estos son: [D4] Recursos Sociales ( $x = 5,96$ ;  $DT = 0,99$ ), [D5] Cohesión Familiar ( $x = 5,85$ ;  $DT = 1,06$ ) y [D6] Competencia Social ( $x = 5,82$ ;  $DT = 1,04$ ). Por el contrario, las puntuaciones medias más bajas se han encontrado en las dimensiones más relacionadas con los recursos personales. Estas son: [D1] Percepción del Self ( $x = 5,09$ ;  $DT = 1,92$ ), [D2] Planeamiento del futuro ( $x = 4,41$ ;  $DT = 1,23$ ) y [D7] Estilo Estructurado ( $x = 5,23$ ;  $DT = 0,74$ ).

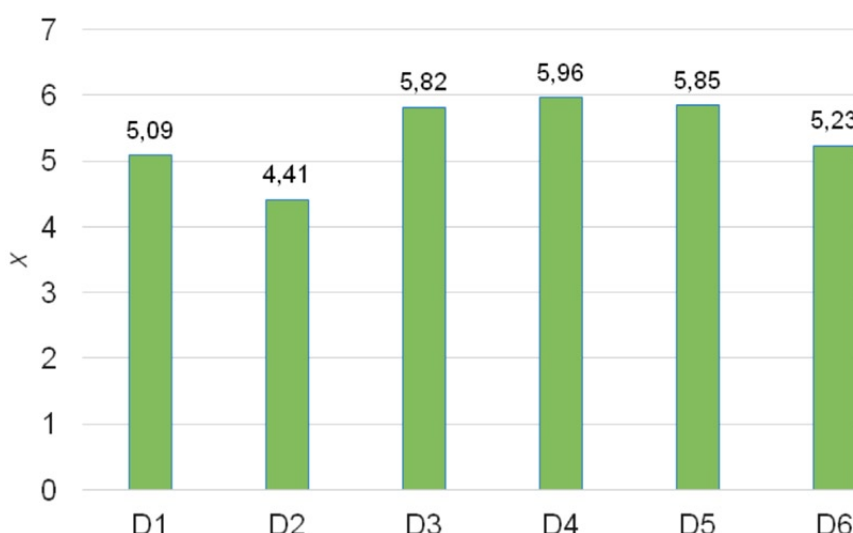


Figura 1. Puntuaciones medias en cada dimensión de la resiliencia

Al realizar el análisis de correlación de Pearson entre las dimensiones de la resiliencia y las variables: edad, tiempo de diagnóstico e intensidad de dolor percibida, observamos que no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas en ninguno de los casos (véase tabla 1).

Tabla 1  
*Relación entre la resiliencia y la edad, tiempo de diagnóstico e intensidad de la sensación de dolor*

DIMENSIONES	D1	D2	D3	D4	D5	D6
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Edad	-0,156 (,646)	-0,477 (,138)	0,067 (,845)	-0,170 (,618)	0,128 (,707)	-0,063 (,844)
Tiempo de diagnóstico (años)	0,513 (,130)	0,406 (,244)	0,519 (,125)	0,609 (,061)	0,522 (,122)	0,384 (,273)
Nivel de intensidad de dolor	-0,201 (,702)	-0,102 (,821)	-0,137 (,796)	-0,137 (,796)	-0,022 (,966)	-0,461 (,357)

#### *Relación entre resiliencia y sintomatología depresiva*

Las participantes obtienen una puntuación media de 15,18 (DT = 13,08) en sintomatología depresiva, lo que correspondería según el BDI a una depresión leve. En concreto, un 27,3 % presentan ausencia de depresión, un 45,5 % depresión leve, un 18,2 % depresión moderada/severa y un 9,1 % depresión grave.

En la tabla 2 se presentan los resultados del análisis de correlación de Pearson entre los componentes de la variable resiliencia y la depresión. En ella observamos como únicamente existe correlación estadísticamente significativa con signo negativo entre la depresión y las dimensiones [D1] Percepción del Self ( $r = -0,735$ ;  $p = ,010$ ) y [D4] Recursos Sociales ( $r = -0,700$ ;  $p = ,017$ ). Es decir, las pacientes con mayor sintomatología depresiva tienden a percibir menor confianza en sí mismas para afrontar situaciones adversas. Asimismo, estas pacientes perciben menor disponibilidad de apoyo en su red social.

Tabla 2  
*Correlaciones entre las dimensiones de resiliencia y depresión (evaluada por el BDI)*

Dimensiones	D1	D2	D3	D4	D5	D6
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Depresión	-0,735 (,010)	-0,541 (,086)	-0,451 (,164)	-0,700 (,017)	-0,473 (,141)	-0,290 (,387)

Relación entre resiliencia y adaptación a la enfermedad.

La muestra presenta una puntuación media de 2,27 (DT = 1,42) sobre 5 puntos en la interferencia global que les causa el dolor crónico, lo cual corresponde a las respuestas entre «poco» y «bastante» de la escala. El trabajo ( $x = 2,82$ ; DT = 1,83) y las relaciones de pareja ( $x = 2,45$ ; DT = 1,37) son las dimensiones en las que mayor interferencia perciben las pacientes. Seguidas de tiempo libre ( $x = 2,36$ ; DT = 1,43), relaciones sexuales ( $x = 2,36$ ; DT = 1,57) y vida familiar ( $x = 2,18$ ; DT = 1,17). Por último, la vida social es el área en la que identifican menor interferencia ( $x = 1,64$ ; DT = 1,36).

Al realizar el análisis de correlaciones de Pearson entre las dimensiones de resiliencia y las áreas que incluyen la escala de inadaptación a la enfermedad (véase tabla 3) observamos que solo existen correlaciones estadísticamente significativas con signo negativo entre [D4] Recursos Sociales e interferencia en la Vida Social ( $r = -0,65$ ;  $p = ,03$ ). Así pues, las pacientes que perciben que poseen mayor recursos en su red de apoyo social son las que evalúan una menor interferencia del dolor crónico en el ámbito de vida social.

Tabla 3  
Correlaciones entre la adaptación a la enfermedad y la resiliencia

Dimensiones	D1	D2	D3	D4	D5	D6
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Interf. Trabajo	-0,326 (,328)	-0,275 (,413)	-0,002 (,996)	-0,114 (,740)	0,044 (,897)	-0,151 (,657)
Interf. Vida social	-0,594 (,054)	-0,351 (,290)	-0,521 (,100)	-0,653 (,030)	-0,550 (,080)	-0,333 (,317)
Interf. Tiempo libre	-0,51 (,109)	-0,292 (,383)	-0,386 (,240)	-0,408 (,212)	-0,355 (,284)	-0,417 (,202)
Interf. Relación pareja	-0,29 (,388)	-0,241 (,475)	-0,006 (,985)	-0,069 (,839)	0,018 (,959)	-0,088 (,797)
Interf. Relación sexual	-0,234 (,489)	-0,189 (,577)	0,045 (,897)	-0,036 (,917)	0,057 (,869)	-0,014 (,968)
Interf. Vida familiar	-0,584 (,059)	-0,389 (,237)	-0,422 (,196)	-0,484 (,132)	-0,393 (,232)	-0,430 (,186)
Interferencia total	-0,377 (,253)	-0,286 (,394)	-0,132 (,699)	-0,193 (,569)	-0,069 (,839)	-0,304 (,364)

## Discusión y conclusiones

El presente estudio busca mejorar el conocimiento sobre la experiencia de dolor crónico y su relación con posibles factores protectores como la resiliencia. En este sentido, en primer término, nuestros hallazgos permiten avalar aquellas investigaciones que muestran la afectación en la calidad de vida de pacientes con dolor crónico (Noceda *et al.*, 2006). Por ejemplo, en la medida en que las participantes han puntuado dentro del rango moderado e incluso



grave en el estado de ánimo depresivo (Pinto-Meza *et al.*, 2006). De igual forma, se apoyan aquellos estudios que muestran la existencia de creencias disfuncionales sobre la enfermedad y los recursos de la propia persona (Anarte y Camacho, 2003).

Sin embargo, este grupo de pacientes presenta puntuaciones medio-altas en la variable resiliencia. Especialmente, destacan aquellas variables relacionadas con el ámbito social como los recursos sociales, la cohesión familiar y la competencia social. Este resultado, probablemente, está relacionado con el hecho de que todas las participantes del estudio estén involucradas en una asociación dedicada a la atención a personas con dolor crónico. De hecho, se ha mostrado cómo el apoyo social favorece un buen afrontamiento de los procesos de enfermedad, como sería este tipo de dolor (Moix, 2005).

En este caso, poseer una red de apoyo social y familiar, así como la flexibilidad y la apertura para establecer nuevas relaciones sociales, facilitaría el afrontamiento adaptativo de las participantes ante situaciones adversas generadas por la enfermedad, suponiendo factores protectores para ellas. En este sentido, se ha observado cómo la mayor autoconfianza en los propios recursos y la posibilidad de disponer de mayor apoyo social, se ha relacionado con una menor sintomatología depresiva (Karoly y Ruehlman, 2006). De igual forma, se ha contrastado la interferencia que puede suponer la enfermedad en la vida social, puesto que a menor interferencia se ha encontrado una mayor estabilidad de la red de apoyo. Lo que, de nuevo, supondría un soporte para el desarrollo de estrategias adaptativas.

Por otro lado, no se observa relación entre la resiliencia y variables demográficas como la edad o factores relacionados con la enfermedad, como el tiempo de diagnóstico y la intensidad de la sensación de dolor. Este hecho, podría contribuir a la idea de que la resiliencia supone un proceso en construcción que la persona puede alcanzar y no, como algunos autores afirmaban, un constructo ya predeterminado (Ruiz y López, 2012) por factores como la edad o las características de la propia enfermedad.

Antes de proseguir, cabe tener en cuenta algunas limitaciones del presente estudio. Por un lado, el tamaño de la muestra participante que resulta escasa para poder generalizar los resultados a otras poblaciones de enfermos con dolor crónico. De igual manera, sería necesario contar con medidas previas sobre el apoyo social que facilitarían el análisis sobre el impacto que su participación en la asociación de afectados por dolor crónico, podría tener en los presentes resultados. En este sentido, cabría comparar con otros grupos de pacientes que no hubieran participado en intervenciones psicológicas individuales y grupales, lo que podría interferir en los resultados expuestos.

De igual forma, entendemos que nuestros hallazgos son válidos y suponen una aportación más al estudio del dolor crónico. En este caso, a la importancia del análisis de factores protectores como la resiliencia que, por ejemplo, han mostrado su relevancia en cuanto a su dimensión social. En este marco, sería necesario seguir profundizando sobre la existencia de este y otros factores protectores, así como de su introducción en los programas de tratamiento. Considerando, especialmente, el abordaje de las relaciones sociales de apoyo, así como la autoeficacia para desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas positivas y su relación con la experiencia del dolor crónico.

## Referencias bibliográficas

- Anarte, M. T. & Camacho, L. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15, 464-470.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.

- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cañellas, M., García, G., Moix, J., Infante, P. & Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 26, 17-24.
- Castañeiras, C. E. *et al.*, (2010). Adaptación argentina de la Escala de Resiliencia para Adultos (ERA). Documento no publicado. Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica GIEPSI. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.
- Hjemdal, O. (2007). Measuring protective factors: the development of two resilience scale in Norway. *Child and Adolescent psychiatric clinics of North America*, 16, 303-321.
- NFO World Group (2011). Pain in Europe. Recuperado el 12 de enero, 2013 de <http://www.pain-europe.com/healthcare-professional/pain-surveys/pain-in-europe-survey.html>.
- Karoly, P. & Ruhlman, L. S. (2006). Psychological resilience and its correlates in chronic pain: finding from a national community sample. *Pain*, 123, 90-97.
- López, A., Esteve, R. & Ramírez, C. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17, 129-138.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36, 37-60.
- Noceda, J., Moret, C. & Lauzikiria, I. (2006). Calidad de vida en el dolor osteomuscular crónico. *Reumatología Clínica*, 2, 298-301.
- Phillips, J. M. & Gatchel, R. J. (2000). Extraversion – Introversion and chronic pain. En R. J. Gatchel & J. N. Weisberg (eds.), *Personality Characteristic of Patients with Chronic Pain* (pp. 181-202). Washington, DC: APA.
- Pinto-Meza, A., Serrano, A., Codony, M., Reneses, B., Von Korff, M., Alonso, J. *et al.* (2006). Prevalencia y comorbilidad física y mental del dolor dorsal y cervical crónicos en España: resultados del estudio ESEMeD. *Medicina clínica*, 127, 325-330.
- Ramírez, C., Esteve, R. & López, A. V. (2012). The Role of Optimism and Pessimism in Chronic Pain Patients Adjustment. *Spanish journal of psychology*, 15, 286-294.
- Rodríguez, L., Antuña, M. A., Cano, F. J. & García-Martínez, J. (2005). Utilización de escalas de afrontamiento y parámetros sensoriales en el dolor crónico. *Análisis y modificación de conducta*, 31, 433-450.
- Ruiz, G. T. & López, A. V. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5, 1-11.
- Sánchez Cánovas, J. & Sánchez López, M. P. (1994). *Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Ramón Areces.
- Soriano, J. F., Monsalve, V., Ibáñez, E. & Gómez-Carretero, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22, 537-542.

# Un programa de Tratamiento de corte Cognitivo-Comportamental basado en las TIC para la prevención y el tratamiento de la depresión

## Descripción del programa y datos preliminares

ADRIANA MIRA PASTOR  
miraa@uji.es

CRISTINA BOTELLA ARBONA  
botella@uji.es

ANTONIO RIERA LÓPEZ DEL AMO  
ariera@uji.es

INÉS MORAGREGA BERGARA  
moragreg@uji.es

CARLA SOLER ROVIRA  
solerc@uji.es

### Resumen

**Introducción:** En el año 2020 la depresión alcanzará el segundo lugar del *ranking* de los DALYS (*Disability Adjusted Life Years*), por ello su prevención es un punto central en el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Actualmente, menos del 50 % de las personas afectadas recibe el tratamiento correcto. El uso de internet facilita el acceso a los Tratamientos Basados en la Evidencia Además, es importante desarrollar programas de prevención. Nuestro grupo ha desarrollado un programa preventivo, de corte cognitivo comportamental, auto-aplicado a través de Internet. Sonreír es Divertido combina los procedimientos eficaces para el manejo del estrés, la regulación emocional, la capacidad de afrontamiento y la resiliencia. **Metodología:** La muestra está compuesta por nueve participantes varones desempleados. La media de edad es de 36-33 (SD = 10-759), con un rango de 22 a 50 años. Se utilizaron: Escala general de Gravedad e Interferencia de la Ansiedad y de la Depresión, Inventario de Depresión de Beck-II y Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento. **Resultados:** No hay diferencias estadísticamente significativas del pre al postratamiento, a excepción de la subescala de Aceptación del *Brief Cope* ( $z = -2, 27$ ;  $p < ,05$ ). En el resto de variables, las medias muestran una tendencia a la mejoría. **Conclusión:** Este programa puede ser útil como estrategia para la prevención, ya que, a pesar de que los participantes estaban pasando por una situación difícil, se observa una tendencia a la mejoría.

**Palabras clave:** terapia basada en Internet, prevención, depresión, capacidad de afrontamiento, regulación emocional.

## Introduction

In 2020, depression will reach the second place in the DALYS (Disability Adjusted Life Years), ranking, so prevention is a central point for the European Pact for Mental Health and Wellbeing. Currently, less than 50 % of those people affected receive the correct treatment. Using Internet facilitates the access to evidence-based treatments. It is also important to develop prevention programs. Our group has elaborated a cognitive-behavioural preventive program, self-applied through the Internet. Smiling is Fun combines effective procedures for stress management, emotional regulation, coping ability and resilience. **Methodology:** The sample consists of nine participants. They are all unemployed men, and their mean age is 36'33 (SD = 10'759), with a range of 22-50 years. We used: *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, Overall Depression Severity and Impairment Scale, Beck Depression Inventory II and Brief COPE*. **Results:** There aren't statistically significant differences between pre and post-treatment, except for the Acceptance subscale of the Brief Cope ( $z = -2,27$ ,  $p < .05$ ). For all other variables, means show a tendency to improve. **Conclusion:** This program can be useful as a prevention strategy considering that even though the participants were going through a difficult situation, there is a trend towards improvement.

**Keywords:** Internet-based therapy, prevention, depression, coping, emotional regulation.

## Introducción

Recientemente ha surgido evidencia acerca de la existencia de un solapamiento de las estructuras latentes y las características clínicas de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado del ánimo, conformando ambos los denominados Trastornos Emocionales (TE) (Wilamowska *et al.*, 2010). Estos trastornos dan lugar a una reducción de la calidad de vida de las personas convirtiéndose a menudo en trastornos crónicos y muy incapacitantes (Slade, Johnston, Oakley-Browne, Andrews y Whiteford, 2009). Los TE se han convertido en uno de los problemas más importantes para la salud a nivel mundial y su coste, tanto personal, como social (familia, amigos) y económico es muy elevado. La Organización Mundial de la Salud, estima que los problemas de salud mental suponen entre el 3 % y 4 % del producto nacional bruto de los Estados miembros de la Unión Europea (Gabriel y Liimatainen, 2000), y dentro de estos, la depresión y los trastornos de ansiedad son los más frecuentes, afectando a millones de personas cada año. En Europa, el 25-35 % de las consultas en atención primaria tienen que ver con salud mental y más del 80 % de estas son por depresión o ansiedad (WHO Initiative Depression in Mental Health, 2010). Se sabe que el 25 % de las personas padecerá depresión en algún momento de su vida y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se espera que en el año 2020 alcance el segundo lugar del *ranking* de los DALYS (*Disability Adjusted Life Years*) (WHO Initiative Depression in Mental Health, 2010), ya que se está produciendo un incremento exponencial en el número de afectados (niños, adultos, ancianos...). A este estado de cosas, cabe añadir la carencia de programas debidamente protocolizados, de amplio abordaje terapéutico, de fácil diseminación y las elevadas tasas coste-beneficio (Gaston, Abbott, Rapee y Neary, 2006). La depresión se asocia con un aumento de la mortalidad especialmente a través del suicidio. La investigación ha demostrado que el 90 % de las personas que se

suicidan tienen depresión u otro diagnóstico de trastorno mental o de abuso de sustancias (Moscicki, 2001). Por eso no es de extrañar que la prevención de la depresión y el suicidio se haya planteado como uno de los puntos centrales en el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (*European Pact for Mental Health and Wellbeing*, 2008). Estos datos subrayan la importancia de desarrollar estrategias y diseñar herramientas para identificar a las personas en riesgo, así como diseñar programas de prevención.

En las últimas décadas, los dos tipos de terapia que han acumulado evidencia sobre su eficacia para el tratamiento de la depresión son la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) (Antony y Stein, 2009; Nathan y Gorman, 2007; Norton y Price, 2007). Se trata de protocolos estandarizados y manualizados que se pueden aplicar en diversos contextos. Ambos tipos de terapia han demostrado ser eficaces, sin embargo, también presentan limitaciones. En primer lugar, menos del 50 % de las personas con TE recibe el tratamiento correcto, ya sea por el coste económico, el tiempo requerido en su aplicación y/o la falta de profesionales bien entrenados (Andrade *et al.*, 2003); a esto, además, se une el estigma que sigue existiendo por el hecho de ser tratado por un profesional de salud mental (Weissman *et al.*, 1996). Todo esto hace que muchos pacientes no se decidan o tengan dificultades para buscar ayuda (Titov *et al.*, 2011). La importancia del problema que suponen los TE y la necesidad urgente de resolverlo se está poniendo de manifiesto en la literatura científica. En noviembre de 2009 la prestigiosa revista *Behavior Research and Therapy* dedicó un número monográfico a este aspecto, en el que contribuyeron los investigadores más prestigiosos en el campo, como Rachman, Barlow, Clark, Craske, Salkovskis, Ehlers, Garety, Freeston, etc. Estos trabajos y otros muchos (Gunter y Whittal, 2010) ponen de relieve la necesidad de delimitar y superar las barreras a la diseminación de los TCC basados en la evidencia (TCCBE).

Un enfoque que facilita el acceso a los TCCBE es el uso de programas de tratamiento que utilizan como soporte Internet (ITCC). Los pacientes trabajan a partir de una guía de autoayuda adaptada para Internet y basada en protocolos de tratamiento basados en la evidencia. Se implica de forma sistemática a la persona en completar varias lecciones en línea que, por lo general, presentan la misma información y las técnicas que se utilizan en la TCC cara a cara, a menudo con el apoyo de un clínico entrenado para ello (Titov *et al.*, 2011).

Esta alternativa, focalizada en intervenciones de autoayuda a través de Internet ha demostrado ser una intervención eficaz y de bajo coste para los trastornos emocionales.

En España, nuestro grupo fue primero en todo el mundo en presentar un programa que utiliza Internet con estrategias de autoayuda y que puede ser totalmente autoaplicado (Botella *et al.*, 2000). Este programa es *Háblame* y está dirigido al tratamiento del miedo a hablar en público. Los datos de un estudio de caso y de series de casos indican que *Háblame* es eficaz ( Botella *et al.*, 2007). Este programa fue sometido a prueba en un estudio controlado y se comprobó que usado en formato autoaplicado resulta tan eficaz como administrado por un terapeuta, y que los cambios se mantienen al año de seguimiento (Botella *et al.*, 2010). El segundo programa desarrollado por nuestro grupo fue *Sin miedo* (Botella *et al.*, 2008), también es un programa de tratamiento autoaplicado para la fobia a animales pequeños (ratas, arañas y cucarachas). Diversos estudios han aportado datos que demuestran su eficacia (Baños, Quero, Botella y García-Palacios, 2007; Botella *et al.*, 2008).

Otros autores han desarrollado programas de tratamiento que utilizan como soporte Internet obteniendo también buenos resultados. Especialmente, en el campo de los TE, destacan los trabajos realizados por los grupos de Isaac Marks y Judith Proudfoot en el Reino Unido (Marks, Cavannagh y Gega, 2007; McCrone, Marks, Mataix-Cols, Kenwright y McDonough, 2009) y por el grupo de Gavin Andrews y Nikolai Titov en Australia (Andrews y Titov, 2010; Titov, Andrews, Choi, Schwencke y Johnston, 2009).

Las revisiones sistemáticas que se han realizado muestran que los tratamientos a través de Internet y los tratamientos computarizados son intervenciones eficaces (Cuijpers, Van Straten, Van Oppen y Andersson, 2008).

Además de seguir desarrollando programas de tratamiento que utilizan como soporte Internet, como los mencionados anteriormente, ayudando así a superar la barrera de la diseminación de los TCCBE, es importante desarrollar mejores estrategias y herramientas para detectar a las personas en riesgo, así como diseñar programas de prevención. Un desafío que en la actualidad resulta muy relevante es afrontar el tema de los TE desde esta perspectiva preventiva. Aunque existen tratamientos eficaces disponibles, los investigadores han defendido que cada vez son necesarios mayores esfuerzos para prevenir la aparición inicial de los TE. Con este propósito, se han desarrollado y evaluado diversos programas que han mostrado resultados de interés y las revisiones de meta-análisis muestran resultados positivos (Horowitz y Garber, 2006; Jané-Llopis, Hosman, Jenkins y Anderson, 2003; Cuijpers *et al.*, 2008).

Como se ha señalado anteriormente, el uso de Internet está suponiendo un nuevo modo de dispensar TCCBE, y resulta también de gran ayuda en el caso de la prevención. Existen intervenciones de prevención autoaplicadas a través de Internet que han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas de la depresión y ansiedad. Uno de estos programas de prevención que ha obtenido buenos resultados es el *Internet-based stress management* (Andersson, Bergström, Carlbring y Lindefors, 2004). Recientemente, se ha desarrollado un nuevo programa de prevención autoaplicado a través de Internet (Van Straten, Cuijpers y Smits, 2007) que recibe el nombre de *Dutch Internet-based PST intervention* y está basado en la *Self-Examination Therapy (SET)*. Esta intervención ha tenido éxito en la reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés relacionado con el trabajo en población adulta (Van Straten, Cuijpers y Smits, 2007). Otro programa preventivo, en este caso universal, también autoaplicado a través de Internet, es el *MoodGYM*, dirigido a jóvenes, desarrollado por el grupo de Christensen en Australia, (Calear, Christensen, Mackinnon, Griffiths y O'Kearney, 2009; Sethi, Campbell y Ellis, 2010). Se han encontrado resultados significativos en la reducción de los síntomas depresivos (O'Kearney, Kang, Christensen y Griffiths, 2009). También en Australia el grupo de Klein ha desarrollado programas para la prevención de ansiedad obteniendo buenos resultados (*Online Anxiety Prevention Program e-PASS*) (Kenardy, McCafferty y Rosa, 2006).

Los diferentes resultados obtenidos en los estudios con estos programas aportan evidencia sobre la eficacia de los programas basados en Internet para la prevención de los TE (depresión y ansiedad) (Calear y Christensen, 2010).

Las intervenciones preventivas han tratado pues de evitar la aparición de la depresión y la ansiedad mediante la construcción de habilidades de afrontamiento y habilidades para el manejo del estrés, por lo que los programas preventivos que se han desarrollado en su mayoría tienen su fundamento en las estrategias cognitivo-conductuales. En la medida que se ha demostrado la eficacia de esta forma de terapia, se ha supuesto que estas habilidades y comportamientos podrían enseñarse antes de que la persona se deprima o desarrolle un trastorno de ansiedad, lo que en principio evitaría, o haría menos probable, la aparición de los mismos. De hecho, hay una estrecha relación entre el estrés, depresión y la capacidad de afrontamiento de la persona (Thompson *et al.*, 2010). El afrontamiento inadecuado se ha asociado a altos niveles de estrés, síntomas de ansiedad y depresión, tanto en adolescentes (Marcks y Woods, 2005) como en adultos (Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007). Además del afrontamiento inadecuado, las personas con trastornos emocionales utilizan estrategias de regulación emocional desadaptativas que contribuyen a la presencia de sus síntomas (Barlow *et al.*, 2011).

En base a todo esto, y teniendo en consideración la alta prevalencia de los TE y el aumento exponencial del número de personas que pueden ver alterada notablemente su calidad de vida, su bienestar y su funcionamiento personal, resulta necesario desarrollar herramientas

capaces de detectar las personas en riesgo y programas de prevención eficaces. Además, teniendo en cuenta los avances que ya se han demostrado en el uso de Internet para la difusión de los mismos, parece también necesario intentar combinar todas estas estrategias. Nuestro grupo ha desarrollado un programa de intervención de corte cognitivo-comportamental, preventivo, interactivo y totalmente autoaplicado a través de Internet (*Sonreír es divertido*). La hipótesis fundamental es que este programa permitirá a la persona aprender y practicar formas adaptativas para afrontar el estrés y los problemas cotidianos y, de este modo, resultará de utilidad para prevenir la aparición de la depresión. En el presente trabajo vamos a describir en qué consiste *Sonreír es divertido* y presentar los datos preliminares pre-post intervención de los primeros 9 participantes que han utilizado el programa.

## Método

### *Participantes*

La muestra está compuesta por nueve participantes voluntarios. Todos son varones desempleados. La media de edad es de 36-33 (SD = 10-759), con un rango de 22 a 50 años. En cuanto al estado civil, 4 de los participantes estaban solteros, 4 casados o en pareja y uno divorciado. Por lo que respecta a su nivel de formación académica, 7 de ellos tienen estudios superiores, 1 ha cursado secundaria y el otro tiene un nivel de estudios básicos.

*Criterios de inclusión/exclusión:* Estar en situación de desempleo fue una condición necesaria para entrar en el estudio; además, los participantes tenían que estar pasando una situación vital difícil que pudiera comportar problemas económicos, cargas familiares, dificultades en la vida cotidiana y con ello un aumento de estrés. La edad tenía que estar comprendida entre los 18 y 65 años, tenían que estar dispuestos a participar en el estudio dando su consentimiento informado, saber utilizar el ordenador y tener acceso a Internet con el fin de acceder al programa. Los criterios de exclusión incluyeron historia personal de depresión (BDI-II  $\geq$  19) y/o psicosis, historia de depresión y/o psicosis en cualquier familiar de primer grado (padres o hijos de los participantes), la ingesta regular de drogas recreativas (cannabis, etc.) y padecer una enfermedad grave que pudiera interferir con la realización del programa.

### *Instrumentos*

Los instrumentos y medidas utilizados siguen a continuación:

#### 1) Entrevista diagnóstica

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*, MINI; Lecrubier *et al.* 1997). Esta es una breve entrevista estructurada de diagnóstico psiquiátrico que evalúa los diagnósticos clave de DSM-IV y CIE-10 (trastornos de ansiedad, del estado del ánimo, psicosis, abuso y dependencia de sustancias...). Ha sido traducida y validada en español (Sheehan *et al.* 1997).

#### 2) Cuestionarios y escalas de autoinforme

Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*, OASIS; Norman *et al.*, 2006). Es una medida continua de autoinforme confor-

mada por 5 ítems que se codifican de 0 a 4 y se suman para obtener una puntuación total. Esta escala se puede utilizar para evaluar la gravedad y el deterioro asociado a cualquier trastorno de ansiedad, trastornos múltiples de ansiedad o síntomas subliminales cuando no se cumplen los criterios de ningún trastorno de ansiedad particular. Un análisis psicométrico de la escala OASIS determinó una buena consistencia interna (*alfa de Cronbach* = 0,80), fiabilidad test-retest ( $k = 5,82$ ) y validez convergente (Norman *et al.*, 2006) para esta escala.

Escala general de gravedad e interferencia de la depresión (*Overall Depression Severity and Impairment Scale, ODSIS*; Norman *et al.*, 2006). Al igual que el OASIS, el ODSIS es una medida de autoinforme conformada por 5 ítems que se codifican de 0 a 4 y se suman para obtener una puntuación total. En este caso, se evalúan experiencias relacionadas con la depresión. Hasta el momento, no se han publicado estudios que analicen las propiedades psicométricas de esta escala. Norman *et al.*, (2006) recomiendan utilizarla e interpretarla de la misma forma que el OASIS.

Inventario Depresión de Beck-Segunda edición (*Beck Depression Inventory-Second Edition, BDI-II*; Beck, Steer y Brown, 1996. Validada en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Este instrumento está constituido por 21 grupos de afirmaciones que evalúan síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. El participante debe responder de acuerdo con la afirmación que mejor describa el mundo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas. La versión española de este instrumento ha mostrado una consistencia interna elevada (*alfa de Cronbach* de 0,87) para la población general (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) y para la población clínica (*alfa de Cronbach* de 0,89).

Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento (abreviado) (*Brief COPE*, Carver, 1997). El cuestionario está compuesto por 14 dimensiones, cada una con dos ítems, y permite evaluar los diversos estilos de afrontamiento. El cuestionario ha mostrado una buena consistencia interna con un *alfa de Cronbach* entre 0,60 y 0,90 (Crespo y Cruzado, 1997).

## Diseño

El presente trabajo es un estudio piloto donde se presentan los datos pre- y postratamiento de una serie de casos (9 participantes).

## Descripción del programa

*Sonreír es divertido* es un programa de tratamiento de corte cognitivo-comportamental, que se sustenta en las TIC y tiene como soporte la aplicación de Internet. La persona puede realizar los módulos desde casa, de manera totalmente autoapilcada, recorriendo el sistema y realizando las distintas tareas a su ritmo y en los horarios que considere más convenientes.

Tiene un doble objetivo: Por una parte pretende ser un programa de prevención para ayudar a aquellas personas en alto riesgo, es decir, sometidas a situaciones difíciles y/o estresantes ofreciéndoles técnicas y estrategias para afrontar dichas situaciones de manera eficaz; Por otra, tratar a personas que ya presenten algún trastorno emocional o trastorno adaptativo de gravedad leve o moderada.

Está basado en la perspectiva transdiagnóstica (Brown y Rosellini, 2011; Dudley, Kuyken y Padesky, 2011; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Mansell, 2012) en concreto, en algunos los componentes del *Unified Protocol* del grupo de Barlow: Motivación, Psicoeducación y Terapia cognitiva (Barlow *et al.*, 2011). Además, el programa incorpora técnicas para prevenir y tratar el estrés y la depresión, tales como la activación comportamental. A esto se suman



estrategias para fomentar y mejorar el estado de ánimo positivo. El programa consta pues de 5 componentes terapéuticos: Motivación, Psicoeducación, Terapia Cognitiva, Activación Comportamental y Psicología positiva.

Trata de combinar los procedimientos más eficaces existentes para el manejo del estrés psicológico y el bajo estado de ánimo con estrategias para promocionar la regulación emocional, la capacidad de afrontamiento y la resiliencia. Al diseñarlo se han tenido en cuenta todos los avances potenciando de forma importante los módulos centrados en la promoción del afecto positivo así como subrayando notablemente la importancia y los beneficios de estar activo y de mantenerse implicado en la vida y en los propios valores y metas.

El programa empieza con el módulo *Home* donde se explica en qué consiste, cuál es el objetivo, quién se puede beneficiar de su realización y quiénes son los profesionales que están detrás. Se utilizan una serie de elementos multimedia (textos, viñetas, imágenes, vídeos...) para explicar todo esto subrayando de forma especial los ejemplos de personas que se pueden beneficiar del programa (véase figura 1).



Figura 1. Módulo Home

Después del módulo *Home* sigue el módulo de Bienvenida, donde se proporciona al usuario una información acerca del contenido de los módulos que se incluyen en el programa y recomendaciones importantes para que se pueda beneficiar máximamente de este.

El programa realiza una evaluación pretratamiento, una evaluación a lo largo de todo el programa (después de cada uno de los módulos), una evaluación postratamiento, y evaluaciones de seguimiento (a los 3, 6 y 12 meses) integradas dentro del propio sistema web.

Una vez realizada la evaluación pretratamiento, siguen los 8 módulos que conforman *Sonreír es divertido*: M1. Motivación para el cambio; M2. Entendiendo los problemas emocionales; M3. Aprendiendo a ponerse en marcha; M4. Aprendiendo a ser flexibles; M5. Aprendiendo a disfrutar: La importancia de las experiencias positivas; M6. Aprendiendo a vivir: la importancia de los valores y las metas; M7. Viviendo y aprendiendo; M8. ¿Y a partir de ahora qué...? Todos ellos están orientados a ayudar a aprender distintas técnicas psicológicas que permitan a la persona conocer formas adaptativas de afrontar el estrés cotidiano y los problemas.

El diseño se ha orientado a optimizar la comprensión del contenido de los módulos, enriqueciéndolo con distintos elementos multimedia (viñetas, vídeos, audios...) según la conveniencia de cada momento, para ayudar al usuario a asimilar de la forma más fácil las distintas técnicas psicológicas que se presentan en el programa.

Los aspectos fundamentales de *Sonreír es divertido* trabajados en cada uno de los módulos están basados en técnicas que han demostrado su eficacia y se ajusta a las recomendaciones de las guías sobre buenas prácticas clínicas de las asociaciones internacionales de psicología como la *American Psychological Association* ([www.apa.org](http://www.apa.org)) y el *National Institute for Health and Clinical Excellence* ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).

Además de los 8 módulos, *Sonreír es divertido* ofrece una serie de herramientas que acompañan al usuario a lo largo de todo el proceso (herramientas transversales):

El diario de actividad es una herramienta diseñada para que la persona preste atención a las actividades que realiza cotidianamente, a qué dedica el tiempo y cómo influye esto en su estado de ánimo (véase figura 2).

El calendario es una herramienta que proporcionará información a la persona acerca de sus avances a lo largo del programa. Le permitirá saber en qué lugar se encuentra, lo que te falta para terminar y le dará *feedback* sobre las tareas que ya ha realizado y las que aún tiene pendientes. (véase figura 3).

Figura 2. Diario de Actividad



Figura 3. Calendario

¿Cómo estoy? es una herramienta que ofrece *feedback* a la persona de forma gráfica sobre su evolución a lo largo del programa tanto de su nivel de actividad, de su malestar emocional (ansiedad y tristeza) como de la intensidad de su emocionalidad positiva (activo, ilusionado, con energía, con vitalidad, etc.) y negativa (disgustado, con miedo, estresado, tenso, malhumorado, etc.).

### Procedimiento

Primero se hizo un llamamiento a través de carteles anunciados en la Universitat Jaume I, a través de Internet y de diferentes medios de comunicación (radio, prensa...). Nos pusimos en contacto telefónicamente con los interesados para delimitar la presencia o ausencia de los criterios de exclusión más importantes. A los participantes que pasaron dicho *screening* telefónico se dio cita para una entrevista inicial. Los participantes acudían al Laboratorio de Psicología y Tecnología, allí un investigador del equipo explicaba lo que implicaba la participación en el estudio y el participante firmaba su consentimiento informado. Posteriormente se evaluaba el posible diagnóstico de depresión mayor con la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y con la puntuación del participante en el Inventario de Depresión II de Beck, pues puntuar más de 19 era uno de los criterios de exclusión del estudio. Además, los participantes completaban una serie de cuestionarios de autoinforme. Finalmente, los que cumplieron con los criterios de inclusión pasaron a formar parte del estudio.

Los participantes recibían una llamada de apoyo semanal por parte del clínico a lo largo de todo el proceso de realización del programa (2 minutos).

## Resultados

Hemos realizado un análisis no paramétrico para dos muestras relacionadas con la prueba Wilcoxon, mediante el SPSS 15.0. En la tabla 1 se muestran las medias, desviaciones típicas y la significación estadística de las variables analizadas. Podemos observar estabilidad en todas las variables clínicas, sin diferencias estadísticamente significativas del pretratamiento al postratamiento, a excepción de la subescala de Aceptación del Brief Cope, en la que sí que si se produce una mejora estadísticamente significativa del pre al postratamiento ( $z = -2,27$ ;  $p < ,05$ ). Aunque no haya diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables, podemos observar que las medias muestran una tendencia a la mejoría.

Tabla 1  
Prueba no paramétrica de los signos de Wilcoxon para la comparación entre las variables analizadas en el pretratamiento y en el postratamiento

Variable	Pre		Post		Z	p
	Media	DT	Media	DT		
OASIS	2,22	2,49	1,67	2,06	-,85	,39
ODSIS	1,33	2,65	,78	1,64	-,82	,41
BDI-II	5,44	6,44	4,89	5,97	-,90	,37
Cope: Afront.	6,11	1,36	6,22	1,20	-,38	,70
Cope: A. Emo.	4,33	2,12	5,11	1,76	-1,47	,14
Cope: A. Soci.	4,56	1,67	5,11	1,83	-1,52	,13
Cope: Acepta.	5,11	1,27	6,00	1,12	-2,27	,02
Cope: Negaci.	2,11	,33	2,33	,707	-,82	,41

Nota. Pre = Pretratamiento; Post= Post- tratamiento; Cope: Afront. Subescala Afrontamiento Activo del Brief Cope; Cope: A. Emo. =Subescala Apoyo Emocional del Brief Cope; Cope: A. Soci.= Subescala Apoyo Social del Brief Cope; Cope: Acepta.=Subescala Aceptación del Brief Cope; Cope: Negaci. = Subescala Negación del Brief Cope.

## Discusión y conclusiones

Como se ha señalado en la introducción, este programa (*Sonreír es divertido*), autoaplicado a través de Internet, ha considerado los elementos prácticos y conceptuales que están en la base de los principales programas de prevención en este ámbito desarrollados en el mundo, que, en su mayoría, emplean estrategias y técnicas desarrolladas desde los enfoques cognitivo-comportamentales para el tratamiento de la depresión (Collins y Dozois, 2008). Además, cabe subrayar el interés de este estudio en incorporar otras técnicas para prevenir y tratar el estrés y la depresión, tales como la activación comportamental, ya propuesta en el pasado por el propio Beck (Beck, 1976), enseñando a la persona la importancia de adquirir un nivel adecuado de actividad e implicación con la vida, mostrando las consecuencias del abandono de actividades, así

como los beneficios del ejercicio físico (Ekers, Richards, McMillan, Bland y Gilbod, 2011; Mota-Pereira, Silverio, Carvalho, Ribeiro, Fonte y Ramos, 2011). A esto se suma la incorporación de estrategias para fomentar y mejorar el afecto positivo. Cada vez hay más soporte en la literatura que avala que las emociones positivas promueven un pensamiento flexible y creativo y juegan un papel fundamental en la construcción de fortalezas psicológicas, intelectuales y recursos sociales que pueden ser de utilidad en situaciones futuras difíciles (Algoe y Fredrickson, 2011; Catalino y Fredrickson, 2011; McMahan y Renken, 2011; Wood, Froh y Geraghty, 2011).

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que todos los participantes presentaban niveles bajos de ansiedad en el pretratamiento (evaluada mediante en OASIS) y estos niveles de ansiedad se han mantenido estables, sin diferencias estadísticamente significativas del pre al postratamiento. En cuanto a la sintomatología depresiva (evaluada mediante el ODSIS y el BDI-II), las puntuaciones también se han mantenido estables, mostrando niveles bajos de sintomatología depresiva en el pretratamiento y en el postratamiento, sin diferencias estadísticamente significativas.

Cabe señalar que las medias en el post tratamiento, tanto en el OASIS, en el ODSIS como en el BDI-II muestran una tendencia a la mejora.

Todos estos resultados ponen de manifiesta la posible utilidad de este programa como estrategia para la prevención de la depresión, ya que, a pesar de que los participantes estaban pasando por una situación vital difícil como supone estar en paro, que se mantenía en el tiempo, por lo que a medida que el tiempo transcurría la situación empeoraba; y a demás referían tener cargas familiares o dificultades en la vida cotidiana (enfermedad crónica de un familiar, conflictos familiares etc.) y con ello un aumento de estrés, los síntomas de depresión y ansiedad se mantuvieron estables en la mayoría de los casos e incluso mejoraron en algunos.

Por lo que respecta a las estrategias de afrontamiento positivas utilizadas por los participantes, vemos que las medias del post tratamiento reflejan una tendencia a la mejoría, por lo que los participantes han mantenido o han fortalecido diferentes estrategias adaptativas de afrontamiento como son iniciar acciones directas e incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor (afrontamiento activo), conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión (apoyo emocional), procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que deben hacer (apoyo social) y aceptar el hecho de lo que está ocurriendo (aceptación), existiendo en esta última variable clínica diferencias estadísticamente significativas del pre al postratamiento.

Teniendo en cuenta todo esto, cabe afirmar que este programa de tratamiento autoaplicado a lo largo de 8 semanas ha logrado uno de sus objetivos fundamental, a saber, conseguir proveer a las personas de las herramientas y habilidades necesarias para fortalecer y/o mejorar sus estrategias de afrontamiento. Estos resultados están en concordancia con los datos de la literatura que avalan la estrecha relación entre el estrés, depresión y la capacidad de afrontamiento de la persona (Thompson *et al.*, 2010), estando asociado el afrontamiento inadecuado con altos niveles de estrés, síntomas de ansiedad y depresión, tanto en adolescentes (Jaser *et al.*, 2005; Marcks y Woods, 2005) como en adultos (Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007; Sarin, Abela, y Auerbach, 2005). Enseñar formas adaptativas de afrontamiento se asocia pues con un mayor bienestar, tanto físico como psicológico (Hong, 2007).

Vemos pues que se ha producido lo esperado en la evolución de las diferentes variables clínicas del pre al postratamiento. Al tratarse de un programa de prevención, no se busca necesariamente una mejoría en el postratamiento, sino que el programa les proteja de la situación vital difícil que están viviendo y esto se refleje, tal y como sucede en los resultados del presente estudio, en una estabilidad en su sintomatología depresiva y ansiosa y en el mantenimiento, refuerzo y/o mejora de estrategias adaptativas para afrontar la situación vital complicada que está aconteciendo. Es importante subrayar que la muestra corresponde a población no clínica pero

que está afrontando acontecimientos vitales estresantes (desempleo, desempleo de familiares, enfermedad crónica de un familiar, cargas familiares, conflictos familiares...), por lo que entendemos resulta esperanzador que, a pesar de que dichos acontecimientos continúan presentes, en general se observa una tendencia a la estabilidad o a la mejoría. No existen diferencias estadísticamente significativas del pretratamiento al postratamiento tal y como muestran los resultados del análisis no paramétrico para dos muestras relacionadas con la prueba Wilcoxon, a excepción de la subescala de Aceptación del Brief Cope ( $z = -2,27$ ;  $p < 0,05$ ). Es importante recalcar que en las medias del postratamiento en el resto de variables clínicas se observa una tendencia hacia la mejoría.

Sin embargo, este estudio tiene limitaciones. La limitación fundamental es que es un estudio preliminar basado en series de casos y habrá que esperar a tener resultados más consistentes a partir de un estudio controlado. Otra de las limitaciones de este estudio es que no tenemos datos de los seguimientos, por lo que no podemos saber si el programa protege también a los participantes a largo plazo, ni saber si la tendencia a la mejoría que se observa en las medias de las diferentes variables clínicas llegará al final a tener significación como sucede en el caso de la Aceptación. Además, somos conscientes de que lo que se presenta son los datos preliminares de 9 participantes y esto, claramente, impide realizar generalizaciones. Por ello, en estos momentos estamos llevando a cabo un estudio controlado que esperamos nos permita aportar conclusiones más firmes.

Somos también conscientes de la necesidad de analizar y revisar cualquier tipo de aportación para poder avanzar en los planteamientos de la psicología basada en la evidencia y poder así delimitar programas de prevención eficaces autoaplicados a través de Internet para los trastornos emocionales.

## Referencias bibliográficas

- Algoe, S. B. & Fredrickson, B. L. (2011). Emotional Fitness and the movement of affective science from lab to field. *American Psychologist*, 66(1), 35-42.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländer, F., Carlbring, P., Kaldö, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., ... Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.
- Andrews, G. & Titov, N. (2010). Is Internet treatment ready for prime time? *Medical Journal of Australia*, 192 (11), 45-47.
- Antony, M. M. & Stein, M. B. (2009). *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B. & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York, NY: Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Baños, R. M., Quero, S., Botella, C. & García-Palacios, A. (2007). Internet & los tratamientos psicológicos: dos programas de auto-ayuda para fobias específicas *Cuadernos de Medicina Psicosomática & Psiquiatría de Enlace*.

- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., Perpiñá, C., Alcañiz, M. & Pons, A. (2000). Telepsychology: Public Speaking Fear Treatment on The Internet. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 959-986.
- Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S. & Alcañiz, M. (2010). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial. *Cyberpsychology Behavior, and Social Networking*, 13, 407-421.
- Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Gallego, M. J., Baños, R. M. & Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46-57.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Bretón-López, J. Alcañiz, M. & Fabregat, S. (2008). Telepsychology and Self-Help: The treatment of phobias using the Internet. *CyberPsychology & Behavior* 11, 659-664.
- Brown, T. A. & Rosellini, A. J (2011) The Direct and Interactive Effects of Neuroticism and Life Stress on the Severity and Longitudinal Course of Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 844-856.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., Alvarez Daneri, C. Benatuil, D. & Mongiello, E. (2004). Índice de Calidad de Vida: Validación de una muestra Argentina. *ALCMEON*, 11, 333-336.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M. & O’Kearney, R. (2009). The Youth-Mood project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive-behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1021-1032.
- Catalino, L. I. & Fredrickson, B. L. (2011). Tuesdays in the lives of flourishers: The role of positive emotional reactivity in optimal mental health. *Emotion*, 11, 938-950.
- Collins, K. A. & Dozois, D. (2008). What are the active ingredients in preventative interventions for depression? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 313-330.
- Crespo, M. & Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios, 23, 797-830.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Van Oppen, P. & Andersson, G. (2008). Are psychological and pharmacological interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1675-1685.
- Dudley, R., Kuyken, W., Padesky, C. A. (2011). *Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy*. Guilford Press.
- Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, M. & Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198 (1): 66-72.
- European Pact for Mental Health and Wellbeing*, (2008). EU high level conference. Together for metal health and wellbeig. Brussels.
- Gabriel, P. & Liimatainen, M. R. (2000). Mental health in the workplace. Geneva, International-LabourOffice.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M. & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Gunter, R. W. & Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patients access. *Clinical Psychology Review*, 30, 194-202.
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 277-290.
- Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 17, 401-415.

- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Jaser, S. S., Langrock, A. M., Keller, G., Merchant, M. J., Benson, M. A., Reeslund, K., ... Compas B. E. (2005). Coping with the stress of parental depression II: adolescent and parent reports of coping and adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 193-205.
- Kenardy, J., McCafferty, K. & Rosa, V. (2006). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: Six-month follow-up. *Clinical Psychologist*, 10, 39-42.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. & Dunbar, G. (1997). The Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*, 12, 232-241.
- McCrone, P., Marks, M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M. & McDonough, M. (2009). Computer-aided self-exposure therapy for phobia/panic disorder: A pilot economic evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (2), 91-99.
- McLaughlin, K. A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011) Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther* 49(3),186-93.
- McMahan, E. A. & Dehart Renken, M. (2011). Eudaimonic conceptions of well-being, meaning in life, and self-reported well-being: Initial test of a mediational model. *Personality and Individual Differences*, 51, 589-94.
- Mansell, W. (2012). The Transdiagnostic Approach. En Dryden, W. (ed.), *CBT Approaches to Counselling and Psychotherapy*. Sage.
- Marks, I. M., Cavannagh, K. & Gega, L. (2007). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Hove and New York: Psychology Press.
- Marks, I. M., Mataix-Cols, D. Kenwright, M. Cameron, R. Hirsch, S. & Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
- Marcks, B. A. & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to a acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 433-445.
- Morillo, C., Belloch, A. & García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 310-23.
- Mota-Pereira, J., Carvalho, S., Silverio, J., Fonte, D., Pizarro, A., Teixeira, J., ... Ramos, J. (2011). Moderate physical exercise and quality of life in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *J Psychiatr Res*, 45 (12), 1657-1659.
- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work. Third Edition*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J. & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depres Anxiety*, 23, 245-249.
- Norton, P. J. & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitivebehavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- O'Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H. & Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cognitive Behavioural Therapy*, 35, 43-54.



- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. & Valiente, R. M. (1999). Escalas Panas de Afecto Positivo & Negativo: Validación Factorial & Transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanz, J., Perdígón, A. L. & Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica & Salud*, 14, 249-280.
- Sarin, S., Abela, J. R. Z. & Auerbach, R. P. (2005). The response styles theory of depression: a test of specificity and causal mediation. *Cognition and Emotion*, 19, 751-761.
- Sethi, S., Campbell, A. J. & Ellis, L. A. (2010). The use of computerized self-help packages to treat adolescent depression and anxiety. *Journal of Technology in Human Services*, 28, 144-160.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonora, L. I., .... Dunbar, G. C. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.) according to the SCID-P. *Eur Psychiatry* 1997, 12, 232-241.
- Slade, T., Johnston, A., Oakley-Browne, M. A., Andrews, G. & Whiteford, H. (2009). National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 594-605.
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G. & Johnston, L. (2009). Randomized controlled trial of web-based treatment of social phobia without clinician guidance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 913-919.
- Titov, N., Dear, B. F., Shwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 441-452.
- Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J. & Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 1-8.
- Van Straten, A., Cuijpers, P. & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 10, 1.
- Vargas, B., Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J. & Cortés, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión & ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud mental*, 34, 323-331.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S. y Hwu, H. G., ... Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama The Journal Of The American Medical Association*, 276, 293-299.
- WHO Initiative Depression in Mental Health (2010). Geneva: WHO.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J. & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882-890.
- Wood, A., Froh, J. & Geraghty, A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 890-905.



## MamáFeliz\*: una aproximación teórica de las TIC aplicadas a la prevención de la depresión posparto

CRISTIAN CASTELLANO BADENAS  
al107103@alumail.uji.es

ELENA FERMOSELLE ESCLAPEZ  
al076962@alumail.uji.es

JORGE JAVIER OSMA LÓPEZ  
osma@psb.uji.es

ELENA CRESPO DELGADO  
screspo@psb.uji.es

JUAN RAMÓN BARRERA  
barrada@unizar.es

### Resumen

La evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) es una realidad cada vez más frecuente en la Psicología Clínica y de la Salud. Las posibilidades ilimitadas que ofrece Internet han hecho posible que ya existan estudios controlados sobre intervenciones basadas en aplicaciones online para la prevención y tratamiento de trastornos mentales y para la promoción de conductas de salud.

Las alteraciones emocionales en la mujer asociadas al periodo perinatal y al puerperio –especialmente la Depresión Posparto (DPP), depresión prenatal (DP) y tristeza posparto (TPP)– suponen un gran problema de salud, dada su prevalencia en población general, su riesgo de cronicidad y el coste que de ello se deriva. Los datos de prevalencia de la DPP en España ofrecen porcentajes situados entre el 6-25 % según algunos estudios. A pesar de estos datos, las alteraciones emocionales perinatales siguen pasando desapercibidas, infradiagnosticadas y, por tanto, no tratadas.

---

\*MamáFeliz es un proyecto subvencionado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, el Gobierno de Aragón, la Fundación Universitaria Antonio Gargallo (Universidad de Zaragoza. Campus de Teruel) y CREOS, centro de psicoterapia y formación (Castellón).

Agradecimiento: El equipo investigador agradece la colaboración por parte de los diferentes profesionales sanitarios de los centros colaboradores de MamáFeliz: Hospital La Plana Vila-real, Hospital NISA Rey Don Jaime de Castellón, Centro de Salud Teruel Ensanche, Centro de Salud Picarral (Zaragoza), Centro de Salud Pirineos (Huesca), Grupo Aragonés de investigación en Atención Primaria, Grupo Aragonés de investigación de salud mental en Atención Primaria.

La inconsistencia de los resultados de diferentes estudios sobre los factores de riesgo implicados requiere homogeneizar su medición. Asimismo, los recursos asistenciales en la salud pública son limitados y se hace necesario mejorar la calidad de los mismos y su eficacia reduciendo los costes. Con este objetivo, hemos diseñado Mamáfeliz (MMF), una herramienta informática que, a través de Internet, realiza de manera rápida y sencilla una evaluación exhaustiva a nivel psicosocial, obstétrico y psicopatológico con el fin de identificar aquellas mujeres que presentan uno o más factores de riesgo para el desarrollo de DPP.

**Palabras clave:** depresión posparto, factores de riesgo, TIC, embarazo, prevención, promoción de la salud.

## Abstract

The assessment, diagnosis and psychological treatment through Information and communications technology (ICTS) are a reality more frequent in Clinical and Health Psychology. Unlimited possibilities offered by the Internet have made the existence of controlled studies about interventions based on on-line applications for the prevention and treatment of mental disorders and for the promotion of healthy conducts possible.

Emotional variations in women which are associated with the perinatal period and peuperium, specially Postpartum Depression (PPD), Prenatal Depression (PD) and Baby Blues (BB), mean a big health problem, given its prevalence among the general population, its risk of chronicity and the derived cost. The data of the PND prevalence in Spain shows percentages between 6-25 % according to some studies.

The obtained results from different studies about implicated risk factors show an inconsistency which is required to level down the risk factor its measurement. Just like that, assistance means in the public health are limited and that make necessary improve their quality and efficiency by reducing the costs. So, in order to achieve this goal, we have designed Mamáfeliz (MMF), an informatic tool that through the Internet carries out an exhaustive evaluation in a fast and simple way at a psychosocial, obstetrical and psychopathologic level in order to identify those women who present one or more risk factors for the PPD development.

**Keywords:** Postpartum depresión, risk factors, ICTS, pregnancy, prevention, health promotion.

## Introducción

Existe unanimidad en la comunidad científica acerca de la necesidad de mejorar y establecer nuevas herramientas en los protocolos de evaluación, diagnóstico e intervención, en todas las áreas de la atención sanitaria. En este sentido, las TIC pueden proporcionarnos numerosas posibilidades y ventajas, hasta ahora desconocidas e infrautilizadas, para alcanzar los niveles de excelencia necesarios en cuanto a efectividad, eficacia y eficiencia de las intervenciones aplicadas. Este objetivo de innovación, acerca de la mejora de la asistencia proporcionada desde algunas áreas de salud, junto con las líneas de trabajo promovidas por el e-

Health Action Plan (e-HAP) de la UE 2012-2020, coinciden en resaltar la importancia de la mejora en la calidad y la gestión sanitaria a partir del estudio comparativo de los sistemas sanitarios y de las intervenciones y servicios ofrecidos por los mismos (Jané-Llopis, 2004). En este sentido, la psicología ha sido una de las primeras disciplinas de la rama sanitaria que ha realizado grandes esfuerzos para establecer y diseñar protocolos de evaluación y tratamiento de manera computerizada. Hasta el momento, los resultados obtenidos por este tipo de herramientas autoaplicadas en psicoterapia, han resultado ser tan eficaces como los obtenidos por los tratamientos aplicados a través del método tradicional (Andersson, 2009; Andersson y Carlbring, 2006; Ritterband *et al.*, 2003). Además, para ampliar las oportunidades y ventajas potenciales que pueden aportar las TIC en los servicios sanitarios y las intervenciones implementadas en los mismos, resultaría de gran utilidad dotar a este tipo de herramientas las máximas funciones posibles. Centrándonos no solo en su función como herramienta de prevención o diagnóstico, sino dotándolas de otras utilidades para los servicios de salud como: 1) servicios no ofrecidos en los sistemas de salud; 2) proporcionar un nexo de comunicación más rápido y directo entre los profesionales, los usuarios y las instituciones; 3) tomar en consideración la información acerca de la aceptación y la utilidad percibida por parte de los usuarios, profesionales e instituciones; 4) llegar al mayor número posible de potenciales beneficiarios; entre otras muchas ventajas.

## **Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psicológicos**

La promoción de la salud y la prevención son actividades necesariamente relacionadas que tienen un objetivo común: mejorar la salud mental (Jané-Llopis, 2004). La carta de Ottawa de Promoción de la Salud (OMS, 1986), sostiene que la prevención de los trastornos mentales se caracteriza por su enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia (Jané-Llopis, 2004). Existe suficiente evidencia de que los programas de prevención y promoción funcionan y producen beneficios importantes en la salud de los individuos y en general en toda la sociedad (Hosman y Jané-Llopis, 1999; Mrazek y Hall, 1997).

Desde diferentes instituciones internacionales responsables en materia sanitaria se han promovido diferentes iniciativas como el *Libro Verde de la Salud Mental* (UE, 2005) o el *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar* (UE, 2008); desde todas ellas se ha puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar acciones eficaces para mejorar la Salud Mental de la población y han reconocido, como primera línea prioritaria de acción, la prevención de la depresión y del suicidio. Con este objetivo, instan al diseño y desarrollo de medidas para reducir los factores de riesgo de la depresión y el suicidio, incluyendo el abordaje de la Depresión Postparto (DPP) de las madres como uno de los temas concretos a tratar.

En España, desde 2007, la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (ENSSR), ha desarrollado e implantado en el Sistema Nacional de Salud (SNS) la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (EAPN) que en su objetivo específico n.º 4 apuesta por «promover la salud y el bienestar de las mujeres puérperas, facilitando asesoramiento y cuidados, explorando sus necesidades, cambios emocionales y psicológicos». Dentro de la propia ENSSR (2010), se hace referencia a la necesidad de atender, de manera paralela, al proceso fisiológico del embarazo y al proceso psicológico que lo acompaña e inciden en la necesidad de apoyar estudios sobre los aspectos en los que existe un vacío o menor conocimiento disponible, tales como: 1) la promoción del bienestar psicológico y emocional de las gestantes durante el embarazo;

2) el establecimiento de rutinas de exploración de bienestar emocional de la puérpera, y 3) la prevención e identificación precoz de la psicopatología del posparto.

## **Salud mental reproductiva en la mujer: Alteraciones emocionales en el periodo prenatal y perinatal**

Una de las líneas de interés por parte de los investigadores se ha focalizado en el bienestar psicológico de la mujer, realizando esfuerzos por el estudio de las alteraciones emocionales que se producen en el periodo prenatal y postnatal. Uno de los motivos más importantes es su alta prevalencia (Gaynes, Gavin y Meltzer-Brody *et al.*, 2005) dado que, los trastornos del estado de ánimo son los más frecuentes a las seis semanas del parto, con una prevalencia del 10,1 %, seguidos por los trastornos adaptativos con un 4,4 %, y finalmente por los trastornos de ansiedad con un 4,2 % (García-Esteve, Ascaso, García y Tamayo, 2003). Centrándonos únicamente en la DPP, desafortunadamente pasa desapercibida y por tanto no tratada en muchas ocasiones. Aproximadamente la mitad de las mujeres con DPP no reciben ningún tipo de evaluación psicológica o tratamiento (US Department Health and Human Services, 2000), y solo el 23 % de las mujeres diagnosticadas con depresión menor o mayor, recibe algún tipo de cuidado psicológico durante el embarazo (Kelly, Zatzick y Anders, 2001). La prevalencia e incidencia de las alteraciones emocionales de la mujer en el puerperio, las consecuencias en ellas mismas y sus descendientes así como familiares más directos, constituyen un problema general de salud (Pop, Essed, De Geus, Van Son y Komproe, 1993) e implican un incremento significativo en los costes sanitarios (Dosset, 2008; Oates, *et al.*, 2004; Tortajada *et al.*, 2009).

Todas estas razones subrayan la necesidad de realizar mejoras en nuestros actuales servicios públicos y privados de salud orientadas a: mejorar las estrategias de detección de mujeres con factores de riesgo para desarrollar una depresión, desarrollar intervenciones preventivas eficaces durante el periodo prenatal y postnatal y mejorar los recursos y herramientas orientados a la detección precoz de mujeres que presentan sintomatología depresiva durante o después del parto para su rápida derivación, evitando así la cronificación de los síntomas y sus consecuencias.

## **Nuevas tecnologías en la prevención de trastornos mentales en la mujer: la DPP**

La evaluación e intervención psicológica a través de internet o también conocida como ciberterapia (e-terapia, terapia on line, terapia por ordenador), se está transformando en un complemento y una alternativa a la atención tradicional, y está comenzando a demostrar su eficacia (Soto-Pérez, Franco, Monardes y Jiménez, 2010). Para Andersson (2009), estamos asistiendo al nacimiento de una nueva forma de intervención: la intervención a través de internet. Ya existen estudios controlados sobre intervenciones basadas en aplicaciones web y/o terapia por videoconferencia para la prevención y tratamiento de trastornos mentales y para la promoción de conductas de salud (Mitchell, Stanimirovic, Klein y Vella-Brodrick, 2009), algunos ejemplos son: Walters, Miller y Chiauzzi (2005) para el abuso de alcohol; Proudfoot *et al.*, (2003) para ansiedad; Proudfoot *et al.*, (2007) para el trastorno bipolar; Anderson *et al.*, (2005) para la depresión; Anderson *et al.*, (2006) para la fobia social; Pier *et al.*, (2008) para el trastorno de pánico; Spittaels y De Bourdeaudhuij (2006) para promover la actividad física, y Walters, Wright y Shegog (2006) para dejar de fumar, entre otros muchos.

Como ya hemos dicho las intervenciones psicológicas online han demostrado su eficacia como medio para el tratamiento de diferentes trastornos mentales. En la tabla 1, hemos reco-

gido las principales ventajas de los programas e-Health junto con sus posibles limitaciones (Bennet, Casebeer, Zheng y Kristofco, 2004, 2006; Choque, 2010).

Tabla 1

Principales ventajas y limitaciones de los programas e-Health (Bennet et al. 2004, 2006; Choque, 2010)

VENTAJAS	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ha demostrado su idoneidad como formato de evaluación psicológica.</li> <li>- Permiten llegar a un mayor número de beneficiarios, de manera más rápida y cómoda.</li> <li>- Proporcionan mayor privacidad y autonomía al usuario/a objetivo.</li> <li>- Generan nuevas fórmulas de comunicación y de intervención.</li> <li>- Proporcionan productos dinámicos, siempre dispuestos a incorporar nuevas funcionalidades y mejoras.</li> <li>- Su uso constituye un avance irrenunciable acorde al momento tecnológico actual</li> <li>- Su diseño reinterpreta y mejora las limitaciones de los programas en formato tradicional.</li> <li>- Permiten implementar actuaciones aun disponiendo de escasos recursos económicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de estudios concluyentes que determinen de manera firme su idoneidad como formato empíricamente validado.</li> <li>- Falta de coordinación de los servicios disponibles de atención a la mujer embarazada.</li> <li>- Falta de consistencia en las medidas empleadas, el diseño de investigación y la temporalidad de las mediciones que permitan replicar los resultados obtenidos o comparar los hallazgos encontrado a lo largo de los diferentes estudios realizados a nivel mundial</li> <li>- Ninguno de los programas en formato e-Health reúne la evaluación de todos los FR recogidos a lo largo de la literatura científica.</li> <li>- Focalizan su implementación por parte de grupos de población específicos (entornos rurales, nivel socioeconómico bajo, riesgo de exclusión social, etc.).</li> </ul>

Dado que la depresión es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en el mundo, en los últimos años se han diseñado y desarrollado numerosas aplicaciones web y herramientas informáticas de autoayuda para promover el bienestar y contrarrestar toda la sintomatología característica de los trastornos del estado de ánimo. Algunas de estas herramientas dirigidas a la evaluación y el tratamiento de la depresión han mostrado eficacia y efectividad en su aplicación en diferentes poblaciones (adultos, estudiantes universitarios y adolescentes), como muestran los resultados obtenidos por Proudfoot *et al.* (2003) con su ampliamente conocido cyber-programa «Beating the Blues». Este tratamiento on line ha mostrado buenos resultados y se ha posicionado como una iniciativa referente en este tipo de intervenciones psicológicas online, puesto que ha sido incluido en la guía del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Otras herramientas informáticas sobre el tratamiento de la depresión son los programas australianos «BluePages», desarrollados por el grupo de Hampton (2006), y el programa «MoodGYM», trabajo realizado en Suecia con las aportaciones de Andersson *et al.* (2005).

Si nos centramos específicamente en las intervenciones realizadas para evaluar o tratar a mujeres con DPP a través de las TIC observaremos la escasa investigación dedicada a pesar de tratarse de un problema clínico significativo y muy prevalente (Le, Perry y Sheng, 2009). Le *et al.* (2009) examinaron en su trabajo la viabilidad de utilizar internet para rastrear síntomas de DPP mediante la cumplimentación de los instrumentos PDSS (Postpartum Depression Screening Scale; Beck y cols., 2001) y EPDS (Edinburg Postpartum Depression Scale; Cox, Holden y Sagovsky, 1987) a través de internet. Los resultados obtenidos por este grupo de la George

Washington University, a pesar de una serie de limitaciones, mostraron la idoneidad de internet como plataforma de evaluación para este tipo de sintomatología. Las limitaciones vienen dadas, en este proyecto, por la no inclusión de otros aspectos a evaluar sobre el fenómeno (variables sociodemográficas, clínicas, obstétricas, etc.), así como por realizar mediciones en un solo momento temporal. Por otra parte, McGrath, Lingley-Pottie, Emberly, Thurston y McLean (2009) utilizaron un formato de intervención presencial con seguimiento y screening basado en telellamada, implementado por madres veteranas que ejercían de modelos de las futuras mamás para aprender sobre el cuidado de los bebés y el autocuidado durante este periodo vital eminentemente conectado a la mujer. A pesar de que los resultados del estudio aun no se han publicado, el objetivo de este proyecto es cambiar y reducir el diagnóstico de la DPP basándose en la técnica del modelado.

Al margen de estos estudios, no hemos encontrado más estudios (regionales, nacionales o internacionales) que, en una muestra de mujeres embarazadas, se haya realizado una evaluación psicológica autoaplicada online con el objetivo de prevenir la aparición de psicopatología emocional.

Teniendo en cuenta la necesidad de homogeneizar los factores psicosociales que conllevan al desarrollo de trastornos del estado de ánimo en la mujer gestante, su alta prevalencia durante este periodo, y las ventajas que conllevan el uso de los programas e-Health, disponemos de la suficiente base teórica para justificar el proyecto que hemos diseñado. Dicho proyecto, plantea el diseño y desarrollo de una aplicación online, llamada MMF, que sea accesible y de fácil uso y que puede ser un medio de evaluación, diagnóstico y seguimiento eficaz para garantizar la prevención de la DPP antes y después del parto.

### **Objetivos aplicados de nuestro proyecto: MamáFeliz**

1. Desarrollar una aplicación on line que, de manera autoaplicada, pueda:
  - Evaluar medidas sociodemográficas, médicas, psicosociales y psicopatológicas.
  - Identificar mujeres embarazadas que cumplan alguno de los factores de riesgo descritos en la literatura científica.
  - Identificar mujeres que cumplan criterios diagnósticos (DSM-IV) de episodio depresivo, antes o después del parto.
2. Validar la aplicación MMF como herramienta eficaz para la evaluación, diagnóstico y derivación alcanzando criterios óptimos de sensibilidad y especificidad.
3. Realizar un estudio longitudinal sobre el estado emocional de la mujer durante el embarazo y el posparto.
4. Identificar las variables que actúan como predictoras de la DPREN, TPP y DPP.
5. Proponer, en base a los resultados obtenidos en el estudio, un programa de intervención psicológico cognitivo-comportamental online para la prevención de las alteraciones del estado de ánimo en las mujeres embarazadas y aquellas que han dado a luz.

### **Metodología**

La muestra mínima total que establecemos es de 924 mujeres para que los resultados obtenidos cuenten con suficiente rigor estadístico. Se seleccionarán aleatoriamente 200 mujeres, 100 con diagnóstico de depresión según MMF y 100 sin diagnóstico, para ser reevalua-



das por un clínico. Denominaremos *grupo control* al compuesto por mujeres embarazadas que no cumplen criterios de ningún factor de riesgo ni desarrollen un episodio depresivo antes o después del parto, *grupo subclínico* a aquellas embarazadas que cumplen criterios de uno o más factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones del estado de ánimo pero que no las han desarrollado durante o después del parto y *grupo clínico*, al grupo formado por mujeres que desarrollen alteraciones del estado de ánimo durante el embarazo o tras el parto.

Se utilizará estadística paramétrica mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales en su versión 19.0 (SPSS 19.0, SPSS Inc, Chicago, IL). Se realizarán análisis de frecuencias y descriptivos para describir cada una de las muestras. Para la comparación de medias entre los distintos momentos de evaluación (Pre, Seguimiento 1, 2 y 3) y entre los grupos: control, subclínico y clínico se utilizará análisis de varianza (ANOVA), se utilizará la prueba post hoc de Tukey y se considerará una  $p < 0.05$  para determinar la significación estadística. Para estudiar la relación entre factores de riesgo específicos con puntuaciones elevadas en EPDS/BDI-II tras el parto, utilizaremos correlaciones lineales y para la relación entre factores de riesgo específicos con el diagnóstico SCID-I, regresión logística. Para la identificación de predictores de alteraciones en el estado de ánimo después del parto, se utilizará el análisis de regresión lineal *stepwise*. Para evaluar la validez de la aplicación MamáFeliz se calculará la sensibilidad y especificidad con el índice kappa de Cohen. Se computarán los tamaños del efecto aplicando el coeficiente de determinación para las regresiones, «eta» parcial para ANOVAS y «d» de Cohen para comparaciones de medias.

## Procedimiento

Tras la revisión de la literatura científica en el campo de la depresión prenatal y perinatal y el estudio de los programas e-Health que han demostrado eficacia, nos pusimos en contacto con una empresa de ingeniería informática para desarrollar la aplicación MMF a partir de nuestras ideas y necesidades.

Una vez diseñada, desarrollada y testada la aplicación informática, empezamos a contactar con diferentes centros de salud y hospitales de las diferentes comunidades autónomas que quisieran participar en el estudio. Tras la obtención del dictamen favorable por parte de los comités éticos de investigación clínica y la firma de colaboración de los organismos participantes, se les hace entrega, a los profesionales sanitarios implicados (matronas, ginecólogos, etc.), de los códigos de participación para las mujeres embarazadas que deseen formar parte del estudio. En el documento que se les entrega, aparece una breve explicación del proyecto, la dirección web donde deben entrar ([www.mamafeliz.es](http://www.mamafeliz.es)) y el código para registrarse en la aplicación. Una vez registradas, como podemos ver en las imágenes 1 y 2 que mostramos a continuación, deberán leer y aceptar los documentos de protección de datos y confidencialidad, para así poder iniciar su evaluación en la aplicación informática.

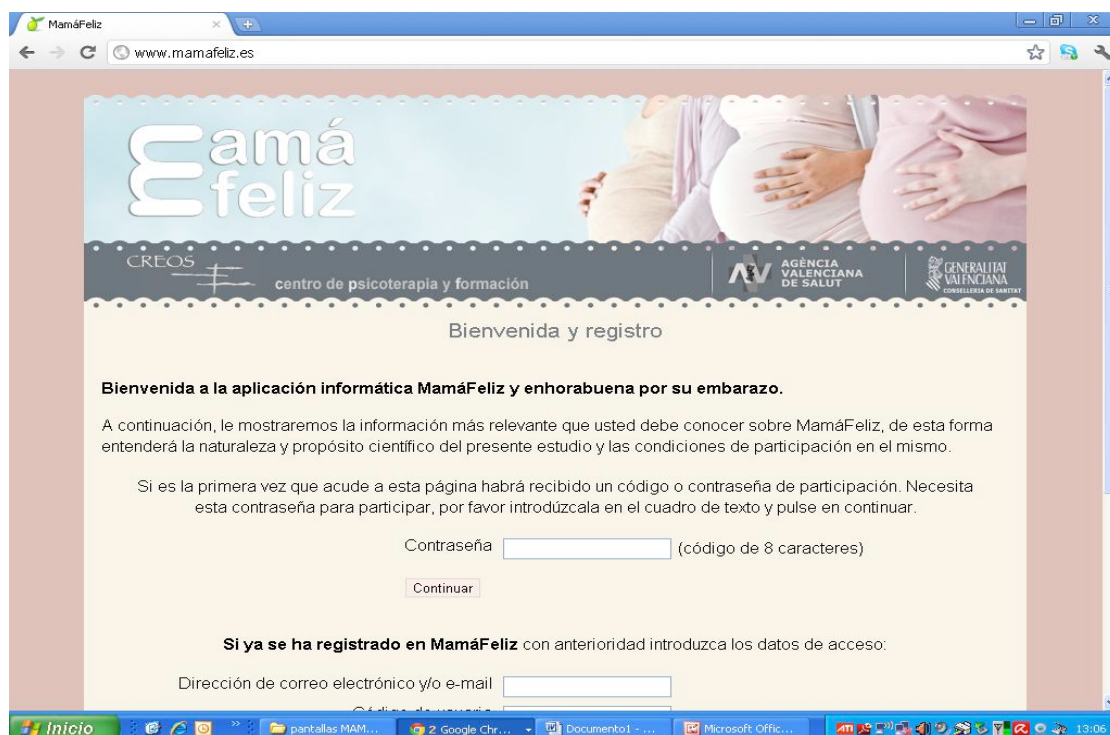


Imagen 1. Bienvenida a la aplicación

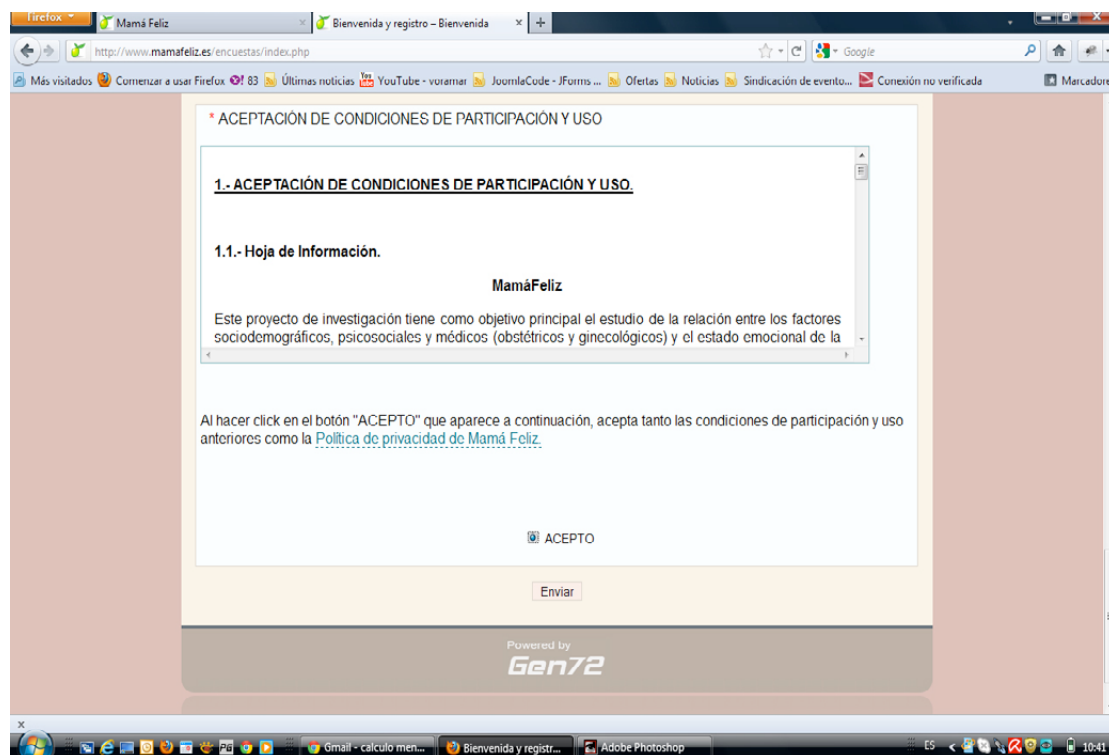


Imagen 2. Aceptación de condiciones de participación (Hoja de Información, Consentimiento Informado y Protección de Datos)

En este momento es, como observamos en la imagen 3, cuando las usuarias deberán empezar a cumplimentar sus datos personales, sociodemográficos y obstétricos, una entrevista clínica y las distintas medidas psicológicas que rastrean los factores de riesgo identificados en la literatura. La aplicación consta de cinco periodos de evaluación, dos antes del parto (1.º entre la semana 16-24 y 2.º entre la 30-36) y tres después del parto (a las 2, 4 y 12 semanas después del parto).

Imagen 3. Cumplimentación datos sociodemográficos y evaluación obstétrica, clínica y psicológica en MMF

Un factor innovador y esencial en la aplicación es, que teniendo en cuenta la semana de gestación en la que la usuaria se encuentra, la aplicación calcula y notifica a cada participante (según su preferencia vía email o sms) el momento en que debe acceder a la aplicación para volver a ser evaluada según sus datos obstétricos. De este modo, podemos analizar la evolución de diferentes medidas (especialmente de los factores de riesgo) a lo largo de todo el embarazo y hasta 3 meses después del parto.

Las participantes que presenten sintomatología depresiva serán informadas y derivadas a su especialista médico y, aquellas que no tengan ninguna alteración emocional, serán informadas de su estado emocional óptimo.

## Conclusiones

La OMS (1995) manifiesta que es esencial disponer de protocolos basados en evidencia para asegurar buenas prácticas y, en este sentido, también desde la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) se insta a la investigación, innovación y buenas prácticas con el objetivo de «mejorar la calidad y calidez de la atención en el embarazo, parto, na-

cimiento, puerperio y periodo neonatal incorporando prácticas innovadoras de demostrada eficacia».

A modo de resumen podemos decir que existe suficiente evidencia científica para plantear, por una parte, que la investigación científica ha identificado los factores de riesgo psicosociales que influyen en el desarrollo de alteraciones emocionales antes y después del parto (DPREN, TPP y DPP, fundamentalmente) y por otra parte, que las aplicaciones web o vía internet son eficaces para la evaluación, la prevención y el tratamiento de trastornos psicológicos.

Nuestro proyecto de investigación, señala la necesidad de realizar una evaluación exhaustiva a nivel psicosocial, obstétrico y psicopatológico de una muestra de mujeres embarazadas con el fin de identificar aquellas mujeres que presentan uno o más factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología emocional (DPREN, TPP y DPP, fundamentalmente) antes o después del parto. En el caso de que aparezca sintomatología depresiva previamente (DPREN) o tras el parto (PTT o DPP) es necesaria la intervención rápida para aliviar, lo antes posible, el malestar psicológico en la madre y las repercusiones en su bebé, la pareja y la familia.

Hipotetizamos que una aplicación web accesible y de fácil uso podría ser un medio de evaluación eficaz para la prevención de las alteraciones emocionales antes y después del parto. Además, siguiendo los estándares de este tipo de intervenciones psicológicas, se tomarían en consideración los tres aspectos que la literatura especializada reconoce como garantía de calidad: la relevancia y la eficacia de la intervención para el grupo de pacientes objetivo, los aspectos éticos y garantías, y el diseño y navegabilidad de la aplicación (Whitehead y Proudfoot, 2010). Este proyecto permite el abordaje preventivo de las alteraciones emocionales del periodo del post-parto en todos los niveles de prevención de los trastornos mentales (primaria, secundaria y terciaria), ya que el seguimiento de las variables psicológicas y psicopatológicas en tres momentos a lo largo de las 12 semanas posteriores al momento del parto así lo permitiría.

## Referencias bibliográficas

- Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldø, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-462.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E. et al. (2006). Internetbased self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behavior therapy. *Behavior Research Therapy*, 47, 389-391.
- Bashiri, N. & Spielvogel, A. M. (1999). Postpartum Depression: a cross-cultural perspective. *Psychiatry Update*, 3 (6), 82-87.
- Beck, C. T. (2001). *Predictors of postpartum depression: an update*. *Nurs Res*, 50, 275-285.
- Bennett, N. L., Casebeer, L. L., Zheng, S. & Kristofco, R. (2006). Information-seeking behaviors and reflective practice. *J Contin Educ Health Prof.*; 26(2): 120-127
- Bennett, N. L., Casebeer, L. L., Kristefeo, R. E. & Strasser, S. M. (2004). Physicians' Internet informationseeking behaviours. *J Contin Educ Health Prof.*; 24: 31-38.
- Choque Larrauri, R. (2010). Nuevas competencias tecnológicas en Información y Comunicación. Perú: CONCYTEC.

- Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E. L. & Freeman, M. P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum; *Psychiatric Clinics of North America*, 2, (33), 273-293.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dosset, E. C. (2008). Perinatal depression. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 35, 419-434.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmier-Booth, T. & Dekker, G. (2008). Does antenatal screening for psychological risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Africa. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 51-55.
- ENSSR (2010). Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Gobierno de España.
- EU (2005) Green Paper. *Improving the mental health of population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: European Communities, Health and Consumer Protection Directorate-General.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34, 1-14.
- García-Esteve, L., Ascaso, C., García, M. & Tamayo, O. (2003). *Maternidad y Trabajo: impacto de la morbilidad psiquiátrica puerperal en la adaptación al año de las madres trabajadoras*. Trabajo de Investigación. Universidad de Barcelona.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S. et al. (2005). *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes*. Evidence Report: Technology Assessment 119, 1-8. Rockvill, MD: Agency for Health Research and Quality.
- Glavin, K., Smith, L., Sorum, R. & Ellefsen, B. (2010). Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3051-3062.
- Hampton, T. (2006). Researchers provide psychiatric care from afar. *Journal of the American Medical Association*, 295, 21-22.
- Hearn, G., Iliff, A., Jones, I., Kirby, A., Ormiston, P., Parr, P., Rout, J. & Wardman, L. (1998). Postnatal depression in the community. *The British Journal of General Practice*, 48, 1064-1066.
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. (1999). The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe. In: *Political Changes 2 Mental Health* (pp. 29-41). Brussels: ECSC-EC-EAEC.
- Huizink, A. C., Mulder, J. H. & Buitelaar, J. H. (2004). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility. *Psychological Bulletin*, 130, 115-142.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-78.
- Kelly, R. H., Zatzick, D. F. & Anders, T. F. (2001). The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *American Journal of Psychiatry*, 158, 213-219.
- Le, H., Perry, D. F. & Sheng, X. (2009). Using the Internet to Screen for Postpartum Depression. *Maternal Child Health Journal*, 13, 213-221.
- McGrath, P. J., Lingley-Pottie, P., Emberly, D. J., Thurston, C. & McLean, C. (2009). Integrated knowledge translation in mental health: family help as an example. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 18(1):30-37.

- Milgrom, J. , Gemmill, A. W., Bilszta , J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. *et al.* (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression:A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157.
- Mitchell, J., Stanimirovic, R., Klein, B. & Vella-Brodrick, D. (2009). A randomised controlled trial of self-guided internet interventions promoting well-being. *Computers in Human Behavior*, 25, 749-760
- Mrazek, P. J. & Hall, M. (1997). A policy perspective on prevention. *American Journal of community psychology*, 25, 221-226.
- Navarro, P. & García-Esteve, Ll., Ascaso, C., Aguado, J. y cols. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of affective disorders*; 109, (1); 171-176.
- Oates, M. R., Cox, J. L., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B. *et al.* (2004). Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 46, 10-16.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Génova: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2008) *Pacto Europeo para la salud mental y el bienestar*. Conferencia de alto nivel de la UE: Juntos por la salud mental y el bienestar. Bruselas, 2008.
- Pier, C., Austin, D., Klein, B., Mitchell, J., Schattner, P., Ciechowski, I. *et al.* (2008). Evaluation of internet-based behavioural therapy for panic disorder in general medical practice. *Mental Health in Family Medicine*, 5, 29-39.
- Pop, V. J. M, Essed, G. G. M, De Geus, C. A., Van Son, M. M. & Komproe, I. H. (1993). Prevalence of postpartum depression or is it postpuesperium depression?, *Acta Obstet. Gynecol. Scand*, 72, 354-358.
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. & Gray, J. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine*, 33, 217-227.
- Ritterband, L., Cox, D., Walker, L., Kovatchev, B., McKnight, L., Patel, K. *et al.* (2003). An Internet intervention as adjunctive therapy for pediatric encopresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 910-917.
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C. & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 15(1), 19-37.
- Spittaels H. & de Bourdeaudhuij, I. (2006). Implementation of an online tailored physical activity intervention for adults in Belgium. *Health promotion International*, 221, 311-319.
- Tortajada, S., García-Gómez, J. M., Vicente, J., Sanjuan, J., De Frutos, R., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gornemann, I., Gutiérrez-Zotes, A., Canellas, F., Carracedo, A., Gratacós, M., Guillamat, R., Baca-García, E. & Robles, M. (2009). Prediction of postpartum depression using multilayer perceptrons and pruning. *Methods of information in medicine*, 48 (3): 291-298.
- U. S. DHHS (2000). *Healthy people 2010: Understanding and improving health*. United States Department Health and Human Services Washington DC: U. S. Government Printing Office.
- Walters, S. T., Miller, J. E. & Chiauuzzi, E. (2005). Wired for wellness: e-interventions for addressing college drinking. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 139-145.
- Walters, S. T., Wright, J. A. & Shegog, R. (2006). A review of computer and internet-based interventions for smoking behaviour. *Addictive Behaviors*, 31, 264-277.
- Weissman, M. M. & Olfson, M. (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269, 799-801.

Whitehead, L. & Proudfoot, J.(2010). Standards and operating guidelines for internet interventions. In: J. Bennet-Levy et. al. (eds.) *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. 247-252. New York: Oxford University Press.





# La Sensibilidad Intercultural en la comunidad universitaria de la Universitat Jaume I\*

## Implicaciones para el Espacio Europeo de Educación Superior

ELENA FERMOSELLE ESCLAPEZ  
al076962@alumail.uji.es

CHRISTIAN CASTELLANO BADENAS  
al107103@alumail.uji.es

JORGE J. OSMA LÓPEZ  
osma@psb.uji.es

ELENA CRESPO DELGADO  
screspo@psb.uji.es

### Resumen

**Introducción:** La Estrategia Universidad 2015 (EU2015) persigue, entre sus objetivos, que las universidades sean más eficientes, estén más internacionalizadas para afrontar el futuro, presten mayor atención, estén más reconocidas socialmente y mejor valoradas. En este contexto, focalizamos nuestro objetivo de posicionar y entender la Sensibilidad Intercultural (SI) como una de las competencias sociales básicas y necesarias para cubrir y responder con la mayor eficacia posible a los principios promulgados por el Proceso de Bolonia. La sensibilidad SI, se define por el deseo y el interés por comprender, conocer y aceptar las diferencias entre las diferentes culturas.

**Objetivo:** El objetivo de nuestro trabajo es analizar los aspectos psicológicos y de SI observados en una muestra de la comunidad universitaria de la UJI; además, se estudia la relación entre diferentes variables psicológicas y de personalidad (PANAS, RAS, IRI, EPQ-RS) y la SI.

**Método:** La muestra total del estudio estuvo formada por 250 participantes, procedentes de 3 subgrupos diferenciados de la comunidad universitaria de la UJI (alumnado; profesorado y PDI; PAS, PDA y otros).

**Resultados:** El rango correspondiente a los valores obtenidos, se ajusta a la existencia de una «actitud muy favorable» respecto a la interacción y contacto con personas procedentes de culturas diferentes a la propia por parte de los tres subgrupos, siendo

---

\* Proyecto financiado a través de la Convocatoria 2010-2011 de *Ayudas a Proyectos de Investigación y Formación OPI-UJI: Migració e Interculturalitat* de la Oficina de Cooperació al Desenvolupament i Solidaritat (OCDS) y el Observatori Permanent d'Inmigració (OPI) de la Universitat Jaume I.

el de profesorado y PDI el que obtiene valores más altos. En cambio, se obtienen resultados menos esperanzadores en otras de las variables facilitadoras de la experiencia intercultural (Extraversión, Empatía y Afecto Positivo, entre otras).

**Conclusiones:** Prestar atención a este tipo de competencias en todos los agentes implicados en el mundo universitario, es una asignatura pendiente. Iniciativas que analicen y evalúen el constructo de SI en cada uno de los contextos propios de los subgrupos incluidos en nuestra muestra de estudio, facilitaría el diseño de intervenciones adaptadas a las características y necesidades de todos ellos como forma de garantizar una mejor preparación y eficacia en la internacionalización.

**Palabras clave:** sensibilidad intercultural; competencia intercultural; Espacio Europeo de Educación Superior.

## Abstract

**Introducción:** In Spain, the Estrategia Universidad 2015 (EU2015) pretends, among its objectives, getting more efficient and internationalized universities in the immediate future, in order to be better socially recognized and valued. In this context, we focus our study objective in the understanding of Intercultural Sensitivity (IS) as one of the main social competences needed to achieve it with the better efficacy as possible. IS is defined by the desire and the interest to understand, learn and accept differences among cultures.

**Objetivo:** Our objective with this paper is to analyze psychological values and IS observed in a university community sample of the UJI. Therefore, we study the relation between different psychological aspects, personality values (PANAS, RAS, IRI, EPQ-RS) and IS.

**Méthod:** The total study sample consisted of 250 participants, divided in 3 subgroups of the UJI community (students, professors and administrative staff).

**Results:** The range corresponding to the results obtained, points out the existence of a «favorable attitude» regarding interaction and contact with people from other cultures different than their own in the three subgroups of the UJI community, being Professors group the one with higher values.

**Conclusions:** Attending this kind of social competence, is an unresolved topic in all involved community university agents. Other studies and initiatives like our project are needed to assess and analyze the IS construct in each context of the subgroups included, in order to facilitate the design and implementation of intervention programmes. These interventions should include the learning and performance of personal abilities and coping strategies needed in any group case in their formative process, as a way to ensure better professional and students profiles and to achieve a more efficient internationalization.

**Keywords:** Intercultural Sensitivity, Intercultural Competence, European Higher Education Area.

## Introducció

Existen directrices específicas para alcanzar muchos de los objetivos que conforman los principios del Proceso de Bolonia, como los implicados en la dimensión social, la movilidad de los estudiantes, el aprendizaje a lo largo de la vida y la excelencia en la gestión de la calidad del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) dentro del sistema educativo español. Para poner en marcha los esfuerzos necesarios que permitan la consecución de este requisito de excelencia, el Ministerio de Educación Español ha desarrollado y propuesto la llamada Estrategia Universidad 2015 (EU2015). Entre sus objetivos, persigue que las universidades estén académicamente más preparadas, sean más eficientes y estén más internacionalizadas para afrontar el futuro; unas universidades que presten mayor atención, más reconocidas socialmente y más valoradas. Los ejes iniciales de la EU2015 se agrupan en cuatro ámbitos: misiones, personas, capacidades y entorno, dentro de los que se han diseñado líneas estratégicas que dan respuesta a los problemas más específicos del sistema universitario español. En este contexto, tratando de enlazar y acoger estos ejes iniciales en una única dirección hacia la excelencia, focalizamos nuestro objetivo de posicionar y entender la Sensibilidad Intercultural (SI) como una de las competencias sociales básicas y necesarias para cubrir y responder con la mayor eficacia posible a algunos de los principios promulgados por el Proceso de Bolonia, como la movilidad y la cohesión social. Antes de seguir avanzando definiremos la SI en el marco del Modelo de Competencia Comunicativa Intercultural de Chen y Starosta (2000) (CCI).

El Modelo de CCI (Chen y Starosta, 2000) pretende promover las actitudes de reconocimiento, respeto, tolerancia e integración de las diferencias culturales para construir una ciudadanía global (Vilà, 2008). El tema del estudio de la CCI tiene ya un largo recorrido en la perspectiva organizacional, en respuesta al auge de las empresas multinacionales por el proceso de globalización y por la necesidad de estudiar la manera en que la interacción a nivel laboral de sujetos provenientes de diferentes culturas tenía sobre la productividad y satisfacción de los trabajadores, como los trabajos de Goldstein y Smith (1999) o Lothia, Bello y Porter (2009). Además, se han realizado estudios dentro de este ámbito para analizar la situación entre la conexión de la oferta de la ES vs. la demanda del mundo laboral (Van Horn, 1995; Bikson, 1994 y 1995; Xunta de Galicia, 2001); así como cuál es el perfil del empleado que requieren las organizaciones del futuro en el nuevo ámbito global (Barker, 1998; Satterlee, 1999; Gow, 2000). En estos estudios aparece la efectividad intercultural como una de las ocho competencias clave para el futuro (Satterlee, 1999) y la competencia intercultural, como uno de los cuatro atributos requeridos para los graduados del futuro (Gow, 2000).

Chen (1993, 2000) sostiene que el constructo CCI se operacionaliza de tres formas distintas; como habilidad intercultural, como SI y como conciencia intercultural; que comprenden las habilidades conductuales, afectivas y cognitivas de los interactuantes en el proceso de comunicación intercultural. Hasta el momento, ha sido el aspecto afectivo de la CCI el que mayor atención ha recibido. Esta SI se refiere a «el deseo que motiva a las personas a conocer, comprender, apreciar y aceptar las diferencias entre culturas». Se basa en que una persona competente interculturalmente es capaz de proyectar y recibir respuestas emocionales positivas antes, durante y después de las interacciones interculturales (Chen y Starosta, 1996). La dimensión incluye seis componentes: autoconcepto, autorregulación, empatía, apertura de mente, implicación en la interacción y actitudes de no juzgar.

La sociedad moderna sigue delegando en la ES la función de desarrollar en los estudiantes las competencias que les permitan actuar de manera eficaz en dicha sociedad (Rodríguez Izquierdo, 2008). Este hecho supone que deba integrarse en el perfil egreso de cada grado los perfiles profesional y ciudadano de cada estudiante. En los últimos años se puede afirmar que

la formación universitaria, si bien incluye la transmisión de conocimientos y la adquisición de destrezas altamente especializadas, va más allá de estos objetivos y busca un modelo de competencias vinculado con la formación de profesionales (CIDUA, 2005), incluyendo las enseñanzas de idiomas y las becas de estudios en el extranjero como experiencias formativas importantes para su alumnado. En este sentido, es interesante destacar que las universidades no solo envían a sus estudiantes a otros países sino que también son centros receptores de estudiantes de distintas partes del mundo. Este hecho implica que la evaluación y fomento de la SI debería orientarse tanto al alumnado que realiza estancias en universidades y centros de trabajo extranjeros como a los miembros de la comunidad universitaria que reciben, forman y se relacionan con los estudiantes extranjeros. Mencionamos un dato a este respecto, en el curso académico 2008/2009, 241 estudiantes ERASMUS escogieron la Universitat Jaume I (UJI) como universidad de acogimiento, esta cifra de estudiantes de origen no autóctono va en aumento dado el incremento de plazas y posibilidades en cuanto a movilidad, así como debido a las nuevas opciones en cuanto a posibilidades de formación que implican los programas oficiales de posgrado y los movimientos migratorios evidentes de nuestra sociedad. Esta realidad multiplica la interacción con personas de diferentes culturas y procedencias en el ámbito universitario por parte de toda la comunidad universitaria. Como comentábamos anteriormente, el intercambio intercultural requiere competencias adicionales y complementarias en los miembros de la sociedad, y por ende, de la comunidad universitaria, lo que sumado a los objetivos del EEES sobre la movilidad y el aprendizaje a lo largo de la vida, apoya la implementación de iniciativas para analizar la calidad de estas competencias sociales en los miembros de la comunidad universitaria, y la forma más eficaz para desarrollar y entrenar tales habilidades.

En este sentido, destacamos el trabajo de tesis doctoral de De Santos (2004), en el que se mide y compara la SI entre estudiantes de carreras más relacionadas con el ámbito de la gestión y otras no relacionadas con él, así como la mayor o menor predisposición a la hora de asistir a talleres en los que se trabajen los factores que nos llevarían a ser competentes interculturalmente; todo ello sin dejar de lado variables contextuales relacionadas con la experiencia de la interculturalidad interpersonal. Según De Santos (2004), el gran reto está en cómo motivar e incentivar al alumnado universitario español a que paulatinamente adquiera mayor movilidad, estudie idiomas, participe en eventos relacionados con otras culturas y tenga mayores oportunidades de convivencia, lo cual le lleve a tener un perfil de alta exposición a lo internacional, y que de esta manera se encuentre más sensible y preparado para diagnosticar, relacionarse y afrontar entornos laborales multiculturales. Desafortunadamente, en este estudio no se incluyen medidas psicológicas en relación con la SI que pudieran orientarnos a identificar aspectos susceptibles de intervención desde el ámbito universitario. Sin embargo, el trabajo publicado recientemente de Yakunina, Weigold, Weigold, Hercegovac y Elsayed (2012), es un claro ejemplo de la relación entre aspectos psicológicos y multiculturalidad. Estos autores han estudiado la influencia de cinco rasgos de personalidad multicultural (iniciativa social, estabilidad emocional, mentalidad abierta, flexibilidad y empatía cultural) en la predicción de la apertura a la diversidad internacional de estudiantes y el ajuste transcultural. Recogieron datos de 341 estudiantes internacionales y encontraron que la estabilidad emocional y la iniciativa social contribuyen directamente al ajuste transcultural de los estudiantes. Además, los resultados apoyan efectos indirectos de la mentalidad abierta, flexibilidad y empatía cultural en su apertura a la diversidad. Específicamente, los estudiantes que eran más abiertos de mente, flexibles y empáticos demostraron tener mayor apertura a la diversidad, lo que además conducía a un mejor ajuste. Según los autores, la apertura a la diversidad puede entenderse como una actitud con mayor facilidad para modificarse o desarrollarse que los rasgos de personalidad, caracterizados como fijos y más resistentes al cambio. Es más sen-

cillo fomentar actitudes multiculturales más positivas a través de la psicoeducación, entrenamiento transcultural y mediante la exposición a entornos diversos. Los resultados implican que los profesionales no necesitan orientar sus intervenciones para preparar a los estudiantes que se irán al extranjero hacia la modificación de rasgos de personalidad, sería más conveniente plantear objetivos relacionados con generar un entorno multicultural positivo y ayudar a los estudiantes a desarrollar una actitud abierta hacia las diferencias y similitudes transculturales. Los autores plantean dos áreas de intervención: a) Programas de orientación-prevención para estudiantes internacionales que puntúan bajo en rasgos de personalidad multicultural que presentarían mayor riesgo de sufrir problemas de adaptación y b) Promover la apertura a la diversidad y la tolerancia a las diferencias transculturales por medio de promover entornos multiculturales positivos y modificando las actitudes de los estudiantes hacia la diversidad.

Se hace necesaria por tanto la evaluación, no solo en el alumnado universitario, sino también en el resto de agentes responsables y partícipes del funcionamiento efectivo de la comunidad universitaria, de algunas características, actitudes y factores facilitadores hacia el acogimiento y puesta en marcha de toda esta estrategia EU2015 enmarcada dentro del proceso de armonización europea de la Educación Superior (ES). Este hecho sugiere la necesidad de establecer nuevas actitudes y estrategias metodológicas (Rojas, 2003) que fomenten la SI en aras de facilitar la adaptación, flexibilidad y aceptación de la diversidad multicultural en los entornos universitarios.

Es necesario aunar esfuerzos para llevar a cabo estudios que combinen la medición de los aspectos afectivos (SI) junto con otras variables que puedan estar a la base (o mediar) de esta competencia y/o que permitan completar y limitar los conceptos (variables psicológicas), así como proporcionar información relevante acerca de las áreas que hipotéticamente pudieran requerir intervención y/o apoyo para mejorar la competencia del sujeto, dada la relevancia de esta competencia en su funcionamiento a nivel social, académico y laboral.

El objetivo principal de nuestro trabajo es analizar los aspectos psicológicos, de personalidad y de SI observados en una muestra de la comunidad universitaria de la UJI; (estudiantes, profesorado, PDI, PDA y PAS). Los objetivos específicos son: estudiar las relaciones entre las características psicológicas evaluadas (p. ej.: características de personalidad, el grado de empatía, asertividad y afecto) y la SI en la muestra de la comunidad universitaria de la UJI. Los resultados obtenidos pueden servir de orientación para la programación de servicios y/o actividades específicas que se dirijan a la promoción de actitudes positivas respecto a la multiculturalidad en el entorno universitario.

## Método

### *Participantes*

Se consideró una muestra bajo estudio compuesta por tres grupos diferenciados: 1) Estudiantes universitarios de la UJI de Castellón, que estuvieran matriculados en cualquiera de las titulaciones de licenciatura, diplomatura, grado, posgrado y doctorado ofertadas durante el curso académico 2010/2011; 2) profesorado y personal investigador (PDI) de la UJI, perteneciente a cualquiera de los departamentos universitarios, con vinculación contractual durante el curso académico 2010/2011, y 3) personal de administración y servicios (PDA y PAS) y otros profesionales de la UJI con vinculación contractual con esta institución durante el curso académico 2010/2011. La muestra total del estudio estuvo formada por 250 participantes, 187 mujeres y 63 hombres. La media de edad es de 31,47 años (DT: 12,24). Por subgrupos, las medias en cuanto a la edad de sus componentes son las siguientes: estudiantes 23,95 años (DT: 4,42),

profesorado y PDI 40,04 años (DT: 11,61), PDA, PAS y otros 37,62 años (DT: 9,49). En cuanto a la distribución de los participantes en los tres grupos diferenciados, encontramos que el 60,8 % de los participantes fueron estudiantes, el 18,8 % profesores y PDI y, por último, un 20,4 % de PDA, PAS y otros proveedores con vinculación contractual con la UJI. La procedencia y nacionalidad de la muestra total, se distribuye de la siguiente manera: de los 250 participantes, 228 son de nacionalidad española, 14 son procedentes de otros países europeos, 7 participantes son originarios de EE. UU. y América del Sur y otro participante es de Nueva Guinea.

### *Procedimiento*

Se contactó con los diferentes miembros de la comunidad universitaria de la UJI (estudiantes, profesorado y PDI, PDA, PAS y otros) mediante un *e-mail* de difusión en el que se les solicitaba su colaboración voluntaria para participar en nuestro estudio y se les proporcionaba el enlace de acceso a la aplicación informática en la que podrían cumplimentar los cuestionarios que componían el protocolo de evaluación. La elección de esta vía de comunicación para hacer difusión del estudio, además de la rapidez, la comodidad y el bajo coste que supone, permite llegar a un mayor número de personas dentro de la propia comunidad universitaria y conseguir, por tanto, que la muestra final fuera lo más representativa posible de los diferentes sectores y subgrupos diferenciados que la componen. Asimismo, otro de los objetivos de elegir esta modalidad de comunicación y recaptación de la muestra, era conseguir que se ofreciera la misma información a los/las potenciales participantes, disminuyendo así la posibilidad de sesgar sus respuestas. Siguiendo los preceptos, recomendaciones y obligaciones vigentes en lo referente a la protección de datos de carácter personal (LOPD, 2003), se diseñó la aplicación informática siguiendo requisitos de confidencialidad, de manera que las respuestas de los sujetos no estaban vinculadas a una persona física ni se solicitaban datos personales identificativos. Asimismo, los participantes daban conformidad a su participación en una pantalla de «Consentimiento Informado» previa en la que se incluía la «Hoja de Información» correspondiente a nuestro estudio. Una vez accedían a la aplicación informática y aceptaban las condiciones de participación, respondían los distintos cuestionarios de evaluación. El diseño, distribución, orden y formato de respuesta se realizó conforme a criterios de excelencia en usabilidad y ergonomía. Finalmente, los datos eran volcados a una base de datos SPSS, centralizada por el equipo investigador de este proyecto, el cual la depuró y pasó a efectuar los diferentes análisis estadísticos.

### *Instrumentos*

Escala de Sensibilidad Intercultural de Chen y Starosta (ISS, 2000). Escala de afecto positivo y afecto negativo PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988, adaptada por Sandín, 1997).

Inventario de Asertividad de Rathus (RAS, Rathus, 1973).

Cuestionario de Personalidad de Eysenk– Escala breve revisada (EPQ-RS, Eysenck y Eysenck, 1985).

Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1983).

## Análisis estadísticos

Para analizar los datos obtenidos se utilizó estadística paramétrica mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) en su versión 15.0 (SPSS 15.0, SPSS Inc, Chicago, IL). Se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos para cada grupo. Para el análisis de correlación entre las distintas medidas se utilizó la correlación de Pearson. Para la identificación de predictores de SI, se utilizó el análisis de regresión lineal con el método *stepwise*.

## Resultats

Los tres subgrupos de nuestra muestra de estudio han obtenido puntuaciones altas/muy altas mediante el cuestionario ISS que evalúa el grado de sensibilidad intercultural (véase tabla 1). El rango correspondiente a los valores obtenidos, se ajusta a la existencia de una «actitud muy favorable» respecto a la interacción y contacto con personas procedentes de culturas diferentes a la propia por parte de los tres subgrupos, siendo el de profesorado y PDI el que obtiene valores más altos.

Tabla 1  
Medias y desviación típica obtenidas en la Escala de Sensibilidad Intercultural de Chen y Starosta (ISS, 2000)

ESCALA DE SENSIBILIDAD INTERCULTURAL	ESTUDIANTES MEDIAS (DT)	PROFESORADO Y PDI MEDIAS (DT)	PDA, PAS Y OTROS MEDIAS (DT)
ISS (Total)	99,36(9,54)	101,20(8,09)	96,45(10,35)
Apertura-Curiosidad cultural	26,13(2,96)	26,70(2,96)	25,52(2,83)
Etnocentrismo-Tolerancia	21,70(2,96)	22,38(2,16)	20,70(3,20)
Autoconfianza	20,18(2,81)	20,15(2,69)	19,25(3,35)
Respeto por las diferencias culturales	17,21(2,08)	18,09(1,55)	16,68(2,42)
Disfrute en la interacción	11,67(1,91)	11,43(1,90)	11,56(1,91)

El subgrupo estudiantes ha obtenido puntuaciones ligeramente inferiores a la media tanto en Afecto Positivo como en la subescala de Afecto Negativo (PANAS). En cuanto al grado de asertividad (RATHUS), resulta interesante indicar que, a pesar de haber obtenido un valor aceptable dentro del rango de respuesta que permite la prueba (de -90 a +90), el subgrupo de estudiantes, respecto a los valores obtenidos por el subgrupo de Profesores y PDI y el subgrupo de PDA y otros, ha puntuado los valores más bajos en esta variable psicológica relacionada con la conducta asertiva. Respecto a la variable empatía (IRI), los resultados obtenidos en cada una de las subescalas de la prueba son valores superiores a la media (más de una desviación típica por encima de la media). De entre las subescalas IRI, la referente a la Preocupación Empática es la que obtiene el valor más alto en este subgrupo de estudiantes (tabla 2). En lo referente al perfil de personalidad encontramos que han obtenido valores muy altos en Neuroticismo y altos en Psicoticismo. En el factor Extraversión, en cambio, las puntuaciones obtenidas por este grupo se encuentran en la media (tabla 3). El subgrupo profesorado y PDI, las puntuaciones obtenidas en Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS) se corres-

ponden con los valores medios. En cuanto al grado de asertividad (RATHUS), es este grupo de la muestra el que obtiene los valores más elevados en esta variable psicológica, con diferencias importantes en cuanto al valor obtenido por los otros subgrupos que componen nuestra investigación (tabla 2). Asimismo, en lo referente a la empatía (IRI), este subgrupo obtiene puntuaciones por encima de la media en todas las subescalas que componen esta medida, y obtiene valores ligeramente inferiores respecto al subgrupo estudiantes y al subgrupo PDA y otros en la subescala Malestar Personal. Respecto a los factores de personalidad medidos por el EPQ-RS, encontramos que obtienen valores situados en la media en Extraversión (tabla 3), y puntuaciones altas en los factores Neuroticismo y Psicoticismo. El subgrupo PDA, PAS y otros, al igual que el resto de la muestra total, ha obtenido puntuaciones cercanas a la media en Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS). Resulta interesante apuntar que los valores obtenidos en Afecto Positivo son inferiores respecto a los otros subgrupos, así como los valores correspondientes a Afecto Negativo son ligeramente superiores respecto a los puntuados por los grupos de estudiantes y profesores y PDI. En cuanto al grado de asertividad (RATHUS), encontramos valores elevados en esta medida de la conducta asertiva (tabla 2). En empatía (IRI), todas las subescalas obtienen puntuaciones altas por encima de la media, siendo ligeramente inferior la puntuación obtenida por este grupo en la subescala Fantasía respecto a los valores obtenidos en esta misma medida por el resto de grupos que componen nuestro estudio. Es cuanto al perfil de personalidad que define a este subgrupo, este se caracteriza por: baja Extraversión, muy alto Neuroticismo y alto Psicoticismo (tabla 3).

Tabla 2  
Medias, desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en las distintas medidas psicológicas

	ESTUDIANTES MEDIAS (DT)	PROFESORADO Y PDI MEDIAS (DT)	PDA, PAS Y OTROS MEDIAS (DT)
PANAS			
Afecto Positivo	33.28(6.84)	34.36(6.65)	31.92(6.25)
Afecto Negativo	17.33(5.45)	17.34(4.68)	18.00(5.20)
RAS			
Asertividad	14.03(17.30)	69.09(14.78)	42.54(3.45)
IRI			
Toma de Perspectiva	26.06(4.61)	25.97(4.34)	25.92(4.00)
Fantasía	23.59(6.14)	23.15(4.97)	22.41(5.55)
Preocupación Empática	27.82(3.37)	27.09(3.91)	27.19(3.62)
Malestar Personal	16.49(4.61)	15.40(3.72)	16.17(4.76)



Tabla 3  
Medias, desviaciones típicas e interpretación de las puntuaciones obtenidas en los factores y facetas de personalidad del EPQ-RS

	ESTUDIANTES MEDIAS(DT) INTERPRETACIÓN	PROFESORADO Y PDI MEDIAS(DT) INTERPRETACIÓN	PDA, PAS Y OTROS MEDIAS(DT) INTERPRETACIÓN
Extraversión	8.67(2.91) Media	8.15(3.15) Media	7.70(3.29) Bajo
Neuroticismo	4.23(3.09) Muy alto	2.65(2.58) Alto	4.35(3.45) Muy alto
Psicoticismo	2.76(2.30) Alto	2.34(1.90) Alto	2.68(2.27) Alto

## Discusión y conclusiones

En cuanto a los valores obtenidos acerca de la SI de los participantes de nuestro estudio, 99,36 (9,54) en el subgrupo estudiantes; 101,20 (8,09) en el grupo profesorado y PDI y 96,45 (10,35) en el grupo de PDA, PAS y otros; todos estos son ligeramente más elevados respecto a los obtenidos por nuestro grupo en el estudio realizado en 2009-2010 (94,13 y 10,19) (Osma, Crespo, Fermoselle, Lázaro y Perea, 2011) y a los resultados obtenidos por De Santos (2004). Estos datos resultan positivos en cuanto a la actitud muy favorable que expresan los participantes hacia «conocer, comprender, apreciar y aceptar las diferencias entre culturas» (Chen y Starosta, 1996). Parece que las medidas e iniciativas que se van realizando tanto en la propia UJI como en la sociedad (conferencias, mercadillos, degustaciones gastronómicas, estudios específicos como el Máster de la Paz, etc.) junto con los estudios y congresos que se realizan al respecto, tienen efecto sobre la comunidad universitaria. El hecho de que sea el subgrupo profesores y PDI el que haya obtenido el valor más alto en cuanto a esta variable, podría estar relacionado con ciertas características que la labor docente e investigadora en la ES lleva implícitas. Los resultados positivos en el grado de SI expresados por los y las participantes de nuestro estudio, son una esperanzadora línea base acerca de la buena predisposición de toda la comunidad universitaria de la UJI hacia los principios de dimensión social, movilidad y aprendizaje a lo largo de la vida que promueve la armonización europea de la ES. Asimismo, esta actitud favorable hacia lo intercultural, ofrece las bases adecuadas para que la estrategia de excelencia en la gestión de calidad de la educación superior desde la EU2015 pueda materializarse con éxito. Prestar atención a este tipo de competencias en todos los agentes implicados en el mundo universitario, es una asignatura pendiente. Iniciativas que analicen y evalúen el constructo de SI en cada uno de los contextos propios de los subgrupos incluidos en nuestra muestra de estudio, facilitarían el diseño de intervenciones adaptadas a las características y necesidades de todos ellos, de forma que se entrenasen y fomentaran estas habilidades y recursos personales dentro de los currículos académicos y formativos de cada uno de ellos, como forma de garantizar una mejor preparación y eficacia en la internacionalización ya no solo de la propia universidad, sino de la actividad académica superior en sí.

Los resultados obtenidos mediante los instrumentos de evaluación psicológicos ponen de manifiesto que tanto la muestra de estudiantes como las de profesores y PDI y PDA y otros presentan puntuaciones en torno a la media en las variables Afecto Positivo y Afecto Negativo evaluadas mediante el cuestionario PANAS. En este sentido, resulta interesante apuntar el hecho de que sea de nuevo el grupo de Profesores y PDI el que obtiene la puntuación más

elevada en cuanto a Afecto Positivo respecto a los valores obtenidos por el resto de subgrupos que componen la muestra de este estudio. Además, el hecho de que sea el grupo de PDA, PAS y otros el que haya obtenido el valor más bajo en Afecto Positivo junto con el hecho de haber puntuado ligeramente por encima que el resto de subgrupos en Afecto Negativo, indicaría que obtener menores puntuaciones en SI estaría relacionado con presentar valores más bajos en Afecto Positivo y puntuaciones más altas en Afecto Negativo, tal y como observamos que sucede en este subgrupo de PDA, PAS y otros. En relación a las puntuaciones expresadas por los diferentes subgrupos estudiados respecto a la asertividad (RAS), encontramos diferencias interesantes en función del subgrupo al que atendamos. Por un lado, los mayores valores los ha obtenido el grupo de profesorado y PDI, en cambio, resulta importante hacer mención a los valores tan bajos logrados por el grupo de estudiantes. Estos resultados indican que es necesario dotar de recursos personales relacionados con estas estrategias, ya que el conocimiento y entrenamiento en estas técnicas de comunicación influiría positivamente en el equilibrio emocional del estudiantado aumentando sus competencias personales, lo cual revertirá en una mayor competencia social y laboral futura. La competitividad del mundo laboral hace necesaria la adquisición de competencias personales, sociales y ciudadanas en los estudiantes universitarios por lo que, el sistema académico universitario debería plantear alternativas formativas que ofrezcan este tipo de recursos a su alumnado. Las puntuaciones obtenidas en empatía (IRI) por los diferentes subgrupos son en general muy positivas y se encuentran por encima de la media en todas las subescalas para todos los subgrupos. Por lo que respecta al perfil de personalidad que caracteriza a los diferentes subgrupos considerados, encontramos que el grupo de estudiantes se caracteriza por la inestabilidad emocional (altas puntuaciones en Neuroticismo), puntuaciones en torno a la media en el factor Extraversión (p. ej., asertividad, vivacidad, búsqueda de sensaciones) y puntuaciones por encima de la media en el factor Psicoticismo (p. ej., rigidez, impulsividad, desconfianza). Estos resultados irían en consonancia con los obtenidos por este subgrupo en otras medidas psicológicas administradas como el RAS (asertividad) y el IRI (empatía). En el perfil de personalidad que define al subgrupo profesorado y PDI los rasgos de Neuroticismo y Psicoticismo puntúan por encima de la media y el factor Extraversión puntúa en torno a los valores medios que se obtienen en dicha escala en la población general. En cambio, el subgrupo PDA, PAS y otros, puntúa por debajo de la media en dicho factor, únicamente en este subgrupo, la Extraversión (relacionada con la sociabilidad, la espontaneidad y la actividad, entre otras facetas) obtiene estos resultados, lo que unido a las bajas puntuaciones obtenidas por este subgrupo en Afecto Positivo y más altas en Afecto Negativo (PANAS), comentadas anteriormente, denota la necesidad de analizar más a fondo las características e implicaciones de este subgrupo y su contexto laboral.

En resumen, podemos decir que, los resultados obtenidos en todas las medidas psicológicas y de personalidad tenidas en cuenta en este estudio, ponen de manifiesto, por una parte, la necesidad de trabajar desde edades más tempranas aspectos relacionados con la competencia social y ciudadana, como son: la aceptación de las diferencias, la tolerancia y el respeto hacia los demás, la curiosidad por lo diferente, los viajes y estancias en el extranjero, potenciar amistades con personas de otras culturas diferentes a la propia, etc; paralelamente al entrenamiento y potenciación de características y habilidades de regulación emocional, asertividad, autoestima y otros factores facilitadores a la apertura y a los valores en las personas. Por otra parte, y tal y como proponen Yakunina *et al.* (2012), consideramos importante la evaluación de la SI en la comunidad universitaria para poder prevenir y orientar (entrenar) a las personas con menores puntuaciones en las variables vinculadas a este factor, empatía, afecto positivo y asertividad. Sería recomendable continuar animando y facilitando el aprendizaje de idiomas, formar a la comunidad universitaria en competencias inter e intra personales (autoestima, asertividad y regulación emocional) especialmente dirigidas a los subgrupos de estudiantes y PDA, PAS y otros proveedores. Sería recomendable también la formación de la comunidad universitaria en CCI, ofreciendo información acerca de la riqueza de las diferencias

culturales, relacionando la vivencia de experiencias interculturales con aspectos como el afecto positivo, la empatía y la asertividad y promocionando la SI como competencia laboral y ciudadana clave para el futuro. En la medida en la que una persona es capaz de tolerar el malestar, resolver problemas de convivencia y canalizar las emociones negativas de manera adaptativa, estará más capacitada para desenvolverse de manera adecuada en el entorno intercultural predominante en la actualidad, será más competente personal y profesionalmente y tendrá más posibilidades de competir con éxito en un mercado laboral cada vez más globalizado. Finalmente, es importante promover campañas de concienciación y sensibilización respecto a la necesidad de adoptar una actitud facilitadora y comprometida con los requisitos y principios que conlleva el EEES y la EU2015.

Solo dirigiendo esfuerzos de manera coordinada y compensada hacia todos los sectores universitarios implicados, se conseguirá alcanzar con éxito los principios de movilidad, dimensión social, aprendizaje a lo largo de la vida y gestión de calidad excelente que promueven el proceso de armonización europea y el plan nacional EU2015. Dedicar los recursos necesarios al entrenamiento y la formación de este tipo de habilidades, olvidadas o dejadas en un segundo plano hasta la fecha, supondrá mejorar la calidad del servicio asistencial de manera integrada en la universidad, así como fomentar un perfil en el estudiantado y el profesorado que les prepare como profesionales y ciudadanos del futuro. Sería aconsejable aumentar la muestra de estudio en todos los subgrupos para equiparlos y poder realizar comparaciones de medias. También permitiría realizar análisis por grupos de edad, sexo, titulaciones y/o puestos desempeñados, de esta manera además de aumentar la representatividad se podrían identificar distintas necesidades en los distintos subgrupos.

## Referencias bibliográficas

- Aguedad, E. (2005). *Competencias Interculturales del profesorado de aulas multiculturales*. I Jornadas Internacionales sobre Educación Internacional. Córdoba.
- Aguaded, E. (2006). *La educación de Competencias Básicas para el desarrollo de la ciudadanía intercultural en la ESO*. V Congreso Internacional Educación y Sociedad. Granada.
- Barker, R. T., Gilbreath, G. H. & Stone, W. S. (1998). The interdisciplinary needs of organizations. Are new employees adequately equipped? *Journal of Management Development*, 17 (3), 219-232.
- Bikson, T. K. & Law, S. A. (1994). *Global Preparedness and Human Resources: College and Corporate Perspectives*. Rand Corp., Santa Mónica, CA. Inst. On Education and training.
- Bikson, T. K. & Law, S. A. (1995). Toward the borderless career. Corporate hiring in the 90s. RAND reprints. *International Educator*, 4 (2), 12-15, 32-33.
- Chen, G.-M. (1993). Intercultural communication education: a classroom case. *The speech communication annual*, 7, 33-46.
- Chen, G. & Starosta, W. J. (1996). Intercultural communication competence: A synthesis. En Burelson, B. R. & Kunkel, A. W. (eds.). *Communication Yearbook 19*, London, Sage.
- Chen, G. & Starosta, W. J. (2000). The Development and validation of the Intercultural Sensitivity Scale. National Communication Association. Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- CIDUA (2005). Informe sobre innovación de la docencia en las universidades andaluzas. Abril. Informe de la comisión.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. & Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas de Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Fundación Universidad Empresa, Madrid.
- Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113-126.
- De Santos Velasco, F. J. (2004). *Desarrollo de la Competencia Intercultural en alumnado universitario: Una propuesta formativa para la gestión de empresas multiculturales*. Universidad de Barcelona.

- European Ministers Responsible for Higher Education (1988). *Magna Cartha Universitatum. Bologna Process*. European Commission: Bologna.
- European Ministers Responsible for Higher Education (2007). *Comunicado de Londres. Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior: respondiendo a los retos de un mundo globalizado. Bologna Process*. European Commission: London.
- European Ministers Responsible for Higher Education (2009). *The Bologna Process 2020 -The European Higher Education Area in the new decade. Bologna Process*. European Commission: Louvain.
- Eysenck, H. J & Eysenck, S. B. G. (1985). *Eysenck personality questionnaire-revised, EPQ-R and short scale EPQ-RS*. London: Hodder and Stoughton.
- Goldstein, D. L. & Smith, D. H. (1999). The analysis of the effects of experiential training on sojourners' cross-cultural adaptability. *International Journal of Intercultural Relations*, 23 (1), 157-173.
- Gow, K. & McDonald, P. (2000). Attributes required of graduates for the future workplace. *Journal of Vocational Education & Training: The vocational aspect of education*, 52 (3), 373-394.
- Lothia, R., Bello, D. C. & Porter, C. E. (2009). Building trust in US-Japanese business relationships: Mediating role of cultural sensitivity. *Industrial Marketing Management*, 38, 239-252.
- Mestre, V., Frías, M. D. & Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index; *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Ortet, I., Fabregat, G. y cols. (1997). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado*. Madrid: Tea Ediciones
- Osma, J., Crespo, E., Femoselle, E., Lázaro, C. & Perea, R. (2011). Intercultural Sensitivity in young university students: predictive variables identification. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional de Psicología y Educación, Valladolid, España.
- Rathus, S. (1973) Thirty-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 389-406.
- Rathus, S. A. & Nevid, J. S. (1977) Concurrent Validity of the 30-item Assertiveness Schedule with psychiatric population. *Behavior Therapy*, 8, 393-397.
- Rodríguez-Izquierdo, R.M. (2008). Implicaciones para los planes de estudio de la competencia intercultural en la formación de profesores principiantes. I Congreso Internacional sobre Profesorado Principiante e Inserción Profesional a la Docencia. Sevilla.
- Rojas, G. (2003). Estrategias para fomentar actitudes interculturales positivas en el aula. En: V Curso de Intercultura. Melilla. ALDABA, 29.
- Satterlee, B. (1999). *The acquisition of key executive skills and attitudes for international business in the third millennium*. Graduate & professional Studies. Averett College (VA).
- Van Horn, C. E. (1995). *Enhancing the connection between higher education and the workplace: a survey of employers*. Education Commission of the States, Denver, CO. State Higher Education Executive Officers Association.
- Vilà Baños, R. (2008). *La competencia Comunicativa Intercultural. Un estudio en el primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria*. Catálogo de Publicaciones del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect. The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Xunta de Galicia (2001). *Formación universitaria y demanda empresarial*. Editado por la Consejería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude.
- Yakunina, E. S., Weigold, I. K., Weigold, A., Hercegovac, S. & Elsayed, N. (2012). The multicultural personality: Does it predict international student's openness to diversity and adjustment?. *International Journal of Intercultural Relations*, 36, 533-540.

# Factores de riesgo asociados a la aparición de alteraciones emocionales durante el periodo perinatal y el puerperio

## Un estudio preliminar en una muestra de mujeres embarazadas a través de e-Health\*

ELENA FERMOSELLE ESCLAPEZ  
al076962@alumail.uji.es

CRISTIAN CASTELLANO BADENAS  
al107103@alumail.uji.es

JORGE J. OSMA LÓPEZ  
osma@psb.uji.es

ELENA CRESPO DELGADO  
screspo@psb.uji.es

JUAN RAMÓN BARRADA  
barrada@unizar.es

### Resum

**Introducción:** El DSM-IV-TR, establece la prevalencia de la aparición de alteraciones emocionales (AE) en la mujer durante el periodo perinatal y el puerperio entorno al 70 % en el caso de la Tristeza Posparto, pudiendo llegar a cronificarse esta sintomatología en Depresión Posparto (DPP), hasta en un 10 % de los casos. Diferentes autores apuntan a la necesidad de homogeneizar la medición de los factores de riesgo relacionados con la aparición de este tipo de alteraciones en la mujer gestante.

**Objetivo:** Evaluar e identificar aquellas mujeres embarazadas que cumplen uno o más FR para desarrollar AE durante el periodo perinatal y el puerperio y/o aquellas mujeres que cumplen criterios diagnósticos DSM-IV-TR de Episodio Depresivo antes y después del parto, a través de la evaluación online mediante la herramienta MamáFeliz (MMF), basada en e-Health.

---

\* MamáFeliz es un proyecto subvencionado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, el Gobierno de Aragón, la Fundación Universitaria Antonio Gargallo (Universidad de Zaragoza. Campus de Teruel) y CREOS, Centro de Psicoterapia y Formación (Castellón).

Agradecimiento: El equipo investigador agradece la colaboración por parte de los diferentes profesionales sanitarios de los centros colaboradores de MamáFeliz: Hospital La Plana Vila-real, Hospital NISA Rey Don Jaime de Castellón, Centro de Salud Teruel Ensanche, Centro de Salud Picarral (Zaragoza), Centro de Salud Pirineos (Huesca), Grupo Aragonés de investigación en Atención Primaria, Grupo Aragonés de Investigación de Salud Mental en Atención Primaria.

**Método:** La muestra la componen 25 mujeres, que se encontraban entre las semanas 16 y 36 de gestación. La evaluación incluida en MMF rastrea, a través de la entrevista diagnóstica SCID-I y otras medidas psicológicas, la presencia de algunos de los FR asociados a la aparición de DPP.

**Resultados:** Los resultados obtenidos en este estudio preliminar muestran que los FR con mayor incidencia son: Sintomatología previa de depresión mayor, ambivalencia respecto al embarazo, vivencia de emociones negativas y sentimientos de inadaptación durante el embarazo, ansiedad prenatal y síntomas depresivos durante el embarazo. En contraposición a otros estudios científicos previos, nuestra muestra no presenta los FR: problemas de pareja, falta de apoyo social ni baja autoestima.

**Palabras clave:** depresión posparto, embarazo, factores de riesgo, periodo perinatal, e-Health, prevención.

## Abstract

**Introduction:** The DSM-IV-TR, establishes the prevalence of emotional disturbances occurrence in women during perinatal and postnatal periods between 70 % in the case of Babyblues, these symptoms could become chronic in Postpartum Depression in almost 10 % of the cases. The studies of this phenomenon, implemented to the date, have failed in the definition and description of risk factors associated to this psychopathology in Spanish samples.

**Objective:** Assessing and identifying those pregnant women that meet one or more risk factors to develop emotional disturbances during perinatal and postnatal period and/or those women who meet diagnostic DSM-IV-TE criteria of Depressive Mood Episode (before or after delivery) by on-line assessment methodology based in e-Health and called MamáFeliz (MMF).

**Method:** The sample is composed by 25 pregnant women, who are between 16 and 36 weeks of gestation. The assessment protocol included in MMF evaluates, by means of SCID-I diagnostic interview and other psychological measures, the occurrence of some of the associated risk factors of being depressed during prenatal and postnatal period.

**Results:** The results of this preliminary study show that the risk factors with higher occurrence are: previous major depression symptoms, ambivalence related to pregnancy, negative affect and inadaptive feelings during pregnancy. In contrast to previous scientific studies, our sample does not have the risk factors related to marital adjustment, social supporting carences and low self-esteem.

**Keywords:** postpartum depression, risk factors, pregnancy, perinatal period, e-Health, prevention.

## Introducción

### *Alteraciones emocionales en la mujer durante el periodo perinatal*

De forma consistente, la depresión afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres a lo largo de las diferentes culturas, predominantemente en el puerperio y los primeros años de crianza (Weissman y Olfson, 1995). Para muchas mujeres, el periodo que continúa al parto es uno de los de mayor vulnerabilidad psicológica, que se manifiesta en torno a un amplio espectro de reacciones emocionales y que representa un tiempo de mayor riesgo para la emergencia y persistencia de los trastornos psiquiátricos y, muy especialmente, de trastornos del estado de ánimo (Bashiri y Spielvogel, 1999; Cohen *et al.*, 2010; Glavin, Smith, Sorum y Ellefsen, 2010).

Los diferentes estudios especializados consultados, ofrecen datos de prevalencia muy variables respecto a la aparición de alteraciones emocionales en la mujer durante este periodo. Según señala el reciente trabajo de Grote y cols. (2010), su incidencia en Europa ofrecería datos, medidos con el EPDS (Edinburg Postpartum Depression Scale; Cox, Holden y Sagovsky, 1987) que oscilan entre el 6-8 % en las muestras de Alemania y España y un 13-16 % en Bélgica, Polonia e Italia. Otros estudios, realizados con muestras exclusivamente españolas y utilizando también dicho instrumento de evaluación, ofrecen porcentajes de la incidencia de este tipo de psicopatología situados entre el 10 % (10,7 %; Maroto, García y Fernández, 2005 y 10,15 %; García *et al.*, 1999) y el 26,73 % (Martínez *et al.*, 2001). Dada la magnitud de estos datos, autores como Navarro *et al.* (2008), alertan de que, dicha morbilidad psíquica en la mujer gestante y parturienta es, actualmente, uno de los problemas de salud más prevalentes en los países desarrollados.

Hasta la fecha, según señalan en sus trabajos Glavin *et al.* (2010) y Field (2011), de entre toda esa posible gama de alteraciones emocionales a las que pueden verse expuestas las mujeres gestantes, las alteraciones psicológicas más estudiadas han sido, históricamente: la tristeza posparto (TPP) o *babyblues*, la depresión posparto (DPP), la psicosis posparto (PPP) y la depresión prenatal (DEPREN).

La clasificación de la American Psychological Association (APA, 2000) define la TPP como un periodo de melancolía o tristeza leve que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de dos semanas. En esta etapa la mujer puede sentirse sensible, ansiosa, irritable y con problemas de insomnio. Con el transcurso de los días, y cuando ya haya descansado lo suficiente y se adapte al cuidado del bebé, la TPP desaparece. Aunque estos síntomas son transitorios y no afectan a la actividad, aumentan el riesgo de padecer un episodio depresivo mayor en el posparto si persisten después de esos diez primeros días, (APA, 2000). Por otra parte, la DPP se define como un episodio depresivo mayor de una duración temporal superior a dos semanas y que implica un cambio en el funcionamiento, estado de ánimo deprimido o falta de interés, síntomas somáticos, culpa e ideación suicida. Los síntomas más frecuentes en el episodio depresivo mayor con inicio en el posparto, aunque no específicos del mismo, incluyen fluctuaciones del estado de ánimo, labilidad emocional, preocupación por el bienestar del niño y la presencia de culpa y rumiaciones intensas (APA, 2000), especialmente sobre no querer lo suficiente al bebé o rechazarlo (Pitt, 1968). Por su parte, la PPP, se caracteriza por la presencia de alucinaciones que ordenan hacer daño al niño y/o ideas delirantes acerca de que el bebé está poseído. Este tipo de episodios afectivos con sintomatología psicótica posparto se producen aproximadamente en 1 de cada 500 a 1000 partos (APA, 2000).

En última instancia, la DEPREN, aún no ha sido incluida como entidad diagnóstica, pero recientemente, autores como Field (2011), apuntan a la relevancia de que su prevalencia se haya visto incrementada de un 6 % a un 38 % en la literatura científica publicada hasta el momento. Aunque el número de estudios efectuados sobre esta entidad psicopatológica es significativa-

mente inferior a los realizados sobre los fenómenos de la TPP y la DPP, la DPREN constituye un efecto ampliamente discutido desde los tiempos de Hipócrates (Field, 2011; Huizink, Mulder y Buitelaar, 2004). Su significación estribaría principalmente, tal y como se desprende de los resultados obtenidos en los estudios actuales, en su valor predictivo de la DPP (Edwards *et al.*, 2008; Field, 2011; Lee *et al.*, 2007; Milgrom *et al.*, 2008).

### *Factores de riesgo asociados a la aparición de alteraciones emocionales en el periodo perinatal*

A pesar de no haberse identificado, hasta el momento, ningún factor causal para el desarrollo de alteraciones emocionales en el periodo perinatal, existen resultados consistentes que sugieren la importancia de las variables psicosociales (Cooper y Murray, 1998; O'Hara, 1997) como FR predisponentes a la DPP, entre las que se describen: la presencia de psicopatología en la madre o en la familia, variables sociodemográficas, variables obstétricas, eventos vitales estresantes, falta de apoyo social y problemas con la pareja (Bernazzani, Saucier, Dabid y Borgeat, 1997; O'Hara y Swain, 1996; Beck y Gable, 2002) y la presencia de DPREN (Field, 2011). Además de todos estos, Bowen y Muhajarine (2006), también señalan otros aspectos, entre ellos: historia previa de depresión en la madre, falta de compañero, dificultades matrimoniales, falta de apoyo social, pobreza, incremento en el estrés vital, abuso de sustancias, historia previa de abortos, embarazo no planificado, ambivalencia respecto al embarazo y ansiedad por el feto. Por su parte, Leigh y Milgrom (2008) añaden, además, la baja autoestima, la ansiedad prenatal, un estilo cognitivo negativo, eventos importantes de la vida y bajos ingresos.

Los estudios llevados a cabo con muestras de mujeres españolas describen, por su parte, los siguientes factores psicosociales de riesgo para padecer DPP: historia previa de depresión, bajo apoyo del entorno, problemas en la relación de pareja y niveles elevados de ansiedad rasgo (García Esteve *et al.*, 1999; Escribe-Aguir, González-Galarzo, Barona-Vilar y Artazcoz *et al.*, 2008), problemas médicos/físicos durante el embarazo, baja capacidad para afrontar cambios y diagnóstico previo de depresión mayor (Martínez *et al.*, 2001; Escribe-Aguir *et al.*, 2008); bajo apoyo social y de la pareja, síntomas depresivos durante el embarazo, eventos estresantes relacionados con el embarazo y el parto y puntuaciones elevadas en el factor Neuroticismo de personalidad (Tortajada *et al.*, 2009). Como podemos observar, existe suficiente acuerdo y evidencia científica internacional en la descripción de los factores psicosociales que se relacionan con la mayor probabilidad de desarrollar una DPP.

La mayoría de estudios e investigaciones sobre la DPP se han centrado en el screening y evaluación de la sintomatología depresiva en diferentes momentos del periodo perinatal y postnatal, con un seguimiento temporal variable y haciendo uso de diferentes medidas psicológicas y modalidades terapéuticas (tradicional, tele-llamada, on line). Dadas estas circunstancias, la comparación científica de los resultados obtenidos y la descripción detallada y fiable de todo este entramado en las diferentes culturas y niveles económicos no ha logrado ser plasmada en una propuesta común fiable y válida acerca de todo lo que modula el estado emocional de la mujer a lo largo de este proceso vital. En este sentido, autores como Jones (2010), en su revisión sobre este fenómeno para la elaboración del DSM-5 (APA, en prensa), alerta acerca de la necesidad de homogeneizar los estudios sobre esta temática y de coordinar esfuerzos por superar los claros problemas metodológicos de los trabajos realizados hasta la fecha.



### *Prevención de las alteraciones emocionales durante el periodo perinatal: MamáFeliz, medición de factores de riesgo a través de una herramienta basada en e-Health*

El aumento de los conocimientos psicológicos, psicosociales y biológicos sobre los trastornos mentales, ha dado lugar a un nuevo resurgimiento de programas específicos de prevención de la salud mental (Jané-Llopis, 2004). De manera paralela a este interés científico, la situación económica actual, y la elevada cifra de costes sanitarios asociados al tratamiento de la depresión, ha contribuido a que, se establezcan líneas prioritarias a nivel mundial en la investigación sobre su incidencia en los diferentes sectores de la población (OMS, 2008). Y, por extensión, al interés por desarrollar programas de prevención eficaces en las diferentes presentaciones de esta entidad psicopatológica, que permitan llegar a un mayor número de potenciales beneficiarios con los menores costes derivados, incluida la DPP.

De manera complementaria a esta triple misión (prevención, beneficiarios, ahorro), se añaden también otra serie de valores añadidos en la mejora de la prevención de la salud mental, como el carácter innovador y tecnológico que actualice y adapte dichos programas a la metodología y recursos que caracterizan la sociedad actual: las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y más concretamente, la metodología e-Health.

Tomando como referencia: 1) los resultados favorables acerca de la idoneidad de utilizar Internet como metodología de evaluación para rastrear sintomatología asociada a la DPP (Le, Perry y Sheng, 2009), 2) las recomendaciones de futuras líneas de investigación abiertas sobre la necesidad de detectar a las mujeres que presenten uno o más de los FR asociados a la aparición de sintomatología DPP como medida preventiva eficaz (Tortajada, 2009; Dennis y Creed, 2008), 3) la falta de estudios que hayan incluido la medición de todos los FR psicológicos, biológicos y psicosociales recogidos en estudios previos sobre la materia y 4) la ausencia de programas de prevención de la aparición de psicopatología emocional en el periodo perinatal basados en e-Health; hemos diseñado y desarrollado la herramienta MMF.

MMF atendiendo a todas esas necesidades, constituye la primera iniciativa en formato e-Health de programa de prevención de la DPP, que concentra la medición de diferentes variables obstétricas, clínicas, psicopatológicas, sociodemográficas y psicosociales a través de cuestionarios y entrevistas clínicamente validadas. La innovación radica en que la totalidad de la batería de pruebas está localizada en una aplicación computerizada habilitada en la dirección de Internet [www.mamafeliz.es](http://www.mamafeliz.es).

El objetivo principal de este estudio preliminar que desarrollaremos en los siguientes apartados, es evaluar e identificar a aquellas mujeres embarazadas que cumplen uno o más FR para desarrollar alteraciones emocionales durante el periodo perinatal a través del programa MMF. Así como comparar nuestros resultados con los obtenidos por otros investigadores en estudios previos sobre FR.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra total de este estudio preliminar la componen 70 mujeres embarazadas que se encuentran entre las semanas 16 y 36 de gestación. La edad media de las participantes es de 31 años. La nacionalidad de las participantes es Española, siendo un 88 % de las mismas residentes en la Comunidad Valenciana y un 12 % residente en la comunidad autónoma de Aragón. En cuanto a los datos referentes al nivel académico de las participantes del estudio, encontramos que el 64 % de la muestra realiza o ha realizado estudios universitarios y el 36 %

restante tiene o está cursando estudios equivalentes a un nivel de Bachillerato y Formación Profesional. Respecto a la situación laboral, destacamos que el 40 % se encontraba en situación de Baja Maternal y/o Incapacidad Laboral Temporal, mientras que, de la muestra restante, un 32 % permanecía empleada y un 28 % se encontraba en situación de desempleo. Por último, en lo relativo al estado civil de las participantes, un 60 % están casadas, un 12 % está en situación de pareja de hecho y el 28 % restante son solteras.

### *Procedimiento*

Se contactó con diferentes profesionales sanitarios (matronas, ginecólogos y obstetras) que ejercían su labor asistencial en distintos centros sanitarios de la Comunidad Valenciana y la Comunidad Autónoma de Aragón para solicitar su colaboración en el acceso a la muestra de participantes. Una vez obtenidos los dictámenes favorables por parte de los Comités Éticos de Investigación Clínica de cada uno de los centros, se firmaron los documentos de colaboración por parte de los profesionales implicados de cada servicio y se procedió al reparto de los documentos que contenían los códigos de usuario para las potenciales participantes. Las matronas y ginecólogos ofrecían a sus pacientes la posibilidad de participar de manera voluntaria en el estudio repartiéndoles a cada una de ellas uno de los códigos. Una vez las interesadas accedían a la aplicación MMF desde sus casas a través de internet, recibían la información preliminar y accedían a aceptar las condiciones de participación, el consentimiento informado y la protección de datos de carácter personal a través de la lectura de la Hoja de Información y Aceptación de Participación a través de las diferentes pantallas que van apareciendo en la aplicación. Una vez mostraban su conformidad, las participantes introducen los datos relativos a la fecha de la última regla y la fecha probable de parto. De esta forma, la propia aplicación recalcula los diferentes momentos en que las evaluaciones deben estar accesibles para cada usuaria. MMF realiza diferentes avisos y recordatorios a las usuarias (según preferencia por *e-mail* o vía sms), para que conozcan las fechas en las que pueden completar la evaluación. Entre las semanas 16 y 36 de gestación, cada una de las participantes entra en la aplicación con su usuario y contraseña y responden a las entrevistas sociodemográficas, clínicas, obstétricas y a los diferentes instrumentos de evaluación psicológica. Al finalizar la evaluación, la propia aplicación ofrece a las usuarias un mensaje informativo acerca de si su estado emocional es óptimo o si debe consultar con su especialista médico al detectarse una alteración en su estado de ánimo. Este mensaje está programado en función de los resultados derivados de la corrección de los instrumentos BDI-II y EPDS y la entrevista diagnóstica SCID-I.

### *Instrumentos*

La batería de pruebas psicológicas, cuestionarios y entrevistas diagnósticas que conforman el protocolo de evaluación, administrado a través de MMF en las diferentes fases del estudio, lo componen los siguientes instrumentos:

Entrevista de variables sociodemográficas, ginecológicas y obstétricas (Osma, Crespo y Fermoselle, 2011)

Entrevista estructurada de trastornos mentales basada en el DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996)

Escala de Edimburgo para la Depresión Posparto (EPDS; Cox, Holden y Sagovsky, 1987; validación española de la escala, García *et al.*, 2003)

Escala PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988, adaptada por Sandín, 2001)  
 Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Ergbaugh, 1961; Beck, 1978, adaptado para población española por Conde y Franch, 1984)  
 Escala de Ajuste Marital (Locke y Wallace, 1959; adaptación española Carrobbles, 1972)  
 Cuestionario de Calidad de Vida (QL-I; Mezzich *et al.*, 2000)  
 Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (EAVE; Holmes y Rahe, 1967)  
 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003)  
 Cuestionario de Personalidad EPQ (EPQ-RS; Eysenck y Eysenck, 1991; adaptación española Ortet y cols. 1997)  
 Rosenberg Self-esteem Scale (RSE, Rosenberg, 1979)  
 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-S/T; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; adaptada por Seisdedos, 1982)  
 Cuestionario de Control de la Ansiedad (ACQ ; Brown y cols., 2004; traducido por García Palacios y Osma)  
 Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross (Gross y Thompson, 2003)  
 Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS; Zimet, Dahlem y Farley, 1988; traducido por Sanz)  
 Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández del Campo, 2000)  
 Cuestionario de valoración y satisfacción de Mamá feliz (Osma, Crespo y Femoselle, 2011).  
 Cabe mencionar que las entrevistas e instrumentos se han dividido en tres bloques distintos cuya cumplimentación se realiza en 20 minutos aproximadamente. El objetivo de esta distribución, tiene que ver con el hecho de facilitar a las usuarias el tiempo de dedicación a responder los cuestionarios y evitar la fatiga que la tarea puede suponer para ellas. De esta forma, pueden grabar sus respuestas y retomar la evaluación cuando lo estimen oportuno.

### *Análisis estadísticos*

Para analizar los datos obtenidos se utilizó estadística paramétrica mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) en su versión 15.0 (SPSS 15.0, SPSS Inc, Chicago, IL). Se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos de las respuestas ofrecidas por las participantes a cada una de las entrevistas y cuestionarios teniendo en cuenta su aproximación a los puntos de corte, que en cada una de ellas se corresponde con valores clínicos, subclínicos y normales.

## **Resultados**

Los resultados obtenidos por las 70 participantes que componen este estudio preliminar sobre los FR asociados a la aparición de las alteraciones emocionales en la mujer durante el periodo perinatal, a través de MMF, alertan de la presencia de uno o más de estos FR en algunas de las participantes.

Respecto a los FR rastreados desde la entrevista clínica SCID-I, encontramos que el FR con mayor porcentaje de presencia en la muestra de participantes es el factor –Tratamientos Psicológicos Previos–, que aparece en el 24 % del total. Destaca también la presencia, en un 16 % de los casos, de un –Estado de Enfermedad Médica Actual–. Este FR se corresponde, en la mayoría de casos, en problemas médicos derivados de la propia situación de embarazo, como anemia y lumbalgia. Resulta especialmente llamativo que el FR –Consumo de tabaco durante el embarazo– esté presente en el 16 % de participantes. En contraposición, el FR –Consumo de alcohol durante el embarazo– no está presente en ninguna de las 70 participantes que componen la muestra de este estudio preliminar.

En relación al porcentaje de participantes que obtienen puntuaciones equivalentes a las obtenidas en muestras clínicas en uno o más FR relacionados con las variables psicológicas rastreadas, destaca, en mayor medida, el factor –Síntomatología de depresión previa–, puntuado por un 48 % (véase tabla 2).

Tabla 2  
*Porcentaje de la muestra que puntúa significativamente en los FR relacionados con medidas psicológicas e instrumento con el que se evalúa*

FACTOR DE RIESGO PSICOLÓGICO	MEDIDA	%
Vivencia de emociones negativas	PANAS	24 %
Síntomas depresivos actuales	BDI-II	20 %
Síntomas depresivos anteriores	SCID-I	48 %
Niveles de ansiedad actuales	STAI-E	12 %
Sentimientos de inadaptación	EI	20 %
Problemas de pareja	Escala de Ajuste Marital	12 %
Sentimientos de ambivalencia respecto al embarazo	EPDS	48 %
Eventos vitales estresantes:	EAVE	
– Cambios económicos		40 %
– Cambios en el hábito de sueño		40 %
– Cambios en las condiciones de vida		36 %
– Cambios en la salud de un familiar		32 %
– Cambio en condiciones laborales		28 %

Otro de los FR psicológicos que aparece en un mayor porcentaje de participantes tiene que ver con los –Sentimientos de ambivalencia respecto a la situación de embarazo–, que al igual que el FR –Síntomatología de depresión previa– obtiene un puntaje significativo en el 48 % de la muestra. Siguiendo el orden de frecuencia de puntuación favorable respecto a FR psicológicos presentes en la muestra, los eventos vitales estresantes, y de forma más concreta, la vivencia de sucesos relacionados con cambios en el nivel económico y cambios en el hábito del sueño, aparecen, en ambos casos, en un 40 %.

Los FR psicológicos que obtienen puntuaciones inferiores de presencia son Ansiedad Prenatal y Problemas de pareja, ambos factores son informados de manera significativa por parte de un 12 %. Por último, nos gustaría mencionar el hecho de que los porcentajes de participantes que presentan niveles actuales de sintomatología depresiva en grado clínico y subclínico esté presente en un 20 % de los casos.

Por lo que respecta a la presencia de FR relacionados con aspectos obstétricos, encontramos que únicamente en un 8 % de los casos, se puntúan valores relacionados con el FR

–Riesgo Alto durante el embarazo–, obteniéndose, en contraposición, que un 64 % de las participantes se corresponderían con un –Riesgo Bajo durante el embarazo–.

## Discusión y conclusiones

Los resultados preliminares a través de la aplicación MMF informan de la presencia de al menos un FR relacionado con el desarrollo de una depresión durante el periodo prenatal en el 48 % de participantes en el estudio.

Resulta importante destacar que, en cuanto a los FR relacionados de manera más directa con la aparición de alteraciones emocionales en el periodo prenatal y postnatal, encontramos que, al igual que en la literatura científica previa consultada, nuestra muestra presenta, mayores porcentajes de incidencia en los siguientes FR: sintomatología previa de depresión, sentimientos de ambivalencia respecto al embarazo, síntomas depresivos actuales y vivencia de emociones negativas. Estos resultados informarían de dificultades en la regulación emocional en un porcentaje importante de madres que se encuentran en las semanas 16 y 36 de gestación. Los problemas de regulación emocional pueden manifestarse de distintas maneras a lo largo del tiempo y en función de la especificidad de las situaciones, pudiéndose agravar durante el embarazo y el posparto.

Estos resultados justifican la necesidad de realizar seguimientos del estado emocional de las participantes y estudiar su evolución y su influencia en otros aspectos y FR, así como averiguar si estos FR son realmente los precursores de un episodio depresivo.

En contraposición a las similitudes obtenidas por parte de las variables recientemente detalladas, algunos de los resultados obtenidos tras este estudio preliminar, no replican la existencia de ciertos FR que sí estuvieron presentes en algunos de los trabajos previos consultados para el diseño y desarrollo de nuestra línea de trabajo con MMF. En concreto, respecto al grupo de FR relacionados con aspectos sociodemográficos (Bernazzani *et al.*, 1997; O'Hara y Swain, 1996; Beck y Gable, 2002), nuestra muestra no se caracteriza por un nivel socioeconómico bajo y bajos ingresos. Este hecho puede deberse, entre otras razones, a la propia elección de la muestra del estudio, es decir, este proyecto se centra en el uso de las TIC como medios de prevención de la depresión y promoción de la salud en la mujer gestante por lo que, solo pueden participar mujeres embarazadas que dispongan de conexión a internet en sus casas. Este factor puede estar relacionado con un nivel socioeconómico medio-alto y por tanto, difícilmente puede aparecer este FR en nuestra muestra.

Existen también diferencias sobre FR que comportan ciertos aspectos clínicos, como el bajo apoyo social y los problemas de pareja (Tortajada *et al.*, 2009), encontrando que ambos FR no estarían presentes en las participantes de nuestro estudio.

Los resultados obtenidos en este estudio preliminar ponen de manifiesto la necesidad de realizar evaluaciones exhaustivas de variables sociodemográficas, psicológicas y médicas en las mujeres embarazadas. Asimismo, ponen de manifiesto la importancia de realizar seguimientos del estado emocional, entre otras variables relevantes, para garantizar un proceso de embarazo saludable tanto para la madre como para su bebé. La evaluación en distintos momentos durante el embarazo y el posparto nos ofrecerá una información muy valiosa respecto a la evolución de las distintas medidas, respecto a los FR que pueden predecir la aparición de sintomatología depresiva y también, la relación y/o mediación de distintas variables en el estado emocional de la mujer, antes y después del parto. Esta valiosa información posibilitará, a posteriori, la elaboración de protocolos específicos preventivos que reduzcan la posibilidad de sufrir un episodio depresivo durante y después del parto.

Finalmente, y tal y como indican los primeros resultados ofrecidos por este estudio, la detección precoz de FR a través de MMF, una aplicación on line, puede suponer un método preventivo eficaz, eficiente y efectivo para los actuales sistemas de salud. Se hace necesario el aumento de la muestra de estudio y los seguimientos oportunos para validar la aplicación MMF con niveles aceptables de especificidad y sensibilidad.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA: Author.
- Bashiri, N. & Spielvogel, A. M. (1999). Postpartum Depression: a cross-cultural perspective. *Psychiatry Update*, 3 (6): 82-87.
- Beck, C. T. & Gable, R. K. (2002). *Manual for Postpartum Depression Screening Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Beck, S., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bernazzani, O., Saucier, J., David, H. & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 46, 39-49.
- Bowen, A. & Muhajarinc, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 491-498.
- Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P. & Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised Anxiety Control Questionnaire. *Behavior Therapy*, 35, 75-99.
- Carrobles, J. A. & Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E. L. & Freeman, M. P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum; *Psychiatric Clinics of North America*, 2, (33), 273-293.
- Conde, V. & Franch, J. L. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos & depresivos*. Madrid: Upjohn SA.
- Cooper, P. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *BMJ*, 316, 1884-1886.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dennis, C.-L. & Creedy, D. (2008). Intervenciones psicosociales & psicológicas para la prevención de la depresión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Echeburúa, E., Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis & Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmier-Booth, T. & Dekker, G. (2008). Does antenatal screening for psychological risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Africa. *The Australian and New Zealand journal of Psychiatry*, 42, 51-55.

- Escribe-Aguir, V., Gonzalez-Galarzo, M. C., Barona-Vilar, C. & Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: Are these gender differences?, *Epidemiology Community Health*, 62, 410-414.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34, 1-14.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders- Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- García, L., Aguado, J., Ascaso, C., Caparrós, F., Navarro, P. & Ojuel, J. (1999). *Estudio de la depresión posparto en madres españolas: detección, incidencia y factores asociados*. Instituto de la Mujer. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Glavin, K., Smith, L., Sorum, R. & Ellefsen, B. (2010). Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3051-3062.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.*, 11, 213-218.
- Huizink, A. C., Mulder, J. H. & Buitelaar, J. H. (2004). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility. *Psychological Bulletin*, 130, 115-142.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-78.
- Le, H., Perry, D. F. & Sheng, X. (2009). Using the Internet to Screen for Postpartum Depression. *Maternal Child Health Journal*, 13, 213-221.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W. & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110, 1102-1112.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24.
- Locke, H. J. & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Maroto, G., García, M. M. & Fernández, A. (2005). Evaluación de estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión posnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, (2), 305-318.
- Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M., Monleón, J., Ferrero, J. & Barreto, M. P. (2001). La depresión posparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología & Psicología Clínica*; 1, (6), 37-48.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. & Mahmud, S. (1999). The Spanish version of the Quality Of Life Index: presentation and validation. *International Journal of nervous and mental disease*, 188 (5), 301-305.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157.
- Navarro, P., García-Esteve, Ll., Ascaso, C., Aguado, J. y cols. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of affective disorders*; 109 (1); 171-176.

- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. En Murray, L. & Cooper, P. (eds.), *Postpartum depression and child development*. New York: Guildford, 3-31.
- O'Hara, M. & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- OMS (2008). *Pacto Europeo para la salud mental & el bienestar*. Conferencia de alto nivel de la UE: Juntos por la salud mental & el bienestar. Bruselas, 2008.
- Ortet, G., Ibañez, M. I., Ipola, M. M. & Silva, F. (1997). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado*. Madrid: Tea Ediciones.
- Pitt, B. (1968). Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1235.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del esters (CAE): Desarrollo & validación preliminary. *Revista de Psicopatología & Psicología Clínica*, 8(1), 39-54
- Sanz, J., Navarro, M. E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventariopara la Depresión de Beck II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis & Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Seisdedos, M. (1982). STAI. Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo. Madrid. TEA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Tortajada, S., García-Gómez, J. M., Vicente, J., Sanjuan, J., De Frutos, R., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gornemann, I., Gutiérrez-Zotes, A., Canellas, F., Carracedo, A., Gratacós, M., Guillamat, R., Baca-García, E. & Robles, M. (2009). Prediction of postpartum depression using multilayer perceptrons and pruning. *Methods of information in medicine*, 48 (3): 291-298.
- Weissman, M. & Olfson, M. (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269, 799-801.
- Zimet, G. D., Dahiem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional. Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.



## Variables de personalidad en estudiantes universitarios en función de la rama de conocimiento\*

CRISTIAN CASTELLANO BADENAS  
al107103@alumail.uji.es

ELENA FERMOSELLE ESCLAPEZ  
al076962@alumail.uji.es

JORGE JAVIER OSMA LÓPEZ  
osma@psb.uji.es

ELENA CRESPO DELGADO  
screspo@psb.uji.es

### Resumen

**Introducción:** El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) proporciona un marco perfecto en el que explorar algunas de las variables de la personalidad de los estudiantes universitarios. Los rasgos de la personalidad pueden convertirse en grandes predictores de comportamientos por lo que se deben analizar aquellos rasgos, que pueden facilitar un desempeño profesional efectivo.

**Objetivo:** Analizar determinadas características psicológicas de una muestra de estudiantes de la Universidad Jaume I (UJI) con el objetivo de conocer el perfil de personalidad de los estudiantes universitarios, así como averiguar si existen diferencias significativas según la rama de conocimiento.

**Método:** La evaluación para analizar dichas variables se hizo a través del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R). Se contactó con profesores de las distintas facultades de la UJI para obtener su colaboración. El NEO-PI-R se administró a una muestra de 107 estudiantes universitarios.

**Resultados:** Las medias obtenidas en los factores y facetas de personalidad, indican que el perfil de personalidad de nuestra muestra es: Alto *Neuroticismo*, Media *Extraversión* y *Apertura*, y Baja *Amabilidad* y *Responsabilidad*. Se han obtenido diferencias significativas a favor de la FCHS en los factores *Apertura* y *Amabilidad*, en las facetas *Sentimientos* y *Valores* del factor *Apertura* y en las facetas *Franqueza* y *Modestia* del factor *Amabilidad*.

**Conclusiones:** Los estudiantes de la FCHS obtienen puntuaciones con diferencias significativas respecto al resto de facultades en algunas características de personalidad relacionadas con la competencia social. Será necesario establecer estrategias en

---

\* Proyecto financiado a través de la Convocatoria 2010-2011 de *Ayudas a Proyectos de Investigación y Formación OPI-UJI: Migració i Interculturalitat* de la Oficina de Cooperació al Desenvolupament i Solidaritat (OCDS) y el Observatori Permanent d'Inmigració (OPI) de la Universitat Jaume I.

la educación superior para garantizar, en todos los estudiantes, la adquisición de competencias sociales para su futura inserción laboral.

**Palabras clave:** personalidad, NEO PI-R, Espacio Europeo de Educación Superior, estudiantes universitarios, Big Five, competencia social.

## Abstract

**Introduction:** The European Space of Higher Education (ESHE) provides a perfect setting to explore some of the university students' personality variables. Personality characteristic can become great predictors of behaviours, that is the reason why those characteristic which can represent necessary aspects and skills for an effective and enterprising professional performance.

**Goal:** Analysing particular psychological characteristic from a sample of the university community originally from UJI with the intention of checking university students' personality profiles and verifying if there are significant differences from the different schools within the university.

**Method:** The evaluation for analysing the aforementioned variables was devised through the Revised NEO Personality Inventory (R-NEO-PI). We were in contact with teachers from the different schools at UJI in order to ensure their cooperation. The R-NEO-PI was distributed to a sample of 107 university students.

**Results:** The averages which have been obtained in personality factors and aspects, show that the personality profile from our sample is: High *Neuroticism*, Medium *Extraversion* and *Openness* and Low *Agreeableness* and *Conscientiousness*. We have obtained significant differences in favour of the School of Human and Social Sciences with regard to Openness and Agreeableness factors, Feelings and Values facets from Openness factor and Frankness and Modesty facets from Agreeableness factor.

**Conclusions:** The students from the School of Human and Social Sciences got scores with significant differences in relation to the rest of the schools in some personality characteristic linked to social competence. It will be necessary establishing strategies in higher education in order to guarantee, to all students, the acquisition of social skills for their future labor entry.

**Keywords:** Personality, NEO PI-R, ESHE, predictors, European Space of Higher Education, university students', Big Five,

## Introducción

El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) es un plan de organización educativo que tiene como finalidad armonizar las enseñanzas universitarias en más de 40 países de todo el mundo. La educación superior debería jugar un papel esencial en la promoción de la cohesión social, en la reducción de las desigualdades y en la elevación del nivel del conocimiento, destrezas y competencias en el seno de la sociedad. La política debe, por tanto, aspirar a maximizar el potencial de los individuos en términos de su desarrollo personal y su contribución a la sostenibilidad democrática y la sociedad del conocimiento (Comunicado de Londres,

2007). El Proceso de Bolonia ha propiciado a lo largo de la Unión Europea, nuevos y diferentes enfoques en la estructura de los sistemas educativos y en sus contenidos, objetivos y características. Entre algunas de las prioridades del EEES para la próxima década está la búsqueda de la excelencia frente a las cambiantes demandas de la sociedad en evolución (Conferencia de European Ministers Responsible for Higher Education, Lauven, 2009). Existen directrices específicas para alcanzar muchos de los objetivos que conforman los principios del Proceso de Bolonia, como los implicados en la dimensión social, el aprendizaje a lo largo de la vida, la excelencia en la gestión de la calidad del EEES dentro del sistema educativo español y la movilidad de los estudiantes.

Existen distintos estudios que ponen de manifiesto la importancia de la evaluación de las características de personalidad de los estudiantes con el objetivo de identificar y describir aquellas características facilitadoras del intercambio y adaptación intercultural y, por el contrario, aquellas características que dificultarían este proceso. Entre las primeras, se identifica la Extraversión y Apertura a la experiencia y, entre las segundas, el Neuroticismo. Los distintos estudios utilizan el NEO-PI-R como medida de evaluación de la personalidad y las evaluaciones las han realizado en muestras de estudiantes que deben desplazarse a otros países para realizar estudios universitarios (Chataway y Berry, 1989; Furukawa y Shibayama, 1993, 1994; Mak y Tran, 2001).

La sociedad moderna delega en la educación superior la función de desarrollar en los estudiantes las competencias que les permitan actuar de manera eficaz en dicha sociedad (Rodríguez-Izquierdo, 2008). De este modo, el EEES proporciona un marco idóneo en el que explorar la línea base de algunas de las competencias sociales básicas de los estudiantes, junto con sus variables de personalidad, con el objetivo de vislumbrar nuevas disciplinas, olvidadas hasta ahora, hacia las que dirigir futuros esfuerzos para mejorar y entrenar habilidades tan importantes en los estudiantes, como la tolerancia, el respeto hacia los demás o la curiosidad por lo diferente.

A través de este nuevo sistema educativo, y su línea de actuación enfocada desde una dimensión más social y personal, se puede hacer hincapié y dar prioridad al crecimiento personal de los propios estudiantes, al desarrollo y/o mejora de sus habilidades y recursos, y en definitiva a acercar al éxito en el futuro profesional de los estudiantes, ofreciéndoles las competencias adecuadas para adaptarse al mundo laboral al que tendrán que hacer frente una vez terminen su formación.

## **Método**

### *Objetivo*

El objetivo principal de este proyecto es revisar y analizar algunas características psicológicas de una muestra de estudiantes universitarios, con el fin de conocer, por una parte, qué dimensiones de personalidad predominan en la muestra del estudio y, por otra parte, averiguar si las dimensiones encontradas están relacionadas con las competencias personales y sociales. Por último, nos interesa averiguar si existen diferencias significativas en dimensiones de personalidad entre los estudiantes de distintas ramas de conocimiento. Para ello nos hemos centrado en el análisis de las dimensiones de la personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad y sus respectivas facetas. En función de los resultados obtenidos se pueden mejorar y potenciar aquellas competencias y habilidades necesarias para el éxito de los futuros profesionales, aplicando diferentes técnicas en la metodología y docencia según la facultad o rama de conocimiento.

### Procedimiento

Se contactó con profesores de las distintas facultades de la UJI (Facultat de Ciències Humanes i Socials, Facultat de Ciències Jurídiques i Econòmiques i L'Escola Superior de Tecnologia i Ciències Experimentals) para obtener su colaboración en la tarea de distribución de los protocolos de evaluación del proyecto, en las diferentes asignaturas en las que impartían docencia en el curso académico 2009/2010.

Una vez establecidos los contactos de cooperación con profesores de la UJI, se les facilitaron los protocolos de evaluación para los alumnos/as de sus clases que desearan participar voluntariamente, dándoles una hoja de comunicación que describía cuestiones relacionadas con la confidencialidad de los datos, fechas de entrega de los instrumentos debidamente cumplimentados, lugar, etc. El objetivo de esta hoja de comunicación fue que todos los docentes ofrecieran la misma información a los/las estudiantes participantes disminuyendo así la posibilidad de sesgar sus respuestas.

Finalmente, los propios profesores colaboradores establecieron diferentes fechas a lo largo del curso para que los estudiantes entregaran los protocolos de evaluación cumplimentados. Una vez recogidos, el equipo investigador de este proyecto se encargó de su corrección.

### Muestra

Se consideró una única muestra bajo estudio compuesta por estudiantes universitarios de la UJI de Castellón, que estuvieran matriculados en cualquiera de las titulaciones de grado o posgrado ofertadas durante el curso académico 2009/2010. La muestra final del estudio estuvo formada por 107 participantes, 41 mujeres y 66 hombres (figura 1) todos ellos estudiantes de grado o máster de la UJI de Castellón. La media de edad es de 24,26 años (DT: 4,95). En el momento de realizar la evaluación, el 52,3 % realiza sus estudios en la Facultat de Ciències Humanes i Socials, el 20,6 % en la Facultat de Ciències Jurídiques i Econòmiques y el 26,2 % en l'Escola Superior de Tecnologia i Ciències Experimentals (figura 2).

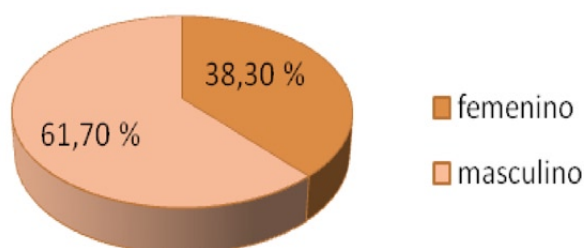


Figura 1. Distribución de la muestra de participantes por sexos

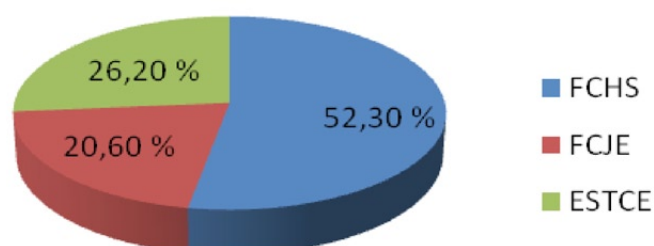


Figura 2. Distribución de la muestra de participantes por facultad

### Medida utilizada

El instrumento de evaluación que fue utilizado para el análisis de las variables de personalidad de los estudiantes universitarios fue el *Inventario de Personalidad NEO Revisado*, NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992, validado en población española por Cordero, Pamos y Seisdedos, TEA Ediciones). El NEO-PI-R es un inventario que evalúa la personalidad desde un enfoque dimensional mediante 240 ítems. La persona responde al inventario mediante una escala de 5 puntos que va desde 1 (en total desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El NEO-PI-R ofrece un perfil de la personalidad basado en las 5 dimensiones o factores básicos y sus respectivas facetas. Los factores que describe el inventario NEO-PI-R son: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. El manual del inventario NEO-PI-R recoge los numerosos estudios que han mostrado evidencia de las buenas propiedades psicométricas de este instrumento. Respecto a la fiabilidad se obtienen coeficientes alpha de entre 0.86 y 0.92; la fiabilidad test-retest también se ha mostrado satisfactoria con índices en las facetas que varían entre 0.69 y 0.92 y entre 0.86 y 0.91 en los factores. El NEO-PI-R presenta una buena validez de constructo, convergente y discriminante. A continuación detallaremos únicamente los datos sobre propiedades psicométricas en población española de los principales factores. Respecto a la fiabilidad se obtienen altos índices de consistencia interna en Neuroticismo (0.90), Extraversión (0.84), Apertura (0.82), Amabilidad (0.83) y Responsabilidad (0.88). Respecto a la validez de constructo la estructura del inventario fue muy similar a la original.

### Análisis estadísticos

Para analizar los datos obtenidos y poner a prueba las hipótesis planteadas, se utilizó estadística paramétrica mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) en su versión 13.0 (SPSS 13.0, SPSS Inc, Chicago, IL). Concretamente, para la comparación de medias teniendo en cuenta determinadas variables y grupos, se llevó a cabo la prueba t de Student para muestras independientes y se consideraron los valores a partir de  $p < 0.05$  como criterio para establecer las diferencias estadísticamente significativas. Para la comparación, teniendo en cuenta las tres facultades universitarias, se empleó el análisis ANOVA de un factor.

## Resultados

Las medias obtenidas en los factores y facetas de personalidad evaluadas con el Inventario NEO-PI-R indican que, si tenemos en cuenta los cinco grandes factores, el perfil de personalidad de nuestra muestra de estudiantes universitarios es: Alto Neuroticismo, Media Extraversión y Apertura, y Baja Amabilidad y Responsabilidad.

Si nos centramos en analizar dimensión a dimensión, se pueden observar (tabla 1) las puntuaciones altas obtenidas en el Neuroticismo, por lo que la muestra de estudiantes se caracteriza, en términos generales, por el desajuste/inestabilidad emocional, una tendencia hacia los sentimientos negativos (como el ridículo y los sentimientos de inferioridad), un nivel bajo respecto a las competencias para hacer frente al estrés y un menor control de los impulsos. Si observamos las facetas de esta dimensión de la personalidad, se pueden destacar las altas puntuaciones en las facetas Ansiedad Social, Impulsividad y Vulnerabilidad.

Tabla 1  
*Resultados de la dimensión Neuroticismo y sus respectivas facetas*

NEO-PI-R	MEDIAS (DT)	INTERPRETACIÓN
Neuroticismo	58,13 (7,98)	Alto
Ansiedad	55,29 (9,09)	Alto
Hostilidad	56,22 (10,14)	Alto
Depresión	55,22 (10,21)	Alto
Ansiedad Social	57,16 (9,24)	Alto
Impulsividad	57,79 (8,48)	Alto
Vulnerabilidad	58,64 (8,52)	Alto

En referencia a las dimensiones Extraversión y Apertura, tablas 2 y 3 respectivamente, las puntuaciones obtenidas han sido medias, excepto en las facetas Asertividad, en las que se han obtenido puntuaciones bajas, denotando el déficit en las habilidades interpersonales y de liderazgo, y en la faceta Fantasía, donde las puntuaciones han sido superiores a la media, revelando el alto uso de la imaginación y la creatividad en los estudiantes de la Universidad.

Tabla 2  
*Resultados de la dimensión Extraversión y sus respectivas facetas*

NEO-PI-R	MEDIAS (DT)	INTERPRETACIÓN
Extraversión	47,50 (9,32)	Medio
Cordialidad	46,92 (9,76)	Medio
Gregarismo	47,00 (10,27)	Medio
Asertividad	44,76 (9,69)	Bajo
Actividad	47,25 (9,85)	Medio
Búsqueda Emociones	54,89 (9,01)	Medio
Emociones Positivas	50,29 (9,97)	Medio

Tabla 3  
Resultados de la dimensión Apertura y sus respectivas facetas

NEO-PI-R	MEDIAS (DT)	INTERPRETACIÓN
Apertura	50,15 (9,10)	Medio
Fantasía	56,20 (9,32)	Alto
Estética	47,26 (8,96)	Medio
Sentimientos	51,21 (9,09)	Medio
Acciones	47,61 (9,54)	Medio
Ideas	48,24 (9,13)	Medio
Valores	51,33 (10,54)	Medio

Por último, en las dimensiones Amabilidad y Responsabilidad, las puntuaciones en general han sido bajas. En la tabla 4 se pueden observar las bajas puntuaciones en Amabilidad, en la que se pueden destacar los niveles bajos en Sensibilidad, Actitud Conciliadora y Altruismo, indican una actitud escéptica y crítica de los estudiantes, una tendencia hacia la oposición de cooperar con los demás y pensamientos de suspicacia respecto a las intenciones de los demás.

Tabla 4  
Resultados de la dimensión Amabilidad y sus respectivas facetas

NEO-PI-R	MEDIAS (DT)	INTERPRETACIÓN
Amabilidad	44,81 (8,89)	Bajo
Confianza	45,03 (8,95)	Bajo
Franqueza	49,20 (9,09)	Medio
Altruismo	44,92 (9,98)	Bajo
Actitud Conciliadora	44,05 (9,02)	Bajo
Modestia	50,38 (8,47)	Medio
Sensibilidad	44,32 (8,20)	Bajo

Acerca de la dimensión Responsabilidad (tabla 5), todas las puntuaciones han resultado ser inferiores a la media, reflejando una muestra de estudiantes universitarios con dificultades en la organización y planificación de las tareas. Además, los niveles muy bajos en las facetas Autodisciplina y Logro, hacen referencia, respectivamente, a la desmotivación y dilatación del inicio de sus quehaceres, desanimándose fácilmente y con fácil deseo de abandonar, y a la falta de recursos para luchar por sus propios objetivos y aspiraciones, mostrando una actitud perezosa.

Tabla 5  
Resultados de la dimensión Responsabilidad y sus respectivas facetas

NEO-PI-R	MEDIAS (DT)	INTERPRETACIÓN
Amabilidad	44,81 (8,89)	Bajo
Confianza	45,03 (8,95)	Bajo
Franqueza	49,20 (9,09)	Medio
Altruismo	44,92 (9,98)	Bajo
Actitud Conciliadora	44,05 (9,02)	Bajo
Modestia	50,38 (8,47)	Medio
Sensibilidad	44,32 (8,20)	Bajo

### Resultados según la rama de conocimiento

Por lo que respecta a los factores y facetas de personalidad evaluadas con el Inventario NEO-PI-R, y teniendo en cuenta a que facultad pertenece la muestra de estudiantes, se han hallado diferencias con significación estadística a favor de la FCHS en los factores Apertura ( $p < 0.05$ ) y Amabilidad ( $p < 0.05$ ). Por una parte, las personas con altas puntuaciones en Apertura están interesadas tanto por el mundo exterior como por el interior y sus vidas están enriquecidas por la experiencia. Desean considerar nuevas ideas y valores no convencionales, y experimentan tanto las emociones positivas como las negativas de manera más profunda que los individuos que son más cerrados. Por otra parte, la persona amable es fundamentalmente altruista. Simpatiza con los demás, está dispuesta a ayudarles y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer lo mismo, considerando a la gente honesta y merecedora de su confianza.

Tabla 6  
Medias y desviación típica de las medidas que han obtenido significación estadística en la comparación de medias (ANOVA) entre las 3 facultades universitarias

NEO-PI-R	FCHS M (DT)	ESTCE M (DT)	FCJE M (DT)	DF	F	P
Apertura	52,14 (8,86)	48,89 (9,08)	46,83 (8,84)	2	3,277	0,042
Amabilidad	46,57 (9,55)	44,39 (8,22)	41,04 (6,85)	2	3,331	0,040
Sentimientos	53,19 (9,46)	49,96 (7,50)	47,91 (9,03)	2	3,247	0,043
Valores	54,55 (9,58)	49,42 (10,81)	45,78 (9,97)	2	6,958	0,001
Franqueza	51,39 (10,56)	47,35 (6,63)	46,13 (6,20)	2	3,699	0,028
Modestia	51,55 (8,89)	51,53 (7,83)	46,13 (6,97)	2	3,893	0,023

\* FCHS: Facultad de Ciencias Humanas y Sociales; ESTCE: Escuela Superior de Tecnología y Ciencias Experimentales; FCJE: Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas.

Con más exactitud, y tal y como podemos observar en la tabla 6, las facetas en las que se han encontrado diferencias significativas son: Sentimientos ( $p < 0.05$ ) y Valores ( $p < 0.005$ )



del factor Apertura y en las facetas Franqueza ( $p < 0.05$ ) y Modestia ( $p < 0.05$ ) del factor Amabilidad. La faceta Sentimientos, implica la receptividad a sus propias emociones interiores y a considerar la emoción como una parte importante de la vida; Valores, indica disposición para cuestionar los valores sociales, políticos y religiosos; Franqueza, las personas que puntúan alto son francas, sinceras e ingenuas y Modestia, la persona es humilde y trata de pasar desapercibida.

En el resto de de dimensiones y facetas que analiza el NEO-PI-R no se hallaron diferencias significativas entre los estudiantes de las diferentes facultades de la Universidad.

## Discusión y conclusiones

En referencia a los resultados en general de los estudiantes universitarios se observa que la muestra evaluada presenta un perfil caracterizado por la inestabilidad emocional (altas puntuaciones en Neuroticismo) y la baja amabilidad y responsabilidad. Destacamos también la baja puntuación obtenida en la faceta Asertividad. Estos resultados confirman los obtenidos por otros investigadores como Furuwaka y Shibayama (1993, 1994) que encontraron que el factor Neuroticismo era un predictor significativo de mal ajuste en un grupo de estudiantes japoneses que cursaban sus estudios en Estados Unidos, e incluso, desde otros estudios relacionados, se apunta a la influencia de este factor de Neuroticismo en mayores niveles de evitación social (Chataway y Berry, 1989). En este sentido, Mak y Tran (2001), en su trabajo con estudiantes vietnamitas emigrantes en Australia indican que, la importancia para la eficacia en la interacción social entre los estudiantes inmigrantes y los autóctonos no solo radicaba en la existencia de factores culturales de reubicación o adaptación a la nueva cultura, sino que además, la posesión de recursos personales tales como la eficacia social, la Extraversión y la Apertura facilitan su aculturación al nuevo contexto.

Nuestros resultados indican que es necesario dotar de recursos personales relacionados con el aumento de la autoestima, la asertividad y las estrategias de regulación emocional a los estudiantes universitarios. El conocimiento y entrenamiento en estas técnicas psicológicas influiría positivamente en el equilibrio emocional del estudiantado aumentando sus competencias personales, lo cual revertirá en una mayor competencia social y laboral futura. La competitividad del mundo laboral hace necesaria la adquisición de competencias tanto personales, como sociales, en los estudiantes universitarios por lo que, el sistema académico universitario debería plantear alternativas formativas que ofrezcan este tipo de recursos a su alumnado.

Por otra parte, en referencia a la comparación de las variables de personalidad según la rama de conocimiento, Los estudiantes de la FCHS (Facultad de Ciencias Humanas y Sociales) obtienen medias mayores en los factores de personalidad: Apertura y Amabilidad. También obtienen diferencias estadísticamente significativas en las facetas de personalidad: Sentimientos, Valores, Franqueza y Modestia. Como vemos, los estudiantes que cursan estudios relacionados con las Ciencias Humanas y Sociales tienen una serie de características de personalidad relacionadas directamente con un perfil que facilita la relación con los demás. Este hecho puede considerarse lógico dado el perfil personal y académico de los estudiantes que eligen estas carreras. No obstante, la demanda laboral actual requiere que todos los estudiantes universitarios adquieran competencias sociales y ciudadanas útiles para desarrollarse en un mundo plural y globalizado.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos por este estudio deben interpretarse con cautela debido a la muestra limitada de participantes, especialmente, cuando se realizan comparaciones entre las ramas de conocimiento. Sería importante aumentar la media de los participantes en los distintos subgrupos para garantizar la representatividad de los datos. Aumentando la muestra, también podríamos realizar análisis entre los estudiantes de

segundo y tercer ciclo y también en función del género. Otra cuestión interesante a tener en cuenta en futuros estudios sería el utilizar alguna medida de personalidad adicional basada en otro modelo teórico, así como otras medidas psicológicas que pudieran darnos más información sobre las habilidades, competencias y recursos psicológicos de los que disponen los estudiantes universitarios para enfrentarse a los retos del día a día. Para acabar, sería interesante utilizar un método de evaluación más adaptado a las características y modo de funcionamiento de los jóvenes universitarios, consideramos que en futuros estudios en esta línea de investigación, deberían proponerse aplicaciones on line para la recogida de los datos asegurando las cuestiones de confidencialidad y protección de datos inherentes a la investigación con humanos. Esta mejora podría suponer el acceso a más participantes.

A pesar de las limitaciones de este estudio preliminar, sus resultados ponen de manifiesto que, posiblemente sean necesarios mayores esfuerzos desde la educación superior para garantizar los objetivos del Plan de Bolonia relacionadas con la competencia social de los estudiantes universitarios en relación con su inserción laboral en un mundo globalizado.

## Referencias bibliográficas

- Chataway, C. J. & Berry, J. W. (1989). Acculturation experiences, appraisal, coping, and adaptation: A comparison of Hong Kong Chinese, French, and English students in Canada. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 295-309.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *Professional manual: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Versión española, Cordero, A., Pamos, A. & Seisdedos, N. (1999). Madrid: TEA Ediciones.
- Cui, G. & Awa, N. E. (1992). Measuring intercultural effectiveness: An integrative approach. *International Journal of Intercultural Relations*, 16, 311-328.
- European Ministers Responsible for Higher Education (2007). Comunicado de Londres. Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior: respondiendo a los retos de un mundo globalizado. Bologna Process. European Commission: London.
- European Ministers Responsible for Higher Education (2009). The Bologna Process 2020 -The European Higher Education Area in the new decade. Bologna Process. European Commission: Louven.
- Furukawa, T. & Shibayama, T. (1993). Predicting maladjustment of exchange students in different cultures: A prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 142-146.
- Furukawa, T. & Shibayama, T. (1994). Factors influencing adjustment of high school students in an international exchange program. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 709-714.
- Kim, Y. Y. (1988). *Communication and cross-cultural adaptation: An integrative theory*. Clevedon, England: Multicultural Matters.
- Mak, A. S. & Tran, C. (2001). Big five personality and cultural relocation factors in Vietnamese Australian students' intercultural social self-efficacy. *International Journal of Intercultural Relations*, 25 (2): 181-201.
- Rodríguez-Izquierdo, R. M. (2008). Implicaciones para los planes de estudio de la competencia intercultural en la formación de profesores principiantes. I Congreso Internacional sobre Profesorado Principiante e Inserción Profesional a la Docencia. Sevilla.
- Searle, W. & Ward, C. (1990). The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 14, 449-464.
- Ward, C. & Kennedy, A. (1993). Where's the "culture" in cross-cultural transition? Comparative studies of sojourner adjustment. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 24, 221-249.
- Ward, C. (1996). Acculturation. In D. Landis, & R. S. Bhagat (eds.), *Handbook of Intercultural Training* (pp. 124-147). Thousand Oaks, CA: Sage.

# PSICOBIOLOGIA, TRACTAMENT PSICOLÒGIC I METODOLOGIA

---



# Programa de rehabilitación neurocognitiva para pacientes con trastorno mental grave

## Un estudio piloto

ANDREEA SUTU  
al120964@uji.es

MICAELA MORO IPOLA  
moro@psb.uji.es

LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN  
lmezquit@uji.es

### Resumen

**Introducción:** El deterioro cognitivo es un síntoma central en trastornos mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, con un impacto negativo en el funcionamiento psicosocial. En la literatura científica reciente se destaca la importancia de encontrar un método no farmacológico que mejore estas funciones. El objetivo del presente estudio es dar un primer apoyo empírico a la eficacia del programa de rehabilitación cognitiva, «Pon en forma tus neuronas», desarrollado para tratar las alteraciones cognitivas en pacientes con trastorno mental grave.

**Método:** La muestra está formada por 6 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 35,9 años (DT = 8,47). Los diagnósticos son de esquizofrenia en 6 casos, 1 síndrome de Asperger y otro trastorno esquizoafectivo. Se administró una batería de pruebas neuropsicológicas antes y después del tratamiento neurocognitivo. Se calcularon correlaciones, pruebas T y las *des* de Cohen entre las puntuaciones obtenidas en las pruebas antes y después del tratamiento.

**Resultados:** Los resultados mostraron correlaciones significativas y en la dirección esperada entre la evaluación pre- y el postratamiento en AVLT, Figura de Rey, y Clave de números y Dígitos del WAIS-III. Además, encontramos tamaños del efecto moderados para el AVLT a largo plazo (0,73) y tamaños del efecto elevados en Figuras Incompletas del WAIS (0,92).

**Conclusiones:** Aunque se trata de un estudio piloto con una muestra muy pequeña, los resultados indican que el tratamiento neurocognitivo mejora las funciones de percepción y memoria (de trabajo, visual y verbal) en personas con trastorno mental grave.

**Palabras clave:** trastorno mental grave, rehabilitación neurocognitiva, alteraciones cognitivas, funciones cognitivas.

## Abstract

**Introduction:** Cognitive impairment is a core symptom in severe mental disorders like schizophrenia and bipolar disorders, with a significant impact on psychosocial function. Recent scientific literature on this topic points out the importance of discovering a non-pharmacological treatment to improve these functions. The objective of the present study is to bring empirical evidence on the efficacy of a cognitive remediation program, «Pon en forma tus neuronas», developed to treat cognitive impairment in patients suffering from a severe mental disorder.

**Method:** The sample was formed by six men and two women with a median age of 35,9 years old (SD= 8,47). Six of them suffer from Schizophrenia, whereas one suffers from Asperger's Syndrome and another one from Schizoaffective Disorder. They were administered various neuropsychological tests pre» and post» treatment. The difference between the baseline and post treatment measures was evaluated by correlation analysis and Cohen's «ds».

**Results:** Baseline and post-treatment results correlated significantly in the expected direction in AVLT, Rey Figure Test, Numbers key and WAIS-III Numbers. Moreover, moderate effect size was found for long term AVLT (0.73) and for «Incomplete figures» (0.92).

**Conclusion:** Although we stay in front of a pilot study, with a diminished sample, the results seem to indicate that neurocognitive treatment improves cognitive functions like perception, working, visual and verbal memory in patients with severe mental disorders.

**Keywords:** Severe mental disorder, neurocognitive remediation, cognitive impairment, cognitive functions.

## Introducción

Es un hecho bien conocido y comprobado a lo largo de décadas de investigación, que, en comparación con la población normal, los pacientes con trastornos mentales graves presentan un aspecto común: los déficit cognitivos, sean dichos trastornos parte del espectro psicótico (Bleuler, 1911; Crawford, Obonsawin y Bremner 1993; Green, 1996; Godbout, Limoges, Allard, Braun, Stip, 2007; Aubin, Stip, Gélinas, Rainville, Chapparo, 2009) o afectivo (Martínez-Arán *et al.* 2004; Harvey, Wingo, Burdick y Baldessarini, 2010; Hellvin *et al.* 2012). Las personas con esquizofrenia tienen una ejecución de 0,8 a 1,5 desviaciones típicas por debajo de los controles sanos en muchos dominios cognitivos como, por ejemplo, en tareas de atención, memoria verbal o funciones ejecutivas (Heinrichs y Zakzanis, 1998). Varios estudios ponen de manifiesto que las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia son independientes de los síntomas típicos de la enfermedad, manteniéndose cuando la sintomatología psicótica disminuye a raíz del tratamiento.

Existe un importante consenso en la literatura científica, basado en un amplio análisis de estudios transversales y longitudinales, respecto a la estrecha relación que mantienen la neurocognición y el funcionamiento psicosocial en los trastornos mentales graves, con una interferencia negativa de la primera sobre el segundo (Green, 1999; Perlick, Rosenheck, Kaczynski, Bingham y Collins, 2008; Leifker, Bowie, y Harvey 2009; Penadés y Gastó, 2009; Martínez-Arán *et al.*, 2004). La discapacidad que producen las alteraciones neurocognitivas en los pacientes

con trastorno mental grave es incluso superior a los síntomas psicopatológicos (Kurtz, Moberg, Ragland, Gur y Gur, 2005). Asimismo, puede ser que estos mismos déficit cognitivos sean responsables de la falta de resultados clínicos, implicando un peor pronóstico de la terapia para esquizofrenia (Green, 1999; Bell y Berson, 2011) o el trastorno bipolar (Martínez-Arán *et al.*, 2004; Bell y Berson, 2011). Los déficit cognitivos interfieren en el desempeño personal y social, al aumentar la vulnerabilidad al estrés, provocar disfunciones sociales, reducir la conciencia de enfermedad, dificultar el aprendizaje de nuevas habilidades y el aprovechamiento de la rehabilitación psicosocial e impedir alcanzar el grado de autonomía necesario para la participación social e integración en la comunidad, asociándose con mayor desempleo, falta de amigos y baja calidad de vida percibida (Wykes y Reeder, 2005).

Teniendo en cuenta que todo lo anterior apunta a la imperiosa necesidad de mejoría cognitiva para los pacientes con trastorno mental grave, varios autores dedicaron su investigación a la creación de tratamientos neurocognitivos (Delahunty y Morice, 1996; Wykes y Reeder, 2005; Roder, 2006; Moritz, Woodward y Metacognition Study Group, 2007; Medalia, Revheim y Herlands, 2009; Penadés y Gastó, 2010) o farmacológicos (Miyamoto, Duncan, Marx y Lieberman, 2004; Goff, Hill y Barch, 2011;). Entre estos dos tipos de tratamiento, se ha comprobado la eficacia de los tratamiento neurocognitivos (Wykes y Reeder, 1999; Delahunty y Morice, 1996; Roder, 2006; Moritz, *et al.*, 2007; Medalia *et al.*, 2009; Penadés y Gastó, 2010) y la baja eficacia de los tratamientos farmacológicos (Miyamoto *et al.*, 2004; Goff *et al.*, 2011) en reducir las alteraciones cognitivas. Nace así el concepto de rehabilitación neurocognitiva, como el conjunto de técnicas psicológicas empleadas para la mejora de las funciones neurocognitivas como la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas con un claro objetivo de generalización y durabilidad (Penadés y Gastó, 2009). La eficacia de la implantación de la rehabilitación cognitiva se ha probado en varios estudios en pacientes con trastorno mental grave (Brenner *et al.*, 1994; Delahunty y Morice, 1996; Wykes, Reeder y Corner, 1999; Reeder, Newton, Frangou y Wykes, 2004; Penadés y Gastó, 2009). Así, por ejemplo, Wykes y Reeder (1999) dividieron al azar una muestra de pacientes con esquizofrenia entre un grupo de tratamiento con un programa de rehabilitación neurocognitiva y un grupo que recibió terapia ocupacional intensiva, y encontraron que la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo mejoraron significativamente en el primer grupo en comparación con el segundo. Un estudio de meta-análisis sobre la eficacia de la rehabilitación cognitiva apoyado en datos de 40 artículos publicados, con una muestra de 2014 participantes, pone de relieve un efecto de tamaño moderado sobre la mejoría en la evaluación neurocognitiva en los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia y sugiere, además, que la rehabilitación cognitiva puede proporcionar beneficios a pacientes con dificultades cognitivas independientemente de las características de la terapia (individual, grupal, apoyada por ordenador) (Wykes, Huddy, Cellard, McGurck y Czobor, 2011).

Dentro del variado abanico de programas de rehabilitación cognitiva (Delahunty y Morice, 1996; Roder, 2006; Moritz *et al.*, 2007; Medalia *et al.*, 2009), destaca la terapia denominada por las autoras Wykes y Reeder «Terapia de rehabilitación cognitiva» («Cognitive Remediation Therapy», 2007). La CRT se basa en la enseñanza individualizada de una serie de estrategias de procesamiento de la información a través de la práctica de una serie de ejercicios o problemas como medio para aprender estrategias cognitivas que facilitarán procesos de compensación y recuperación neurocognitiva en un ambiente de aprendizaje sin error. El aprendizaje sin error se facilita a través de la división de la tarea en sus componentes esenciales y el entrenamiento de los pasos más fáciles, practicando mucho y sin introducir elementos nuevos hasta que los primeros sean realizados con extrema facilidad. Asimismo, la CRT propone que la clave para llevar a cabo las acciones no rutinarias y para que se transfiera el aprendizaje realizado a las situaciones de la vida diaria es la capacidad que tiene el individuo para reflexionar y regular su propio funcionamiento cognitivo, denominada metacognición (Penadés y Gastó, 2010).

El formato de la CRT es individual, sin embargo, en España, en muchos recursos que atienden a personas con trastorno mental grave, el formato más habitual es en grupo. Este es el caso de la Unidad de Media Estancia del Hospital Pare Jofré de Valencia, donde se ha llevado a cabo el presente estudio. Ante las dificultades de aplicar la CRT en su formato original, se realizó una adaptación para ser aplicada en grupo, conservando lo máximo posible las técnicas terapéuticas aplicadas a cada participante. El objetivo del presente estudio es dar un primer apoyo empírico a la eficacia del programa de rehabilitación cognitiva grupal, «Pon en forma tus neuronas» desarrollado para tratar las alteraciones cognitivas en pacientes con trastorno mental grave (Penadés y Gastó, 2010). El programa fue diseñado para la aplicación en grupo pequeños, de 3-8 pacientes según el nivel de deterioro cognitivo. La duración indicada para el programa es de 30 sesiones. Como criterio para el comienzo de la evaluación inicial se administra una prueba de criba de funcionamiento cognitivo, la Escala Breve para evaluar el Deterioro Cognitivo en Pacientes Psiquiátricos («Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry: SCIP Purdon *et al.*, 2005), adaptada a la población española (Pino *et al.*, 2008). El tratamiento consiste en una serie de tareas de lápiz y papel que se van presentado por orden de dificultad creciente. El aprendizaje de los pacientes se fomenta teniendo en cuenta ciertas técnicas terapéuticas generales que se originan en campos como la psicología educativa (la técnica de andamiaje), la terapia de conducta (el moldeamiento, el encadenamiento, el modelado) o la rehabilitación cognitiva de trastornos neurológicos (aprendizaje libre de errores). El programa se lleva a cabo, igual que la CRT, en un entorno terapéutico estructurado, diferente del de las actividades cotidianas y de otros tratamientos, para que la carga emocional y cognitiva en las funciones sobre las que se centra el foco de la intervención sean mínimas. La transferencia a situaciones de la vida real se facilita con contenidos relevantes a la tarea y materiales y ejercicios significativos para el paciente (Moro y Mezquita, 2013). Como se ha señalado anteriormente, el objetivo de la terapia neurocognitiva es la generación de estrategias metacognitivas y su interiorización. Para el acercamiento a estos objetivos se utilizan ciertas técnicas terapéuticas específicas como la solución de problemas, el entrenamiento en consecución de metas y en presión de tiempo y el entrenamiento en autoinstrucciones. En cuanto a las diferencias que guarda frente a la CRT, el programa «Pon en forma tus neuronas» (Moro y Mezquita, 2013) alude a un entrenamiento, apartándose del enfoque educativo propuesto por Wykes y Reeder (2005). Otra característica distintiva del programa es el desarrollo de ejercicios y materiales específicamente para adultos jóvenes, con diseños actuales y atractivos. Además, las sesiones se adaptan a las características del grupo (nivel de dificultad, motivación), en función del juicio clínico del terapeuta.

## Método

### *Participantes*

Para llevar a cabo el estudio se reclutaron 8 pacientes del Hospital Pare Jofré de Valencia (6 hombres y 2 mujeres), con una media de edad de 35,9 años (DT = 8,47). Seis de ellos con un diagnóstico de esquizofrenia, uno con el trastorno de Asperger y uno con otro trastorno del espectro esquizoafectivo.



## Procedimiento

Una vez los pacientes y sus familiares dan su consentimiento para la participación en el programa de rehabilitación, se inicia el proceso de evaluación inicial. La evaluación de las funciones neuropsicológicas se lleva a cabo antes y después de la aplicación del tratamiento de rehabilitación. Las pruebas utilizadas aparecen en la tabla 1. Un terapeuta formado en la administración del tratamiento aplica las tareas al grupo. Se lleva a cabo el tratamiento durante veinte sesiones con una duración media de una hora, a lo largo de 12 semanas. El mismo terapeuta se encarga de la administración de las pruebas de evaluación neuropsicológica y, además, realiza anotaciones sobre el cambio observable en las habilidades cognitivas de los pacientes.

Tabla 1  
Tests y funciones neuropsicológicas (Moro y Mezquita, 2013)

TEST/VARIABLE	REFERENCIA	FUNCIÓN	DEFINICIÓN CIF (OMS,OPS, 2001)	INCLUYE
CI abreviado de la Escala de inteligencia de Weschler (WAIS-III) para pacientes con esquizofrenia	Wechsler (1997) Fuentes <i>et al.</i> (2010)	Funciones intelectuales	Funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital.	Funciones del desarrollo intelectual, retraso intelectual.
Trail Making Test (TMT) parte A	Partington y Leiter (1949) Baremos en Lezak, (1995)	Atención	Funciones mentales específicas que permiten centrarse en un estímulo externo o experiencia interna durante el periodo de tiempo necesario.	Mantenimiento de la atención
Trail Making Test (TMT) parte B				Cambios en la atención
Dígitos (WAIS-III)	Wechsler (1997)	Memoria	Funciones mentales específicas relacionadas con el registro y almacenamiento de información, así como con su recuperación cuando es necesario.	Memoria a corto plazo auditiva
Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT)	Rey (1958)			Memoria a corto plazo visual
Clave de números (WAIS-III)	Wechsler (1997)			Memoria a largo plazo auditiva
RAVLT. Recuerdo A6 y A7	Rey (1958)			Memoria a largo plazo visual
Figura Compleja de Rey. Recuerdo	Rey (1999)			Memoria a largo plazo visual
RAVLT. Reconocimiento	Rey (1958)			Recuperación de la información de la memoria

TEST/VARIABLE	REFERENCIA	FUNCIÓN	DEFINICIÓN CIF (OMS,OPS, 2001)	INCLUYE
Figura Compleja de Rey. Copia	Rey (1999)	Percepción	Funciones mentales específicas relacionadas con el reconocimiento y la interpretación de los estímulos sensoriales.	Percepción visual
Figuras incompletas (WAIS-III)	Wechsler (1997)			
Semejanzas (WAIS-III)	Wechsler (1997)	Funciones cognitivas superiores	Funciones mentales específicas que dependen especialmente de la actividad de los lóbulos frontales del cerebro, incluyendo conductas complejas con propósito final tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, la planificación y realización de planes, la flexibilidad mental, y decidir cuál es el comportamiento adecuado en función de las circunstancias; que a menudo se denominan funciones ejecutivas.	Abstracción
Matrices (WAIS-III)				
Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS). Búsqueda de la llave	Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans (1996)			Organización y planificación
BADS. Mapa del Zoo				
TMT Parte A	Partington y Leiter (1949)			Manejo del tiempo
	Baremos en Lezak, (1995)			
TMT Parte B				
Clave de números (WAIS-III)	Wechsler (1997)			
Torre de Londres. Violación del tiempo	Shallice (1982)			
Brixton	Burgess y Shallice (1997)			Flexibilidad cognitiva
TMT Parte B	Partington y Leiter (1949)			
	Baremos en Lezak, (1995)			
Observación				Introspección
Semejanzas (WAIS-III)	Wechsler (1997)			
Brixton	Burgess y Shallice (1997)			Juicio
Torre de Londres. Respuestas correctas	Shallice (1982)			
Torre de Londres. Número de movimientos				Resolución de problemas
Torre de Londres. Violación de las reglas I y II				

## Análisis

Una vez recogidos los resultados de las pruebas neuropsicológicas antes y después de las sesiones se procedió al análisis estadístico de los datos. Tratándose de una muestra reducida, se calcularon correlaciones, pruebas T y las *des* de Cohen entre las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento.

## Resultados

En la tabla 2 se muestran los resultados de las pruebas estadísticas. Se han encontrado diferencias significativas y en la dirección esperada en los tests RAVLT A, que mide la memoria auditiva a largo plazo, Rey Memoria, un test utilizado para medir la memoria visual a largo plazo, y Dígitos de WAIS-III, que mide la memoria auditiva a corto plazo (véase tabla 2). Para comparar los resultados de la prueba Figura Incompletas utilizamos una prueba no paramétrica de Wilcoxon, que presenta una significación de 0,020.

Tabla 2  
Resultados de las pruebas estadísticas

		Línea Base		Pos-tratamiento		D de Cohen	Correlaciones pre- y postratamiento	Pruebas No Paramétricas
		Media	DT	Media	DT			
RAVLT A	Memoria auditiva a largo plazo	39,38	10,13	40,63	15,35	0,09	0,842**	
Rey Memoria	Memoria visual a largo plazo	14,9	8,56	18,9	10,78	0,42	0,748*	
Dígitos (WAIS-III)	Memoria auditiva a corto plazo	15,38	2,72	16,25	3,03	0,30	0,833**	
Figuras Incompletas (WAIS-III)	Percepción visual	14,63	5,99	20	4,1	1,05		Significación Wilcoxon 0,020

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ . Valores de  $d$  de Cohen de 0,20, 0,50 y 0,80 se corresponden con tamaños del efecto bajos, moderados y altos respectivamente (Cohen, 1992).

## Discusión y conclusiones

Este estudio está destinado a comprobar la eficacia de un tratamiento grupal de rehabilitación cognitiva en trastorno mental grave, el primer tratamiento de este tipo en España hasta la fecha. Los resultados van en la dirección esperada, replicando los hallazgos publicados sobre los efectos de la rehabilitación cognitiva individual en el desempeño cognitivo de los pacientes con trastorno mental grave (Brenner *et al.*, 1994; Delahunty y Morice, 1996; Wykes, *et al.*, 1999; Reeder *et al.*, 2004, Penadés y Gastó, 2009). Igual que en estudios anteriores, los resultados apuntan hacia una mejora en el funcionamiento de la memoria a corto y largo plazo y principalmente de la percepción visual (Wykes *et al.*, 2011). En apoyo a estos resultados vienen las observaciones clínicas sobre la mejora observada en aquellos pacientes que habían participado. La evolución de los pacientes, aunque aquí evaluada con pruebas neuropsicológicas, es visible en tareas y demandas generales diarias y también en las de comunicación social.

En conclusión, los resultados constituyen un primer respaldo empírico a la eficacia del programa de rehabilitación neurocognitiva y son alentadores para futuros estudios que subsanen ciertas limitaciones aquí presentes.

Una primera limitación del estudio fue el tamaño de la muestra. Debido a una muestra tan escasa, no se han podido llevar a cabo análisis estadísticos más complejos para indagar aún más en los efectos del tratamiento sobre el funcionamiento cognitivo. Otra limitación del estudio fue que, al someter la muestra a una evaluación de las funciones neuropsicológicas, no se pueden sacar conclusiones sobre una posible mejoría a nivel funcional. Para el futuro se aconseja una evaluación detallada del desempeño funcional, tanto a nivel de habilidades como a nivel de capacidades (Moro *et al.*, 2011), ya que si el objetivo último de la aplicación del tratamiento es la mejora del funcionamiento diario de los pacientes, este tiene que evaluarse en su estadio inicial y después de la aplicación del tratamiento.

## Referencias bibliográficas

- Aubin, G., Stip, E., Gélinas, I., Rainville, C. & Chapparo, C. (2009). Daily activities, cognition and community functioning in persons with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 107(2-3), 313-318.
- Bell, M. & Berson, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement? *Schizophr. Bull.* 27, 269-279
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. En G. Aschaffenburg (ed.), *Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. 4. Abteilung*, 1. Hälfte. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
- Brenner, H. D., Roder, V., Hodel, B., Kienzle, N., Reed, D. & Liberman, R. P. (1994). *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT)*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Burgess, P. W. & Shallice, T. (1997). *The Hayling and Brixton Test. Test manual*, Thames Valley Test Company, Bury St Edmunds, UK.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1): 155.
- Crawford, J. R., Obonsawin, M. C. & Bremner, M. (1993). Frontal lobe impairment in schizophrenia: relationship to intellectual functioning. *Psychological Medicine-London*, 23, 787-787.
- Culbertson, W. C. & Zillmer, E. A. (2001). *Tower of London—Drexel University (TOL<sup>DX</sup>)*, MultiHealth Systems, Toronto.
- Delahunty, A. & Morice, R. (1996). Rehabilitation of Frontal/Executive Impairments in Schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30 (6): 760-767.

- Fuentes Durá, I. y otros (2010). Versión abreviada del WAIS-III para su uso en la evaluación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 22 (2): 202-207.
- Godbout, L., Limoges, F., Allard, I., Braun, C. M. & Stip, E. (2007). Neuropsychological and activity of daily living script performance in patients with positive or negative schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 48(3), 293-302.
- Goff, D. C., Hill, M. & Barch, D. (2011). The treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 99(2), 245-253.
- Green M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-30.
- Green, M. F. (2006). Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 3.
- Harvey, P. D., Wingo, A. P., Burdick, K. E. & Baldessarini, R. J. (2010). Cognition and disability in bipolar disorder: lessons from schizophrenia research. *Bipolar disorders*, 12(4), 364-375.
- Heinrichs, R. W. & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12(3), 426.
- Hellvin, T., Sundet, K., Simonsen, C., Aminoff, S. R., Lagerberg, T. V., Andreassen, O. A. & Melle, I. (2012). Neurocognitive functioning in patients recently diagnosed with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 14(3), 227-238.
- Kurtz, M. M., Moberg, P. J., Ragland, J. D., Gur, R. C. & Gur, R. E. (2005). Symptoms versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in schizophrenia: a 1-and 4-year prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 167-174.
- Leifker, F. R., Bowie, C. R. & Harvey, P. D. (2009). Determinants of everyday outcomes in schizophrenia: the influences of cognitive impairment, functional capacity, and symptoms. *Schizophrenia research*, 115(1), 82.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3.<sup>a</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Reinares, M. & Salazar, M. (2004). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar disorders*, 6(3), 224-232.
- Medalia, A., Revheim, N. & Herlands, T. (2009). *Cognitive remediation for psychological disorders: therapist guide*. Oxford University Press, EE. UU.
- Miyamoto, S., Duncan, G. E., Marx, C. E. & Lieberman, J. A. (2004). Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs. *Molecular psychiatry*, 10(1): 79-104.
- Moritz, S., Woodward, T. S. & Metacognition Study Group (2007). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT). *Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag*.
- Moro Ipola, M. y otros (2011): «Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave». *Norte de Salud Mental*, 41(IX): 59-72.
- Moro Ipola, M. & Mezquita, L. (2013). Pon en forma tus neuronas: Programa de rehabilitación cognitiva para trastorno mental grave. Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Partington, J. E. & Leiter, R. G. (1949). Partington's Pathway Test. *The Psychological Service Center Bulletin*, 1, 9-20
- Patel, A., Knapp, M., Romeo, R., Reeder, C., Matthiasson, P., Everitt, B. & Wykes, T. (2010). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: cost-effectiveness analysis. *Schizophrenia research*, 120(1), 217-224.
- Penadés, R. y otros (2010): «Executive function needs to be targeted to improve social functioning with Cognitive Remediation Therapy (CRT) in schizophrenia», *Psychiatry Research*, 177: 41-45.

- Penadés, R. & C. Gastó, (2010): *El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*, Herder, Barcelona.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Bingham, S. & Collins, J. (2008). Association of symptomatology and cognitive deficits to functional capacity in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 99(1), 192-199.
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B. & Rejas, J. (2008). Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 99(1-3): 139.
- Purdon, S. E. (2005). The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP): Administration Manual and Normative Data. *PNL Inc, Edmonton, Alberta*.
- Reeder, C., Newton, E., Frangou, S. & Wykes, T. (2004). Which executive skills should we target to affect social functioning and symptom change? A study of a cognitive remediation therapy program. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 87-100.
- Rey, A. (1999). *Rey: Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*, TEA, Madrid.
- Roder, V. (2006). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia*, Alborán, Granada.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centered therapy: its current practice, implications, and theory*, Houghton Mifflin, Oxford.
- Semkovska, M. y otros (2004). «Assessment of executive dysfunction during and activity of daily living in schizophrenia», *Schizophrenia Research*, 69: 289-300.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 298 (1089), 199-209.
- Sohlberg, M. & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*, Guilford Press, New York.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-third edition (WAIS-III). Administration and scoring manual*, The Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Wilson, B. A. (1997). «Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be», *Journal of International Neuropsychological Society*, 3, 487-496.
- Wykes, T., Reeder, C., Corner, J. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 199-207.
- Wykes, T., Reeder, C., Corner, J. et al. (2003). Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61, 163 -174.
- Wykes, T. & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: theory and practice*, Routledge, London.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R. & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485.

## Discapacidad en no discapacitados

### Relación entre funciones cognitivas y autonomía

SARA COTANDA CANELLES  
al117160@uji.es

YASMINA NAVIDAD BERNAT  
al118172@uji.es

SHEILA OLIVAS DEL OLMO  
al117166@uji.es

LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN  
lmezquit@psb.uji.es

MICAELA MORO IPOLA  
moro@psb.uji.es

#### Resumen

**Introducción:** La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001) plantea un nuevo concepto de discapacidad que es aplicable a todas las personas (no solo a los que tengan cierta condición de salud), a lo largo de toda la vida y en todas las culturas. Propone a los investigadores estudiar las relaciones entre condiciones de salud y la discapacidad. Concretamente, la relación entre funciones cognitivas y discapacidad se ha estudiado en diferentes trastornos psiquiátricos y neurológicos. Este trabajo estudia la relación entre funcionamiento cognitivo y discapacidad en una muestra de controles sanos. **Método:** La muestra estaba formada por 23 personas, entre 18 y 65 años, sin enfermedad crónica ni discapacidad reconocida oficialmente. Se les administraron varias pruebas neuropsicológicas de inteligencia, atención, memoria, percepción y funciones ejecutivas y las escalas Aprendizaje, Comunicación, Tareas y demandas generales, Autocuidado y Cuidado de la Salud, de la batería BECAD. se realizaron correlaciones bivariadas entre las escalas de la BECAD y las distintas pruebas neuropsicológicas. **Conclusiones:** La CIF plantea que los conceptos de capacidad y discapacidad son universales, no aplicables solo a grupos específicos. Cualquier persona, en algún ámbito o momento de su vida, puede tener problemas para desempeñar una actividad. En nuestra muestra, las actividades relacionadas con el Autocuidado no presentan problemas, sin embargo, en Tareas generales o en Cuidado de la salud, encontramos diferencias individuales, relacionadas con la inteligencia y las funciones ejecutivas. Las actividades relacionadas con el Aprendizaje, que en nuestra muestra presentan problemas leves, aparecen relacionadas con la inteligencia, abstracción y memoria.

**Palabras clave:** funciones cognitivas, discapacidad, tests neuropsicológicos.

## Abstract

**Introduction:** The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001) proposes a new concept of disability. It concerns to all people (not just those with certain health conditions), over the lifetime and in all cultures. The ICF proposes researchers to study the relationship between health conditions and disability. Specifically, the relationship between cognitive functions and disability has been studied in various psychiatric and neurological disorders. This paper studies the relationship between cognitive functioning and disability in a sample of healthy controls. **Method:** The sample consisted of 23 people, aged 18 to 65 years, without chronic disease or disability. Several neuropsychological tests assessing intelligence, attention, memory, perception and executive functions and the scales Learning, Communication, General tasks and demands, Self Care and Health Care from the BECAD battery, were administered. Bivariate correlations between the BECAD scales and the neurological tests were performed. **Conclusion:** The ICF states that the concepts of ability and disability are universal, not applicable only to specific groups. So, everybody, in several domains or life times, may have problems performing some activity. In our sample, the self-care activities present no problems, however, in the scales General Tasks or Healthcare, we found individual differences, that were related to intelligence and executive functions. The activities related to Learning, which in our sample have mild problems, are related to intelligence, memory and abstraction.

**Keywords:** cognitive functions, disability, neuropsychological tests.

## Introducción

El marco teórico de esta investigación se centra en el concepto de discapacidad y su relación con las funciones cognitivas. La cuestión que vamos a responder es qué grado de capacidad tienen un grupo de personas sanas, dependiendo del dominio de la tarea a ejecutar. La hipótesis que intentaremos demostrar es que todos podemos presentar, en ciertas circunstancias, cierto grado de discapacidad y que existe una relación entre determinadas funciones mentales y las limitaciones para realizar ciertas actividades.

La discapacidad, habitualmente, se suele asociar a problemas físicos o sensoriales (personas en sillas de ruedas, ciegos, etc.) olvidando la parte de la discapacidad más oculta, es decir, la mental. A lo largo de este artículo, ampliaremos el concepto abarcando otros aspectos de la discapacidad.

Según la CIF (OMS, 2001), la discapacidad se entiende como las «consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo», es decir, engloba los déficits (pérdida o anomalía de una estructura anatómica o función fisiológica o psicológica) las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación social. La CIF también ha realizado importantes aportaciones al marco teórico de la discapacidad y el funcionamiento humano, como el reconocimiento de que no es suficiente el diagnóstico para un tratamiento eficaz (por lo tanto se plantea como complementaria a la clasificación internacional de enfermedades, CIE), (Cieza y Stucky, 2008, Reed, Spaulding y Burfka, 2009). Además, proporciona un lenguaje común para mejorar la comunicación entre profesionales (Mueller *et al.*, 2008) y concede a los factores contextuales un papel relevante en la determinación de la discapacidad (OMS, 2002).



Al mismo tiempo, el concepto «discapacidad» es utilizado universalmente, tanto en el lenguaje cotidiano como en la literatura profesional y científica. De este modo, resulta un concepto ambiguo ya que, podría referirse tanto a una anormalidad funcional o estructural del propio cuerpo (ej.: pérdida de un brazo), como a un problema de actuación o comportamiento a nivel individual (ej.: ser incapaz de conducir) o incluso, en relación al ámbito social, podría entenderse como una desventaja en participación debido a los problemas funcionales en el ámbito corporal o personal (ej.: perder el trabajo o que te denieguen el permiso de conducir). Para evitar la confusión entre estas tres dimensiones, muy diferentes entre sí, la CIDDM (OMS, 1980) utilizó el concepto «discapacitación» encubriendo las tres a la vez bajo un mismo nombre. Tras una revisión, la CIF (OMS, 2001) renombró los términos por «estructuras y funciones corporales» (para referirse al déficit), «actividad» (para referirse a discapacidad a nivel individual) y participación social (para referirse a minusvalía) dando lugar a la estructura que comentaremos a continuación.

La CIF está estructurada en dimensiones de funcionamiento con categorías, o dominios para cada dimensión. Las dimensiones son: funciones y estructuras corporales, actividades a nivel individual y participación en sociedad. Los problemas en las funciones o estructuras corporales equivalen a los déficits, mientras que la discapacidad sería resultado de limitaciones en las actividades o restricciones en la participación social. A diferencia de la clasificación anterior a la CIF, (CIDDM, 1980) las relaciones entre condición de salud, déficit y discapacidad no son lineales. Por ejemplo: una determinada condición de salud, como la epilepsia, que es debida a una alteración estructural (lóbulo temporal), puede implicar una restricción en la participación social, debida al estigma, sin que exista una limitación significativa de las capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida.

Además de esta estructura, la CIF asume un enfoque teórico que se caracteriza por una serie de principios, concretamente, seis: neutralidad, universalidad, modelo integrador, modelo interactivo, integración del contexto e interculturalidad. El principio de neutralidad, afirma que la clasificación no asume causalidad sino que son los investigadores los que deben estudiar cada caso individualmente. La universalidad, por otro lado, concluye que cualquier persona puede tener cierto grado de discapacidad. La CIF adopta un modelo integrador, que incluye y supera los modelos médico y social de la discapacidad. El esquema interactivo, a diferencia del lineal de la CIDDM, apoya la relación entre la estructura y sus dimensiones (participación, actividades...). La integración del contexto, incluye factores personales pero tiene en cuenta también los ambientales. Finalmente, la interculturalidad tiene en cuenta el ámbito internacional del proyecto.

Nuestro trabajo de investigación forma parte de otro proyecto más amplio cuyo objetivo es el desarrollo y validación de un instrumento de evaluación denominado BECAD (Batería de evaluación de la capacidad y el desempeño), basado en el capítulo de Actividades y Participación de la CIF y subvencionado por la Fundación Caixa Castelló-Bancaixa.

Con este trabajo se intenta demostrar la relación entre una serie de funciones mentales (atención, memoria, juicio, solución de problemas) y la capacidad para la realización de las actividades descritas en la CIF. En el estudio participan tres muestras: grupo con daño cerebral adquirido, grupo con trastorno mental grave y grupo control. El objetivo de este trabajo, específicamente, es estudiar si el grupo control puede tener dificultades en alguna de las actividades evaluadas, concluyendo que cualquier persona puede tener un cierto grado de discapacidad, entendida esta como limitación a la hora de realizar alguna determinada tarea y, además, estudiar la posible relación entre estas posibles limitaciones y las funciones cognitivas.

## Método

### *Sujetos*

Para seleccionar la muestra del estudio tuvimos en cuenta criterios de edad (entre 18 y 65 años) y de salud (ausencia de enfermedad crónica y discapacidad reconocida oficialmente). La muestra se obtuvo mediante el método de –bola de nieve–. La muestra definitiva estaba formada por 22 sujetos, de los cuales 8 eran hombres y 14 mujeres.

La administración de la prueba (tests neuropsicológicos y BECAD) para cada sujeto oscilaba entre los 50 o 60 minutos. La duración total para toda la muestra fue aproximadamente de 22 horas.

### *Instrumentos de evaluación*

Dividimos la investigación en dos clases de instrumentos, aquellos tests destinados a evaluar funciones cognitivas y la Batería de Evaluación de la Capacidad y Desempeño (BECAD).

Los primeros instrumentos de evaluación utilizados fueron los test neuropsicológicos, que evaluaban diferentes funciones cognitivas:

- Funciones intelectuales. Comprenden las funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar las diferentes funciones cognitivas. Para su evaluación se utilizó la tarea de Vocabulario (Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos III, WAIS-III, Weschler, 1997).
- Atención. Dentro de esta se encuentra el mantenimiento y cambio de atención. El test utilizado fue Trail Making Test, tanto la parte A como la B (Partington y Leiter, 1949; Lezak, 1995).
- Memoria. Dentro de esta función evaluamos memoria a corto plazo auditiva (Dígitos (WAIS III, Wechsler, 1997) y Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey (RAVLT, Rey, 1958), memoria a corto plazo visual (Clave de números, WAIS III, Wechsler, 1997)), memoria a largo plazo auditiva (RAVLT y recuerdo A6 y A7, Rey, 1958), memoria a largo plazo visual (Figura compleja de Rey, recuerdo), recuperación de la información (RAVLT, reconocimiento, Rey, 1958).
- Percepción. Está relacionada con el reconocimiento y la interpretación de los estímulos sensoriales. Nuestro estudio se centró en la percepción visual, evaluándola mediante la Figura Compleja de Rey (copia) (Rey, 1999).
- Funciones cognitivas superiores (funciones ejecutivas). Estas engloban la abstracción (Semejanzas y Matrices, WAIS III, Wechsler, 1997), manejo del tiempo (TMT, parte A y B, Partington y Leiter, 1949; Lezak, 1995), clave de números ((WAIS III, Wechsler, 1997; Torre de Londres, Shallice, 1982), juicio (Semejanzas, WAIS III, Wechsler, 1997) y por ultimo resolución de problemas (Torre de Londres, Shallice, 1982).

En segundo lugar nos centramos en evaluar el grado de capacidad y desempeño de la muestra mediante la BECAD. La batería estaba formada por diferentes factores divididos en dos áreas.

El área de cognición y conducta, engloba aquellas actividades relacionadas con las funciones cognitivas de aprendizaje, dentro de estas se encuentran actividades como repetir, copiar, adquisición de habilidades sencillas y complejas, aplicación de conocimientos apren-

didados, pensamiento, resolución de problema y toma de decisiones. Otra función cognitiva que engloba es la comunicación, referido tanto a la recepción como a la expresión del lenguaje oral, signos o símbolos incluyendo instrumentos y técnicas de comunicación. Por último, el factor de tareas y demandas generales incluye las actividades cotidianas que impliquen rutinas y regulación de estrés.

Por otra parte el área de actividades de la vida diaria (por ejemplo la higiene, la alimentación y el vestido), está formada por los siguientes factores: autocuidado y cuidado de la salud.

### *Instrucciones y material*

#### WAIS III

Dígitos. Está formado por dos subpruebas: dígitos en orden directo (se le dicta al sujeto una lista de números y debe repetirlos en el mismo orden) y dígitos en orden inverso (se le dicta otra lista distinta de números y debe repetirlos en orden inverso).

Clave de números. Se proporciona una tabla que comprende los números del 1 al 9 y cada uno de ellos se corresponde con un símbolo. El sujeto tiene que codificar cada número con su símbolo hasta que finalice el tiempo establecido.

Vocabulario. La tarea consiste en que el sujeto describa el significado de una lista de palabras.

Matrices. El test consiste en mostrarse de dibujos incompletos. El sujeto tendrá que decidir la respuesta correcta que complete cada dibujo a elegir entre 5 opciones.

Semejanzas. Se le proporciona al sujeto una lista de palabras emparejadas y debe decir en que se parecen.

#### *Trail Making Test (TMT)*

Está dividido en dos partes. La parte A consiste en unir diferentes puntos siguiendo el orden ascendente de los números (del 1 al 25). En la parte B, la tarea a realizar es la misma pero se deben unir los puntos siguiendo el orden ascendente tanto de números (del 1 al 13) como de letras (de la A a la L). Se cronometrará el tiempo empleado en la realización de ambas partes.

#### *Aprendizaje auditivo verbal de Rey (AVLT)*

La prueba consiste en la lectura en voz alta de dos listas de las cuales la primera se le repetirá 5 veces y la segunda una única vez. Tras 20 minutos se le pedirá al sujeto que recuerde las palabras de la primera lista. Por último se le leerán palabras tanto de la lista A como de la B y se le pedirá que las clasifique según la lista.

#### *Test de la Figura compleja de Rey*

Se le mostrará al sujeto una lámina con una figura y este, en primer lugar, deberá copiarla para posteriormente reproducirla mediante su memoria. A lo largo de la prueba se tiene en cuenta el tiempo que necesite tanto para copiar la figura como para recordarla.

#### *Test de Brixton de anticipación espacial*

Al sujeto se le presentarán una serie de láminas en las cuales aparecerán 9 círculos en que uno de ellos estará señalado de negro. A medida que pasa la tarea, la posición del círculo negro irá cambiando de tal manera que el sujeto deberá inferir que regla se está

utilizando y decir que posición ocupara el círculo en la siguiente lámina. El sujeto ha de tener en cuenta que la norma irá cambiando a lo largo de la tarea.

**Test de la Torre de Londres**

Se necesita una base de madera con tres listones y tres piezas esféricas de colores. En cada ensayo, el experimentador le muestra al sujeto una combinación de las tres piezas esféricas y este deberá imitarla con el mínimo de movimientos posibles y atendiendo a una serie de reglas. A la hora de realizar cada uno de los ensayos, se tendrá en cuenta el tiempo empleado.

**Resultados**

A continuación vamos a centrarnos en la descripción de los resultados obtenidos en los diferentes factores que constituyen la BECAD, puesto que son los que muestran el grado de discapacidad que pueden llegar a tener los sujetos de nuestra muestra control (figura 1). Por tanto, y describiendo ya los resultados, podemos observar en el factor aprendizaje y aplicación del conocimiento que las puntuaciones medias fueron altas (media = 3,7528, Desviación Típica = 0,1936), resultado esperado, ya que los componentes de la muestra tenían todos estudios primarios, como mínimo. En cuanto al factor de comunicación, las puntuaciones medias (3,877) y la desviación típica (0,1137) muestran que no hay problemas en este factor. Sin embargo, en el factor de tareas y demandas generales, encontramos diferencias individuales más altas (0,4726) y una media de 3,400. Respecto al Autocuidado, las puntuaciones medias (4,00) obtenidas en esta variable son las más altas debido a que los participantes no tienen dificultades en la higiene personal ( ducharse, vestirse). Por último el Cuidado de la salud, presenta altas puntuaciones medias (3,8561) indicando que la mayoría de los participantes tenían hábitos saludables. Sin embargo, la desviación típica (0,1481) muestra que algunos de ellos mantienen conductas como fumar y beber entre otras.

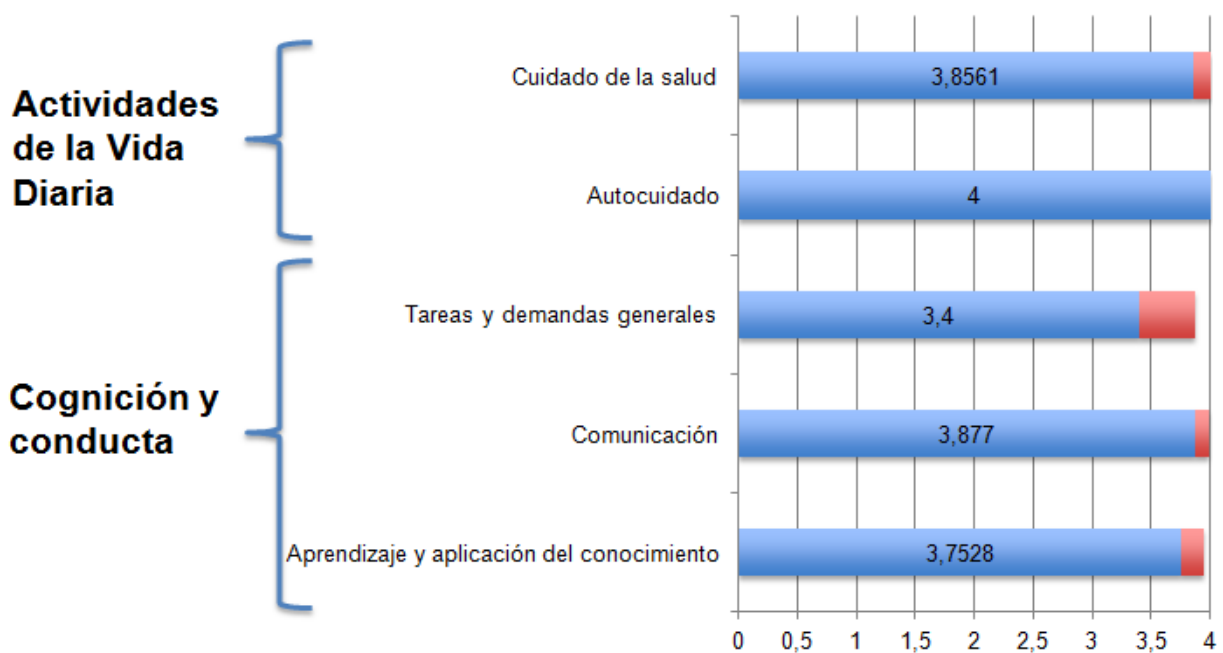
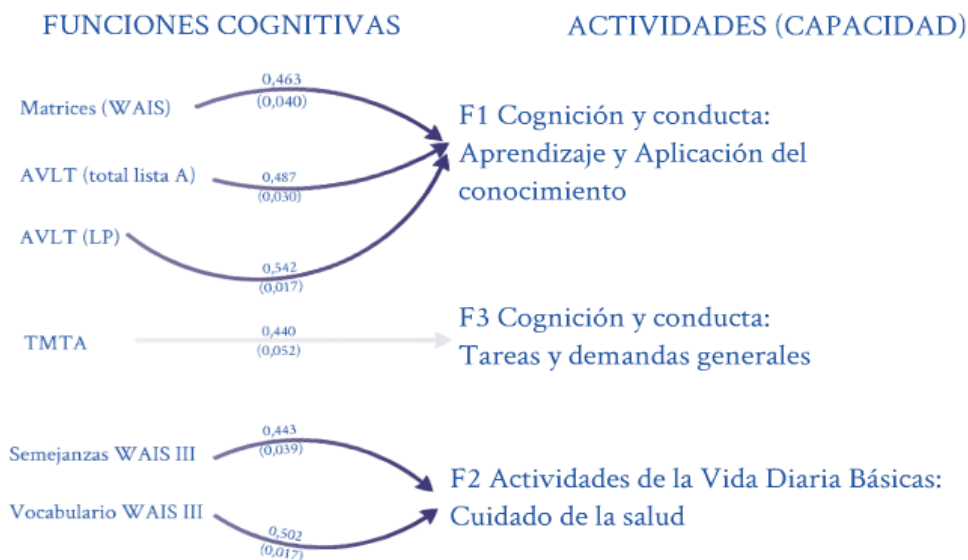


Figura 1. Puntuaciones medias y desviaciones típicas de los diferentes factores (BECAD)

En cuanto a la relación de los resultados obtenidos en los dos tipos de instrumentos utilizados (véase tabla 1), podemos observar como hay una correlación significativa entre las pruebas de Matrices (WAIS III) y el test de Aprendizaje Verbal de Rey (recuerdo inmediato y a largo plazo) con el factor de Aprendizaje y Aplicación del conocimiento. Por otra parte en la prueba de secuenciación y velocidad, la cual mide atención, observamos correlaciones moderadas aunque no llegan a ser significativas con el factor de tareas y demandas generales.

En último lugar las pruebas pertenecientes al WAIS III, Semejanzas y Vocabulario, correlacionan significativamente con el factor de actividades básicas de la vida diaria, concretamente con el cuidado de la salud.

Tabla 1  
Relación entre funciones cognitivas y actividades (capacidad)



### Discusión y conclusiones

La discapacidad asociada a enfermedades crónicas y al envejecimiento de la población es un problema sanitario creciente sobre el que la Organización Mundial de la Salud lleva trabajando desde hace más de una década, y se refleja en la publicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Disponer de un modelo teórico adecuado es crucial para dar respuesta a este problema sanitario y social. Pero, además, son necesarios instrumentos de evaluación adecuados, como pretende ser la BECAD. Conocer qué funciones concretas afectan a la capacidad para realizar diferentes actividades de forma autónoma es importante tanto desde un punto de vista teórico como para la intervención, ya que si las funciones se pueden recuperar (por ejemplo, mediante programas de rehabilitación cognitiva), la discapacidad provocada por estas puede reducirse.

Además de las condiciones de salud, existen características de las personas que pueden estar asociadas con la discapacidad, como señalan Chibnall y Tait (1994), que encuentran una relación entre discapacidad y edad en una muestra de sujetos con dolor crónico, así como también, se encuentra la existencia de un pequeño pero significativo efecto del género. Sin

embargo, otros estudios confirman una ausencia de relación entre la discapacidad y el género para la misma muestra de sujetos. En otro estudio, llevado a cabo por Tait *et al.* (2005), se encontraron mayores puntuaciones en discapacidad para el sexo femenino a diferencia del masculino, mostrando que el género tenía una clara influencia en la discapacidad. Como se puede observar, la discapacidad presenta una cierta influencia dependiendo de las características personales de los sujetos aunque, todavía existen estudios contradictorios y no podemos afirmar la dirección de esta influencia. Concretamente, en nuestra muestra, no hemos encontrado diferencias significativas en función del género.

El cálculo de la discapacidad es crucial y por ello, en un artículo de investigación denominado «What is normal disability? An investigation of disability in the general population» (Mewes, R. *et al.*, 2009) se habla de esta noción, investigando con pacientes afectados, pero sin olvidar la necesidad de comparación con una muestra control para decidir si la muestra clínica está cerca de la media con discapacidad grave. Para ello, esta investigación ha utilizado uno de los instrumentos más frecuentes para evaluar la discapacidad en pacientes afectados por el dolor: «The Pain disability Index (PDI) para la población general». Este estudio, en cierta medida, se puede parecer a nuestro trabajo, ya que, trata el concepto de discapacidad y estudia como evaluarla, sin embargo, nuestro proyecto, evalúa mediante la BECAD (entre otros) y estudia la discapacidad desde otro punto de vista, concretamente atendiendo a la relación entre funciones cognitivas y autonomía.

Centrándonos en los resultados concretos de nuestro trabajo, en nuestra muestra de controles sanos, ninguno tiene problemas en las actividades que tienen que ver con la autonomía más básica: higiene, vestido, alimentación, etc. Sin embargo, sí que hay diferencias entre unas personas y otras en las actividades relacionadas con la aplicación del conocimiento, la planificación, regulación de tareas cotidianas, el manejo del estrés y el cuidado de la salud (relacionado con conductas como fumar y beber entre otras). Por lo tanto, nuestros resultados confirman el planteamiento de la CIF en el sentido de que la discapacidad es un fenómeno multidimensional (existen diferentes ámbitos y áreas de la vida en la que se pueden encontrar dificultades) y universal (aplicable a todas las personas y no a determinados grupos con una cierta condición de salud).

También hemos confirmado la relación entre los problemas para realizar algunas actividades y diferentes niveles de funcionamiento cognitivo, aún dentro de niveles no patológicos, ya que se trataba de una muestra de controles sanos. Concretamente, la capacidad de abstracción espacial (o factor G de inteligencia) y la memoria verbal, nos aparecen relacionados con mayor capacidad en tareas de aprendizaje y aplicación del conocimiento y además, encontramos una correlación cercana a la significación entre el TMT A (secuenciación) y la capacidad de planificar y llevar a cabo tareas cotidianas.

Por otra parte, en los resultados se indica que existe una relación entre la prueba de Vocabulario (un indicador de CI) y la abstracción verbal (semejanzas), ya que aparecen relacionadas con la capacidad para llevar a cabo actividades de cuidado de la salud (conductas saludables, seguir tratamientos médicos, prevención de embarazo y no consumo de tóxicos).

Para finalizar, tenemos que señalar una serie de limitaciones de este estudio. En primer lugar, las pruebas estadísticas utilizadas, correlaciones, indican varianza conjunta de dos medidas, pero no son una prueba de causalidad. Por tanto, necesitamos obtener una muestra de sujetos más amplia y más variada, que nos permita utilizar otras pruebas estadísticas más adecuadas, como ecuaciones de regresión. Además, quedan por evaluar otras variables que pueden ser interesantes, como las características de personalidad (incluidas en el capítulo de funciones mentales de la CIF), que podrían estar relacionadas con algunas de las actividades evaluadas en la BECAD.

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, por lo que está previsto ampliar tanto la cantidad como la variedad de la muestra, así como de las variables estudiadas.

## Referencias bibliográficas

- Burgess, P. W. & Shallice, T. (1997). *The Hayling and Brixton Test*. Test manual, Thames Valley Test Company, Bury St Edmunds, UK.
- Chibnall, J. T. & Tait, R. C. (1994). *The Pain Disability Index: factor structure and normative data*. Arch Phys Med Rehabil; 75: 1082-6.
- Cieza, A., Hilfiker, R., Chatterjic, S. et al. (2009). *The International Classification of Functioning, Disability, and Health could be used to measure functioning*. Journal of Clinical Epidemiology. 62 899-911.
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad (CIDDM). OMS. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1986.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3.<sup>a</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Mewes, R. et al. (2009). *What is "norma" disability? An investigation of disability in the general population*. 142: 36-41.
- Moro, M. & Mezquita, L. (2013) Desarrollo y validación de la BECAD: un instrumento de evaluación basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 11-24.
- Moro, M. & Mezquita, L. (2013) *Pon en forma tus neuronas: Programa de rehabilitación cognitiva para trastorno mental grave*. Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Mueller M., Boldt, C., Grill, E. et al. (2008). *Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation*. BMC Nursing. 7: 3.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Partington, J., E. & Leiter, R., G. (1949): Partington's pathway test, The Psychological Service Center Bulletin, 1: 11-20.
- Reed, G. M., Spaulding, W. D. & Bufka, L. F. (2009). *The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to mental disorders and their treatment*. European Journal of Disability Research. 3: 340-359.
- Rey, A. (1958). *L'examen clinique en psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Rey, A. (1999). Rey: Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas, TEA, Madrid.
- Shallice, T. (1982). «Specific impairments of planning», Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological sciences, 298: 199-209.
- Tait, R. C., Pollard, C. A., Margolis, R. B., Duckro, P. N. & Krause, S. J. (1987). *The Pain Disability Index: psychometric and validity data*. Arch Phys Med Rehabil; 68: 438-441.
- Tait, R. C. & Chibnall, J. T. (2005). *Factor structure of the Pain Disability Index in workers' compensation claimants with lower back injuries*. Arch Phys Med Rehabil; 86: 1141-1146.
- Villanueva López, C., Eusebio Leyba, J. & Peralta Sánchez, V. (2005). *Las clasificaciones de la enfermedad y la discapacidad de la OMS*.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-third edition (WAIS-III)*. Administration and scoring manual, The Psychological Corporation, San Antonio, TX.





## Elegir entre consumir dulces o hacer ejercicio depende de la modulación dopaminérgica en el circuito cerebral que regula la motivación

MARTA PARDO ANDRÉS  
mpardo@psb.uji.es

PILI BAYARRI ITURRALDE  
pili.bayarri@hotmail.com

LAURA LÓPEZ CRUZ  
lcruz@psb.uji.es

NOEMÍ SAN MIGUEL SEGURA  
al117598@alumail.uji.es

MERCÈ CORREA SANZ  
correa@psb.uji.es

### Resumen

**Introducción:** Los organismos continuamente toman decisiones basadas en el valor de los reforzadores y los costes que suponen las respuestas para conseguirlos. La magnitud del esfuerzo que la conducta a ejecutar requiere, influye en esas decisiones. La dopamina (DA) en el núcleo accumbens (Nacb), es uno de los neurotransmisores centrales en la regulación de la toma de decisiones basada en el esfuerzo. La adenosina es un neuromodulador cuyos receptores interactúan de manera antagonística con los receptores de DA en el Nacb y otras estructuras del circuito motivacional. **Métodos:** Ratones carentes del receptor  $A_{2A}$  ( $A_{2A}$ RKO) o sus controles recibieron haloperidol, un antagonista de los receptores de DA  $D_2$ , los cuales están co-localizados con los receptores de adenosina  $A_{2A}$ , y fueron evaluados en un paradigma de elección entre reforzadores. Se evaluaron dos aspectos fundamentales de la motivación: aspectos activacionales y direccionales. **Resultados:** En el laberinto en T los animales control eligieron pasar más tiempo corriendo en una rueda de actividad que consumiendo comida dulce. El antagonista de los receptores  $D_2$  redujo esta preferencia haciendo que los animales consumieran más dulces. Esto no es un fenómeno de saciedad, ya que cuando a los animales, previamente al test, se les dejaba saciarse de correr y de comer dulce, reducían su contacto con ambos reforzadores. Los animales  $A_{2A}$ RKO fueron resistentes a los efectos del haloperidol y no redujeron su preferencia por correr en detrimento del consumo de dulces. **Discusión:** Estos datos pueden contribuir al conocimiento de los mecanismos implicados en síndromes como la anergia que aparece en muchas patologías tales como la depresión.

**Palabras clave:** toma de decisiones; esfuerzo; activación conductual; anergia;  $A_{2A}$ RKO; laberinto en T.

## Abstract

**Introduction:** Organisms continuously make decisions based on the value of a reward and the costs to get it. The magnitude of the effort required to procure the reward influences those decisions. Dopamine (DA) in the motivational circuit, and specifically in nucleus accumbens (Nacb), is one of the key neurotransmitters involved in effort-based decision making. DA  $D_2$  receptors are colocalized with adenosine  $A_{2A}$  receptors and they interact in an antagonistic manner. **Methods:** Wild type (WT) and  $A_{2A}$  receptor knockout ( $A_{2A}$ RKO) mice were used to explore DAergic involvement in the activational and directional components of motivated behaviors when multiple reinforcers are available. **Results:** A T-maze task was developed for the assessment of preference between physical activity (wheel running) in one arm and a dish with freely available sucrose pellets in the other. Under basal conditions, WT mice spent more time running and less consuming sucrose. After receiving haloperidol WT animals spent less time running, but increased time consuming sucrose and the amount consumed.  $A_{2A}$ RKO mice did not shift to the less effort-requiring reinforcer, although, like the WT mice, they did reduce sucrose consumption when sucrose was devalued after free sucrose consumption. **Discussion:** Adenosine  $A_{2A}$ RKO mice show resistance to the effects of haloperidol. These results indicate that after DA antagonism, the preference for vigorous physical activity is reduced, while sucrose reinforcement remains intact. These data may contribute to our knowledge of the mechanisms involved in syndromes such as anergy shown in many pathologies such as depression.

**Keywords:** exercise, motivation, obesity, dopamine, accumbens.

## Introducción

La dopamina (DA) en el núcleo accumbens (Nacb) es un componente importante del circuito neural que regula la activación conductual y la habilidad de los organismos para afrontar tareas que implican un coste de respuesta en conductas motivadas (Salamone y Correa 2012; Robbins y Everitt 2007). Los efectos de la depleción de DA en Nacb o el antagonismo de los receptores de DA sobre conductas reforzadas por comida interactúan con los requerimientos de la tarea instrumental a realizar. La investigación realizada con tareas de elección que implican diferentes reforzadores obtenidos con diferentes requerimientos de tarea han mostrado que roedores con estas manipulaciones redirigen su conducta lejos de las tareas reforzadas que requieren mayor esfuerzo (p. ej., ratio de requerimiento, actividades vigorosas como trepar), eligiendo conductas menos demandantes (Salamone y Correa, 2012; Pardo *et al.*, 2012).

Un considerable número de estudios muestra que además de que la actividad física es un requerimiento para poder obtener acceso a estímulos motivantes, también puede tener propiedades motivacionales o reforzantes per se. Correr, al igual que otras conductas apetitivas, parece estar regulado motivacionalmente (Mueller *et al.*, 1997). En investigación con roedores, una de las actividades más estudiadas es la actividad en una rueda de actividad (RA) (Sherwain, 1998). Así pues, correr en una RA puede ser usado como estímulo motivacional para el establecimiento de preferencia de lugar condicionada (Lett *et al.*, 2000), y como reforzador explícito en procedimientos de condicionamiento operante. Pero la elección de hacer voluntariamente actividad física puede depender de otras posibles alternativas, como mantener conductas sedentarias, consumir drogas de abuso o comida. Por ejemplo, si una RA se presenta en un contexto

complejo que ofrece más alternativas como drogas de abuso, las ratas pasarán un tiempo considerable haciendo actividad en las RA (McMillan *et al.*, 1995; Kanarek *et al.*, 1995; Cosgrove *et al.*, 2002), y lo mismo ocurre cuando la opción es entre comida y RA; las ratas a menudo eligen rodar frente a comer (Epling y Pierce, 1992; Routtenberg, 1968), y el consumo de comida decrece en días en que las ratas tienen acceso a las RA (Mueller *et al.*, 1997).

Dado que el nivel de actividad y esfuerzo depende de los niveles DA en el Nacb, en el presente estudio, se desarrolló un modelo de elección en roedores para la investigación de la implicación de la DA en la toma de decisiones que permite la selección voluntaria de actividad física frente al consumo de comida dulce. Se empleó un laberinto con varios brazos permitiendo a los ratones elegir entre un brazo en el cual es posible hacer ejercicio en una RA frente a la opción de un segundo reforzador en otro brazo; bolitas de comida con un 50 % de sacarosa. Con este paradigma se estudió el impacto del antagonismo de DA y se comparó este efecto con condiciones en las que se redujo la motivación hacia los reforzadores mediante saciación previa sesión de test para estudiar los componentes activacional y direccional de la conducta motivada. Además se estudió la interacción adenosina-DA debido a la reciente evidencia que muestra la co-localización de los receptores  $D_2$ - $A_{2A}$  cuyo efecto es opuesto en la activación de la cascada intracelular en el mismo tipo de neuronas del Nacb (Ferré, 2008).

## Materiales y métodos

### *Animales*

Ratones carentes del receptor  $A_{2A}$  ( $A_{2A}$  RKO) y sus controles (WT) de la misma camada (N = 9 y 8 respectivamente) pesaron 25-30 g al inicio del estudio (Université Libre de Bruxelles, Bruselas, Bélgica; Ledent *et al.*, 1997). Todos los ratones se estabularon en grupos con paja estándar de laboratorio para roedores y agua disponible *ad libitum*. Los animales se mantuvieron a  $22 \pm 2$  °C con un ciclo luz/oscuridad de 12 h. Todos los animales siguieron un protocolo aprobado por el Comité Institucional de Cuidado y Uso Animal de la Universitat Jaume I, y todos los procedimientos experimentales cumplieron las directivas del Consejo de la Comunidad Europea (86/609/ECC).

### *Agentes farmacológicos*

Haloperidol (Sigma Química C. O), antagonista de los receptores de DA  $D_2$ , que fue disuelto en una solución de ácido tartárico al 0.3 % (pH = 4.0), solución que también se empleó como control. El haloperidol se administró intraperitonealmente (IP), 50 minutos antes del test.

### *Aparataje y procedimientos de test*

Las sesiones de test empezaron tras dos horas de luz en la colonia. La sala de test conductual se iluminó tenuemente y el ruido externo también fue atenuado.

El laberinto en T consistía en un pasillo central con dos brazos opuestos al final (25 largo x 11 ancho x 30 alto cm). Cada brazo disponía de un tipo diferente de reforzador. La RA se situó en un brazo y la comida endulzada se situó en el brazo opuesto. La mitad de los animales tuvieron la RA de forma consistente en el brazo izquierdo, mientras que la otra mitad la tuvieron en el brazo derecho. Fase de entrenamiento 1: en estudios pilotos se observó una

preferencia clara por la DA ya que muchos animales no se acercaron a la sacarosa ni una sola vez. Por ello, en el presente experimento, durante la primera fase, la RA se bloqueó para forzar a los animales a explorar el brazo con la sacarosa. Tras un total de 10 días de exposición solo a la sacarosa, se permitió el acceso concurrente a la DA. Fase de entrenamiento 2: Los animales se entrenaron una vez al día durante 15 minutos, 5 días a la semana antes de que la fase de test con droga comenzara. Sesión de test: los animales se introdujeron en el laberinto y, durante 15 minutos, se registró el tiempo acumulado en la rueda (duración) y el tiempo consumiendo sacarosa.

### Experimentos

- Experimento 1: *Efecto del haloperidol en animales control (WT) en su preferencia por la RA versus la sacarosa en el laberinto en T.* Durante la fase de test con droga, se administró un tratamiento una vez por semana y 4 días más de entrenamiento como línea base. Se empleó un diseño intra-sujeto. El día de test, los ratones (N = 9) recibieron las siguientes dosis de haloperidol: 0.0, 0.05, 0.1 y 0.2 mg/kg, 50 minutos antes del test.
- Experimento 2: *Efecto del haloperidol en animales A<sub>2A</sub>RKO en su preferencia por la RA versus la sacarosa en el laberinto en T.* Las condiciones de entrenamiento y test fueron las mismas para los ratones KO (N = 8) que para los ratones WT.

### Análisis estadístico

Para el análisis de los experimentos se empleó ANOVA de medidas repetidas con un factor, seguido de comparaciones no ortogonales planificadas comparando la condición vehículo con todas las otras dosis (Keppel, 1991). El software empleado fue STATISTICA 7. Los datos se expresaron como medias  $\pm$  SEM, y la significación fue establecida como  $p < 0.05$ .

### Resultados

- Experimento 1: *Efecto del haloperidol en animales control (WT) en su preferencia por la RA versus la sacarosa en el laberinto en T.*  
ANOVAS independientes se realizaron para analizar la dos variables dependientes; el tiempo en cada uno de los reforzadores, RA o consumiendo sacarosa. El ANOVA de medidas repetidas para el factor dosis de haloperidol (0.0, 0.05, 0.1 y 0.2 mg/kg) indicó un efecto significativo del factor ( $F(3,24) = 3.51$ ,  $p < 0.05$ ) en tiempo empleado en la RA (figura 1 izquierda). Comparaciones post hoc mostraron diferencias significativas entre la dosis de 0.0 mg/kg y 0.2 mg/kg ( $p < 0.05$ ). El ANOVA para el tiempo empleado consumiendo sacarosa mostró de nuevo efecto significativo de la dosis de haloperidol ( $F(3, 24) = 12.02$ ,  $p < 0.01$ , figura 1 derecha). Se encontraron diferencias significativas entre la dosis de 0.0 mg/kg y las dosis de 0.1 mg/kg y 0.2 ( $p < 0.01$ ), ambas dosis de haloperidol produciendo un incremento en el tiempo empleado consumiendo sacarosa.

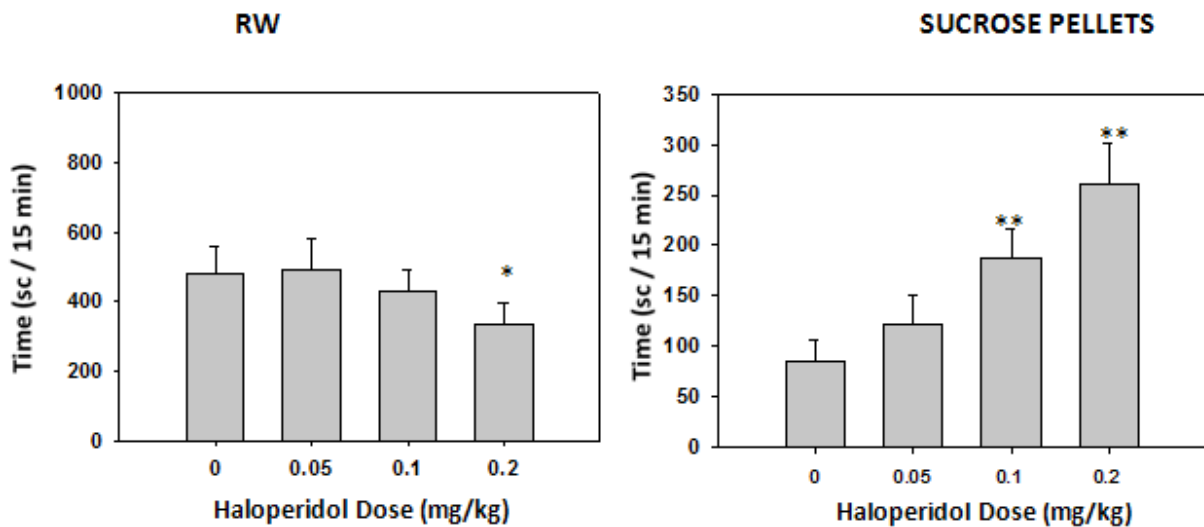


Figura 1. Efecto de diferentes dosis de haloperidol (0.0, 0.05, 0.1 y 0.2 mg/kg) en tiempo empleado en la RA (izquierda) y tiempo consumiendo sacarosa (derecha) en el laberinto en T en animales WT. Media ( $\pm$ SEM) de segundos en 15 minutos. \* $p < 0.05$ \*\* $p < 0.01$  significativamente diferente de vehículo.

- Experimento 2: Efecto del haloperidol en animales  $A_{2A}RKO$  en su preferencia por la RA versus la sacarosa en el laberinto en T.

La figura 2 muestra el impacto del haloperidol en los animales KO. El ANOVA de medidas repetidas para el factor dosis de haloperidol (0.0, 0.05, 0.1 y 0.2 mg/kg) mostró que no había un efecto de la dosis en el tiempo en la RA. Además, tampoco se encontró efecto de la dosis de haloperidol en un ANOVA de medidas repetidas para el tiempo consumiendo sacarosa.

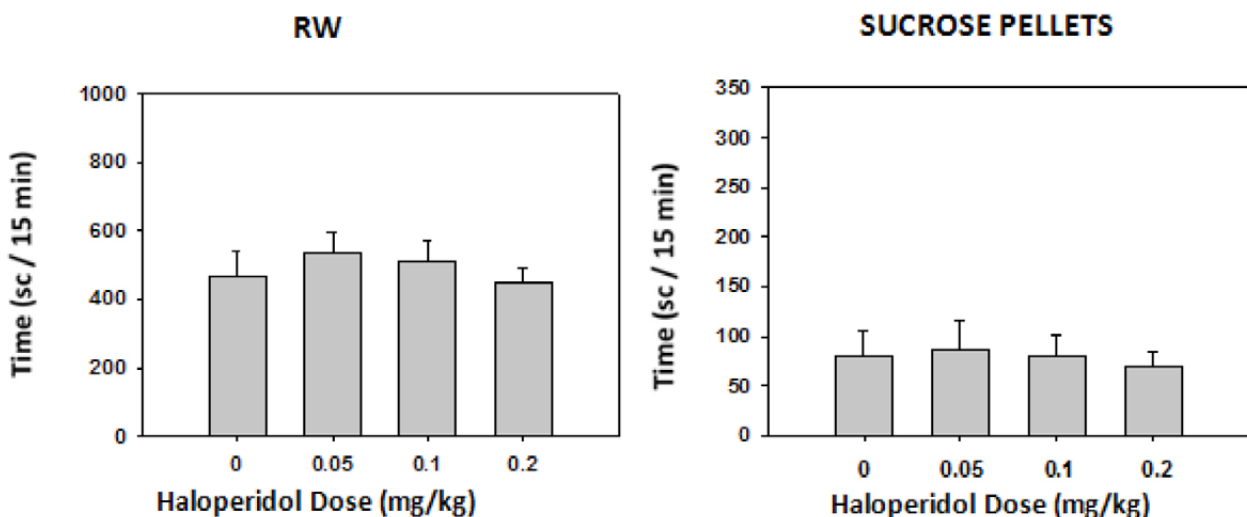


Figura 2. Efecto de diferentes dosis de haloperidol (0.0, 0.05, 0.1 y 0.2 mg/kg) en tiempo empleado en la RA (izquierda) y tiempo consumiendo sacarosa (derecha) en el laberinto en T en animales KO. Media ( $\pm$ SEM) de segundos en 15 minutos.

## Discusión

Los presentes estudios evaluaron el impacto del antagonismo de DA sobre la preferencia de dos tipos de reforzadores; un reforzador palatable y un reforzador basado en la actividad. Los ratones control en nuestro estudio muestran una alta preferencia por actividades físicas al igual que se ha descrito para ratas (Epling y Pierce, 1992; Routtenberg, 1968). Pese a que la sacarosa ha mostrado ser una sustancia reforzante en animales (Berridge, 2000) observamos que un gran porcentaje de ratones expuestos al mismo tiempo a la RA y a sacarosa, por primera vez decidieron pasar la mayor parte de su tiempo interactuando con la RA y muy poco con la sacarosa. Este patrón de conducta es normal ya que los roedores muestran neofobia a nuevos sabores. Por ello, en el entrenamiento inicial se expuso a los animales solo a la sacarosa para asegurarnos de que los animales habían tenido suficiente experiencia con el reforzador palatable. Aun así, en condición control, los ratones pasaron 59.7 % del tiempo en la RA y solo el 9.5 % olisqueando o comiendo sacarosa.

Resultados previos de nuestro laboratorio (Pardo *et al.*, enviado) mostraron que el haloperidol a dosis bajas y moderadas, reduce la conducta motora en una RA. Las dosis efectivas reduciendo la locomoción fueron 0.1 y 0.2 mg/kg. Por ello en los presentes experimentos de preferencia se incluyeron estas dosis añadiendo también dosis menores que no suprimieron la conducta motora. Los efectos del haloperidol sobre diferentes medidas en la preferencia por RA o sacarosa indican que en el laberinto en T, los ratones que reciben haloperidol redujeron significativamente el tiempo en la RA pero redirigieron su conducta hacia el reforzador menos preferido, la sacarosa, incrementando el tiempo interactuando con la sacarosa. El cambio en la preferencia producido por el antagonismo de los receptores  $D_2$ , desde un reforzador que implica actividad física hacia otro que requiere menos gasto energético, da soporte al papel de la DA en la activación conductual pero no en el consumo de reforzadores apetecibles como la sacarosa. El bloqueo de los receptores  $D_1$  y  $D_2$  en Nacb en ratas deprivadas de comida ha demostrado suprimir la actividad motora espontánea sin alterar la cantidad total de comida consumida (Baldo *et al.*, 2002). Antagonistas de DA no selectivos inyectados en el Nacb redujeron la velocidad para alcanzar una solución de sacarosa al final de un pasillo pero no modificó la cantidad final de sacarosa ingerida (Ikemoto y Panksepp, 1996). En otros procedimientos operantes en un programa de razón fija FR5 con opción de libre acceso a comida estándar de laboratorio, dosis bajas y moderadas de antagonistas  $D_1$  y  $D_2$  produjeron un decremento en la presión de palanca pero incrementaron significativamente el consumo de la comida estándar presente en la caja con libre acceso (Salamone *et al.*, 2010). Los resultados obtenidos con los WT en el presente estudio muestran que la interferencia con la transmisión de DA no reduce simplemente el apetito (Salamone y Correa, 2012). Un procedimiento en laberinto en T similar para ratas y ratones fue previamente desarrollado para poder estudiar los efectos de las depleciones de DA en Nacb en tareas de selección basada en el esfuerzo (Salamone *et al.*, 1994; Pardo *et al.*, 2012). Con este procedimiento, los dos brazos del laberinto tenían diferentes densidades del reforzador que era comida apetecible, habiendo una barrera en uno de los brazos tras la cual se situó doble cantidad de la comida, variando así la dificultad de la tarea. Sin barrera presente en el brazo de mayor densidad de reforzador, los roedores mayoritariamente eligen ese brazo, y ni el haloperidol ni la depleción de DA en el Nacb alteró su respuesta (Salamone *et al.*, 1994). Cuando el brazo con la barrera tenía comida y el brazo opuesto estaba vacío, los roedores con depleciones de DA en el Nacb fueron más lentos que los animales control pero, aun así, eligieron este brazo, treparon la barrera y consumieron la comida (Cousins *et al.*, 1996). Sin embargo, la depleción de DA en Nacb y el antagonismo de DA alteraron dramáticamente la selección de los animales cuando tenían que elegir entre brazo con la barrera y alta densidad de comida, versus brazo sin barrera pero menor cantidad de comida.

Los animales tratados con haloperidol eran capaces de trepar la barrera, pero decidían no hacerlo cuando había presente otra alternativa con menor esfuerzo implicado.

En el experimento 2, animales  $A_{2A}$  KO fueron empleados para estudiar si la desaparición de este receptor hacía a los animales más resistentes el antagonismo de DA. Los receptores  $A_{2A}$  han sido ampliamente descritos por tener una función opuesta a los receptores  $D_2$  sobre la misma cascada intracelular en el estriado (Ferré *et al.*, 1997). Datos recientes de nuestro laboratorio muestran que los  $A_{2A}$  KO tienen una actividad motora basal menor a animales WT en un campo abierto y en RA (Pardo *et al.*, enviado). Resultados previos en el laberinto en T con barrera (Pardo *et al.*, 2012), donde los animales tenían la opción de elegir entre dos densidades de comida relacionadas con diferente demanda de esfuerzo, también mostró que los animales  $A_{2A}$  KO fueron más resistentes a los efectos del haloperidol. El haloperidol disminuyó la selección del brazo de alta densidad en los WT pero, sin embargo no tuvo efecto en los animales  $A_{2A}$  KO. Los resultados actuales también muestran que los animales  $A_{2A}$  KO fueron resistentes a los efectos del haloperidol en el nuevo procedimiento donde dos reforzadores diferentes estaban disponibles al mismo tiempo. Mientras que el haloperidol produjo una redirección de la conducta en los animales WT hacia el reforzador que requiere menor esfuerzo físico, sacarosa, no se vio ningún efecto en los  $A_{2A}$  KO.

El mecanismo que está a la base de la mencionada protección contra el antagonismo de los receptores  $D_2$  en los  $A_{2A}$  KO puede ser de varios tipos. Se hipotetiza que para compensar la carencia de los receptores  $A_{2A}$ , la DA endógena podría verse incrementada y podría competir con el antagonismo  $D_2$  para unirse a los receptores  $D_2$  (Pardo *et al.*, 2012). Los receptores  $A_{2A}$  han sido descritos por encontrarse co-localizados en las mismas neuronas espinosas medianas que también contienen receptores  $D_2$  en áreas estriales, convergiendo en la misma cascada intracelular relacionada con la adenilato ciclasa (Ferré *et al.*, 1997, 2008).

Basándonos en todos esos resultados, se observa que la DA en Nacb está implicada en el aspecto activacional de la motivación. Se ha demostrado que cuando los animales pueden elegir entre dos opciones con diferentes demandas de respuesta, eligen dirigir su conducta instrumental dependiendo de los requerimientos de la tarea, logrando los antagonistas de DA redirigir la conducta de los animales hacia la opción menos demandante pero dejando intacta la orientación por adquirir un reforzador (véase Salamone y Correa, 2012). Los resultados del presente estudio van en consonancia con esta conclusión. En el nuevo laberinto, la elección de la RA requiere de un mayor nivel de actividad mientras que el consumo de sacarosa no requeriría dicho nivel. Nuestros datos y los de otros laboratorios (p. ej., Cannon y Bseikri, 2004) sugieren que el valor hedónico de los reforzadores y el aspecto direccional de la motivación permanecen intactos tras alterar la función de la DA.

Ha habido numerosos avances en los últimos años que han ayudado a caracterizar el circuito neural implicado en la activación conductual y en tareas de elección que implican esfuerzo en roedores. Además, una revisión de la literatura sugiere que los mecanismos cerebrales implicados en la activación conductual y tareas de elección basada en el esfuerzo en ratas, y aquellos implicados en trastornos relacionados con la energía, como la anergia, la fatiga y el enlentecimiento psicomotor observado en la depresión en humanos (Salamone *et al.*, 2007) tienen una clara similitud. La investigación de estos procesos en roedores puede ayudar a clarificar qué sistemas neuronales están implicados en la regulación de actividades físicas voluntarias. Los resultados presentes son consistentes con la idea de que los procesos motivacionales y motores se solapan en cuanto a sus mecanismos neurales (Mogenson *et al.*, 1980; Salamone, 1992; Salamone y Correa, 2012). La DA se ha visto implicada en la conducta preparatoria o instrumental, y en aspectos activacionales de la motivación (Salamone *et al.*, 2002). Por ello, tiene sentido que en la RA, que requiere de considerable activación conductual, sea sensi-

ble a las alteraciones de la DA. Por contra, respuestas a un reforzador que no requiere mucho esfuerzo no se ven alteradas por las manipulaciones de DA.

Síntomas relacionados con la actividad, como el enlentecimiento motor, la anergia y la fatiga, son síntomas fundamentales y debilitantes en la depresión (Tylee *et al.*, 1999; Salamone *et al.* 2006, 2007). Sin embargo, hay bastante literatura que indica que el ejercicio en humanos da una variedad de beneficios tanto físicos como mentales. El ejercicio puede ayudar a aliviar la fatiga o síntomas relacionados con la energía que a veces aparecen en pacientes con la enfermedad de Parkinson (Friedman, 2009). Además, la carencia de actividad ha sido demostrada por poder contribuir a desarrollar depresión (Lambert, 2006). Estas observaciones han permitido investigación básica y a los clínicos sugerir que el ejercicio puede usarse como una intervención para la prevención de trastornos y para el tratamiento de varios síntomas neurológicos y psiquiátricos (Dishman *et al.*, 2006).

## Referencias bibliográficas

- Baldo, B. A., Sadeghian, K., Basso, A. M. & Kelley, A. E. (2002). Effects of selective dopamine D1 or D2 receptor blockade within nucleus accumbens subregions on ingestive behavior and associated motor activity. *Behavioural Brain Research*, 137,165-177.
- Berridge, K. C. (2000). Measuring hedonic impact in animals and infants: microstructure of affective taste reactivity patterns. *Neurosci Biobehav Rev*, 24,173-198.
- Cannon, C. M. & Bseikri, M. R. (2004). Is dopamine required for natural reward? *Physiol Behav*, 81,741-748.
- Cosgrove, K. P., Hunter, R. G. & Carroll, M. E. (2002). Wheel-running attenuates intravenous cocaine self-administration in rats: sex differences. *Pharmacol Biochem Behav*, 73, 663-671.
- Cousins, M. S., Atherton, A., Turner, L. & Salamone, J. D. (1996). Nucleus accumbens dopamine depletions alter relative response allocation in a T-maze cost/benefit task. *Behavioural Brain Research*, 74,189-197.
- Dishman, R. K., Berthoud, H. R., Booth, F. W., Cotman, C. W., Edgerton, R., Fleshner, M. R., Gandevia, S. C., Gomez-Pinilla, F., Greenwood, B. N., Hillman, C. H., Kramer, A. F., Leven, B. E., Moran, T. H., Russo-Neustadt, A. A., Salamone, J. D., Van Hoomissen, J. D., Wade, C. E., York, D. A. & Zigmond, M. J. (2006). Neurobiology of exercise. *Obesity*, 14, 345-356.
- Epling, W. F. & Pierce, W. D. (1992). *Solving the anorexia puzzle: A scientific approach*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Ferré, S. (2008). [Caffeine in Parkinson's disease]. *Med Clin*, 131, 710-715.
- Ferré, S., Fredholm, B. B., Morelli, M., Popoli, P. & Fuxe, K. (1997). Adenosine-dopamine receptor-receptor interactions as an integrative mechanism in the basal ganglia. *Trends Neurosci* 20, 482-487.
- Ferré, S., Quiroz, C., Woods, A. S., Cunha, R., Popoli, P., Ciruela, F., Lluís, C., Franco, R., Azdad, K. & Schiffmann, S. N. (2008). An update on adenosine A2A-dopamine D2 receptor interactions: implications for the function of G protein-coupled receptors. *Curr. Pharm. Des.* 14, 1468-1474.
- Friedman, J. H. (2009). Fatigue in Parkinson's disease. *Curr Treat Options Neurol*, 11, 186-190.
- Ikemoto, S. & Panksepp, J. (1996). Dissociations between appetitive and consummatory responses by pharmacological manipulations of reward-relevant brain regions. *Behav Neurosci*, 110, 331-345.
- Kanarek, R. B., Marks-Kaufman, R., D'Anci, K. E. & Przypek, J. (1995). Exercise attenuates oral intake of amphetamine in rats. *Pharmacol Biochem Behav*, 51, 725-729.



- Keppel, G. (1991). *Design and Analysis: a researchers handbook*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Lambert, K. G. (2006). Rising rates of depression in today's society: consideration of the roles of effort based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neurosci Biobehav Rev*, *30*, 497-510.
- Ledent, C., Vaugeois, J. M., Schiffmann, S. N., Pedrazzini, T., El Yacoubi, M., Vanderhaeghen, J. J., Costenin, J., Heath, J. K., Vassart, G. & Parmentier, M. (1997). Agressiveness, hypoalgesia and high blood pressure in mice lacking the adenosine A<sub>2A</sub> receptor. *Nature*, *388*, 674-678.
- Lett, B. T., Grant, V. L., Byrne, M. J. & Koh, M. T. (2000). Pairings of a distinctive chamber with the aftereffect of wheel running produce conditioned place preference. *Appetite*, *34*, 87-94.
- McMillan, D. E., McClure, G. Y. & Hardwick, W. C. (1995). Effects of access to a running wheel on food, water and ethanol intake in rats bred to accept ethanol. *Drug Alcohol Depend*, *40*, 1-7.
- Mogenson, G. J., Jones, D. L. & Yim, C. Y. (1980). From motivation to action: functional interface between the limbic system and the motor system. *Prog Neurobiol*, *14*, 69-97.
- Mueller, D. T., Loft, A. & Eikelboom, R. (1997). Alternate-day Wheel Access: effects on feeding, body weight, and running. *Physiol Behav*, *62*, 905-908.
- Pardo, M., Lopez-Cruz, L., Valverde, O., Ledent, C., Baqi, Y., Müller, C. E., Salamone, J. D. & Correa, M. (2012). Adenosine A<sub>2A</sub> receptor antagonism and genetic deletion attenuate the effects of dopamine D<sub>2</sub> antagonism on effort-based decision making in mice. *Neuropharmacology*, *62*, 2068-2077.
- Pardo, M., López-Cruz, L., Valverde, O., Ledent, C., Baqi, Y., Müller, C. E., Salamone, J. D. & Correa, M. (enviado). Effect of subtype-selective adenosine receptor antagonists on basal or haloperidol-regulated striatal function: studies of c-Fos expression and exploratory locomotion in outbred and A<sub>2A</sub>R KO mice. *Behav Brain Res*.
- Robbins, T. W. & Everitt, B. J. (2007). A role for mesencephalic dopamine in activation: commentary on Berridge (2006). *Psychopharmacology*, *191*, 433-437.
- Routtenberg, A. (1968). "Self-starvation" of rats living in activity wheels: adaptation effects. *J Comp Physiol Psychol*, *66*, 234-238.
- Salamone, J. D. & Correa, M. (2012). The mysterious motivational functions of mesolimbic dopamine. *Neuron*. *76* (3): 471-480.
- Salamone, J. D., Correa, M., Farrar, A. & Mingote, S. M. (2007). Effort-related functions of nucleus accumbens dopamine and associated forebrain circuits. *Psychopharmacology*, *191*, 461-482.
- Salamone, J. D. (1992). Complex motor and sensorimotor functions of striatal and accumbens dopamine: involvement in instrumental behavior processes. *Psychopharmacology*, *107*, 160-174.
- Salamone, J. D., Cousins, M. S. & Bucher, S. (1994). Anhedonia or anergia? Effects of haloperidol and nucleus accumbens dopamine depletion on instrumental response selection in a T-maze cost/benefit procedure. *Behav Brain Res*, *65*, 221-229.
- Salamone *et al.*, (2002). Dopamine antagonists alter response allocation but do not suppress appetite for food in rats: contrast between the effects of SKF83566, raclopride, and fenfluramine on a current choice task. *Psychopharmacology*, *160*, 371-380.
- Salamone, J. D., Correa, M., Mingote, S. M., Weber, S. M. & Farrar, A. M. (2006). Nucleus Accumbens Dopamine and the forebrain circuitry involved in behavioral activation and effort-related decision making: implications for understanding anergia and psychomotor slowing in depression. *Current Psychiatry Reviews*, *2*, 267-280.

- Salamone, J. D., Correa, M., Farrar, A. M., Nunes, E. J. & Collins, L. E. (2010). Role of dopamine/adenosine interactions in the brain circuitry regulating effort-related decision making: Insights into pathological aspects of motivation. *Future Neurology*, 377-392.
- Sherwin, C. M. (1998). Voluntary wheel running: a review and novel interpretation. *Anim Behav*, 56,11-27.
- Tylee, A., Gastpar, M., Lepine, J. P. & Mendlewicz, J. (1999). DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *Int Clin Psychopharmacol*, 14,139-151.

## Dosis medias y altas de cafeína no revierten la incoordinación motora producida por alcohol en ratones

NOEMÍ SAN MIGUEL  
al117598@uji.es

LAURA LÓPEZ CRUZ  
lcruz@uji.es

MARTA PARDO  
mpardo@uji.es

MERCÈ CORREA  
correa@uji.es

### Resumen

En los últimos años, el consumo de las bebidas energéticas ha incrementado notablemente, así como su concentración de cafeína. Con frecuencia, estas bebidas se consumen junto a grandes cantidades de alcohol con el objetivo de reducir la sedación y la incoordinación producida por esta sustancia. Uno de los mecanismos de acción del alcohol sobre el sistema nervioso central (SNC) es el incremento del tono adenosinérgico, el cual puede estar mediando los efectos sedativos e incoordinantes observados tras su consumo. Por otra parte, la cafeína es una metilxantina que actúa como un antagonista no selectivo de los receptores de adenosina  $A_1$  y  $A_{2A}$ . Con el objetivo de estudiar la interacción entre la cafeína y el alcohol en la incoordinación motora, en el presente estudio con ratones, se administró cafeína de manera aguda y se evaluó su impacto sobre los efectos incoordinantes producidos por el alcohol recibido también de manera aguda, o en animales que han estado pre-expuestos repetidamente a alcohol. Las dosis de ethanol utilizadas en estos experimentos produjeron incoordinación motora, mientras que las dosis de cafeína utilizadas mostraron una tendencia no significativa a mejorar dicha ejecución. La cafeína no revirtió la incoordinación motora inducida por alcohol, independientemente del patrón de administración agudo o repetido. Así pues, dosis medias y altas de cafeína no demuestran un efecto terapéutico sobre el deterioro motor producido por el alcohol.

**Palabras clave:** etanol, cafeína, incoordinación motora, ratones, bebidas energéticas.

### Abstract

Energy drinks are highly consumed beverages rich in caffeine. In humans, energy drinks are very frequently consumed with alcohol in order to reduce the sedation and incoordination induced by high doses of this drug of abuse. Both drugs have shown to exert

effects on the adenosine system. Ethanol is a central nervous system (CNS) depressant that increases the adenosinergic tone, and this effect is thought to mediate the sedative and incoordinating effects observed after alcohol consumption. On the other hand, caffeine is a methylxanthine that acts as a non-selective adenosine antagonist, binding to the two main types of adenosine receptors present in the CNS: the A<sub>1</sub> and A<sub>2A</sub> subtypes. The aim of the present study was to fold: to explore the effect of an acute caffeine administration (15 or 30 mg/kg, administered intraperitoneally, IP) on the incoordination effects of ethanol, and to study the acute effect of this methylxanthine in animals that had been repeatedly pre-exposed to ethanol before being tested. The acute administration of ethanol (1.5 g/kg, IP) produced motor impairment in the rotarod when is compared to the control vehicle group. However, caffeine was unable to reverse the impairing effects of an acute dose of ethanol, and did not improved the ataxia produced by a repeated administration of ethanol (1.5 g/kg). Thus, these results show that the non-selective adenosine antagonist caffeine at moderate to high doses (15 and 30 mg/kg) is not efficacious at counteracting the incoordination produced by alcohol in mice, neither after acute, nor after repeated pre-exposure to alcohol.

**Keywords:** ethanol, caffeine, motor incoordination, mice, energy drinks.

## Introducción

La cafeína y el alcohol son dos sustancias psicoactivas ampliamente consumidas (Fredholm *et al.*, 1999). El interés por el estudio de la cafeína se ha incrementado tras la relativamente reciente aparición de las bebidas energéticas. Estas bebidas contienen altas concentraciones de cafeína y, entre la población más joven, se consumen combinadas con bebidas alcohólicas (Reissig *et al.*, 2008) dado que existe una creencia popular de que la cafeína es capaz de antagonizar los efectos intoxicantes del etanol (Hasenfratz *et al.*, 1993). Sin embargo, no todos los estudios realizados dan soporte a esta creencia.

La importancia del estudio de la interacción de estas dos sustancias se debe a que su consumo combinado parece incrementar el consumo de alcohol, se consume con más frecuencia y en mayor cantidad (Ferrè y O'Brien, 2011). Debido a que el consumo de estas dos sustancias es cada vez mayor, es necesario conocer cómo interaccionan a nivel neurobiológico.

En este sentido, es lógico empezar por el estudio del sistema adenosinérgico. La adenosina es un neuromodulador del sistema nervioso central (SNC) que extracelularmente actúa sobre cuatro subtipos de receptores: A<sub>1</sub>, A<sub>2A</sub>, A<sub>2B</sub> y A<sub>3</sub> (Olah y Stiles, 2000), aunque los dos primeros son los que se expresan en mayor medida en el SNC. Concretamente la modulación de la incoordinación motora inducida por alcohol tras una administración aguda se ha sugerido que puede estar mediada principalmente por el receptor A<sub>1</sub> (Dar, 2001).

Por otra parte, la cafeína es un antagonista no selectivo de adenosina que produce efectos psicoestimulantes. Específicamente, la cafeína actúa con mayor preferencia por los receptores A<sub>1</sub> y A<sub>2A</sub>. No obstante, las metilxantinas tales como la cafeína y la teofilina, ejercen efectos estimulantes en la locomoción a dosis bajas-moderadas, pero a dosis altas pueden llegar a producir efectos supresores (López-Cruz *et al.*, 2011; Pardo *et al.*, 2013), por tanto, dependiendo de la dosis produce efectos bifásicos en la actividad locomotora.

Uno de los efectos intoxicantes del etanol a dosis medias y altas es la incoordinación motora en roedores (Chuck *et al.*, 2008; Dar *et al.*, 1983). La cafeína por su parte ha demostrado no tener efectos incoordinantes a dosis bajas en varios paradigmas experimentales (Meyer y

Caston, 2005; Clark y Dar, 1988; Ghelardini *et al.*, 1997). Sin embargo, dosis altas sí que han demostrado inducir incoordinación motora en ratones (López-Cruz *et al.*, 2011).

El objetivo del presente estudio es explorar el efecto de la cafeína en interacción con etanol en un paradigma de incoordinación motora. Para ello, se realizaran diferentes experimentos con el fin de conocer cuáles son los efectos de estas sustancias por separado, así como, su interacción tras una administración aguda. Por otra parte, se explorará como afecta la cafeína a la coordinación motora tras la administración repetida de etanol.

## Métodos

### a) Sujetos

Todos los experimentos se llevaron a cabo con ratones macho Swiss CD1 (30-45 g) procedentes de Janvier (Francia). Los ratones fueron estabulados en cajas de tres o cuatro con comida de laboratorio estándar y agua disponible *ad libitum*. La temperatura de la colonia se mantuvo a  $22 \pm 1$  °C con el periodo de luz de 8:00 a 20:00 horas. Todos los procedimientos experimentales cumplían con la European Community Council directive (86/609/ECC) para el uso de animales de laboratorio con el –Guidelines for the Care and Use of Mammals in Neuroscience and Behavioral Research– (National Research Council, 2003).

### b) Drogas

Todas las soluciones fueron administradas intraperitonealmente (IP). Como vehículo para todas las drogas se utilizó solución salina (0.9 % w/v) que sirvió como control. El etanol (Panreac Química S. A., España) fue disuelto al 20 % (v/v), e inyectado 10 minutos antes del test. La cafeína (Sigma-Aldrich, España) se administró 30 minutos antes del test.

### c) Rotarod

La coordinación motora fue evaluada con un Rotarod (UGO Basile, 7650, Jones & Roberts). Este aparato consiste en una rueda rotatoria que requiere de movimientos coordinados para evitar caer de ella y está dividida en cinco compartimentos individuales de 6 cm. Cada animal se situó en la rueda rotatoria que giraba a una velocidad ascendente de 1 a 10 rpm en incrementos de 1 rpm cada 30 segundos, tarea que requiere la ejecución de movimientos coordinados para evitar caer. Se estableció un punto de corte de 390 segundos por ensayo y se registró el tiempo en el que el animal tardaba en caer de la rueda como índice de incoordinación motora.

### d) Procedimiento conductual

Para evaluar el impacto que tiene la cafeína sobre los efectos incoordinantes producidos por alcohol se realizaron dos tipos de experimentos. Por una parte, se administró una dosis de alcohol (0,0, 0,5 o 1,5 g/kg) más una dosis de cafeína (0, 15 o 30 mg/kg), ambas de forma aguda. A partir de los datos obtenidos en este experimento, se seleccionó la dosis de ethanol que era capaz de inducir incoordinación motora para el siguiente experimento.

En el experimento 2, se llevó a cabo una administración repetida de alcohol (1.5 g/kg) a un grupo o de salina al grupo control, en días alternos durante 5 sesiones. Transcurridos dos días desde el último test, se administró una única dosis de cafeína (0, 15 o 30 mg/kg), tanto a los animales pre-expuestos de forma repetida al etanol, como a los pre-expuestos a salina. El día del test los animales no recibieron ni salina ni etanol.

## Resultados

Experimento 1: Efecto de la administración aguda de cafeína y de etanol sobre la incoordinación motora medida en un rotarod.

Se realizó un ANOVA de dos factores (dosis de cafeína x dosis de alcohol). El factor principal cafeína está compuesto por tres niveles (0, 15 o 30 mg/kg), así como el factor principal alcohol (0, 0,5 o 1,5 g/kg). Este análisis estadístico mostró un efecto significativo del factor alcohol [ $F(2,77) = 0,726$ ,  $p < 0,01$ ], pero no del factor cafeína [ $F(2,77) = 0,950$ , n. s.], ni de la interacción [ $F(4,77) = 1,580$  n. s.] (figura 1).

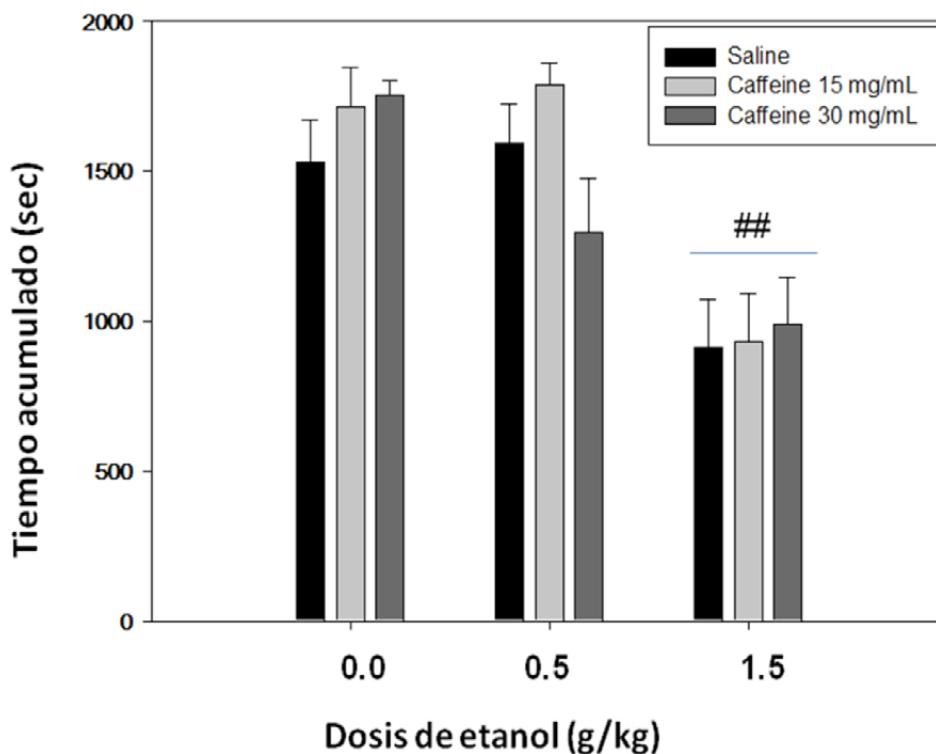


Figura 1. Efecto del alcohol y de la cafeína en la coordinación motora medida en el rotarod. Media  $\pm$ SEM de segundos acumulados en el rotarod durante 5 ensayos. ##  $p < 0.01$  diferencias significativas respecto al grupo control

Experimento 2. A: Efecto de la cafeína sobre la incoordinación motora producida por una administración repetida de etanol.

Un ANOVA factorial de medidas repetidas (sesión x tratamiento) reveló un efecto significativo del factor tratamiento [ $F(1,52) = 19,7547$ ,  $p < 0,01$ ], pero no de las sesiones [ $F(4,208) = 1,9260$ , n. s.]. La interacción entre sesiones y tratamiento también fue significativa [ $F(4,208) = 7,5016$ ,

$p < 0,01$ ] (figura 2). La comparación post hoc mediante la prueba LSD de Fisher mostró que mientras que el grupo que recibió salina repetidamente no cambió a lo largo de las sesiones, el grupo que recibió etanol, a partir de la cuarta sesión redujo significativamente su coordinación en relación al primer día en que recibió etanol ( $p < 0,05$  para la sesión 4 y  $p < 0,01$  para la sesión 5). Además el grupo que recibió etanol difirió significativamente del grupo salina a partir también de la cuarta sesión ( $p < 0,01$ ).

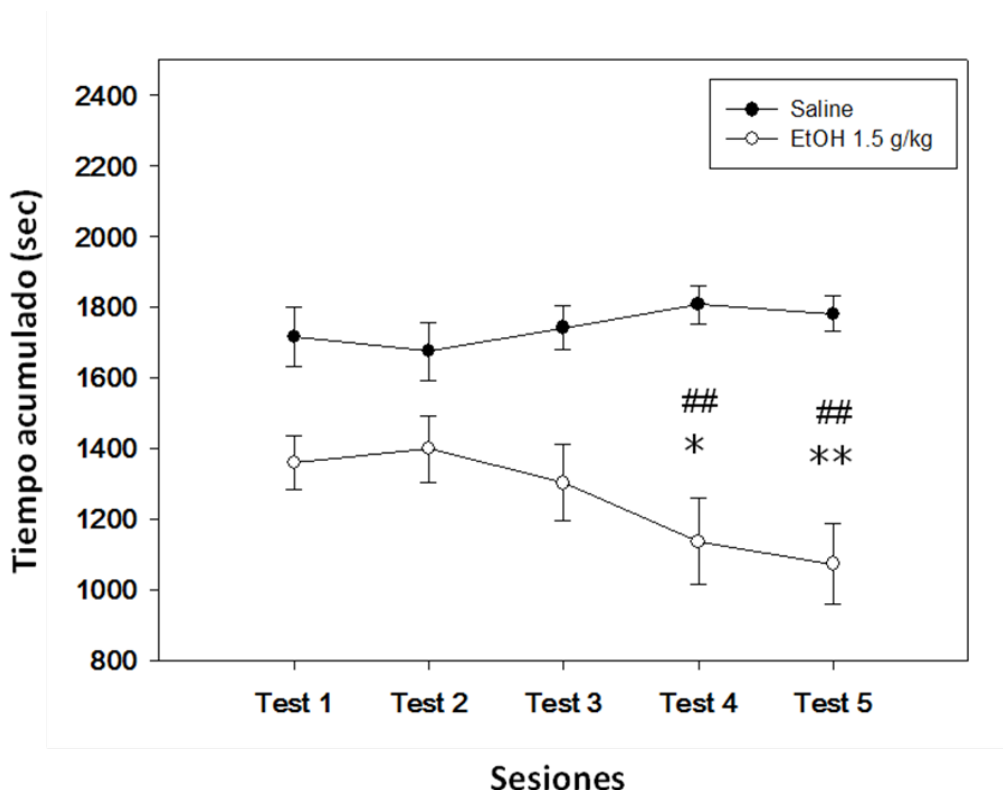


Figura 2. Efecto de la administración repetida de etanol (0,5 g/kg) o de la salina sobre la coordinación motora medida en el rotarod. Media  $\pm$ SEM de segundos acumulados en el rotarod durante 5 ensayos por cada día de Test. \*  $p < 0,01$  diferencias significativas respecto al Test 1 en el mismo grupo. ##  $p < 0,01$  diferencias significativas respecto al grupo control en la misma sesión.

Experimento 2B: Efecto de la cafeína sobre la incoordinación motora potenciada por la administración repetida de etanol.

Un ANOVA de dos factores: pretratamiento (salina o etanol) x dosis de cafeína (0, 15 o 30 mg/kg), reveló un efecto del tratamiento anterior [ $F(1,48) = 4,649$ ,  $p < 0,01$ ]. Sin embargo, no se observa un efecto de la dosis de cafeína [ $F(2,48) = 0,898$ , n. s.] ni de la interacción entre ambos factores principales [ $F(2,48) = 0,195$ , n. s.] (figura 3).

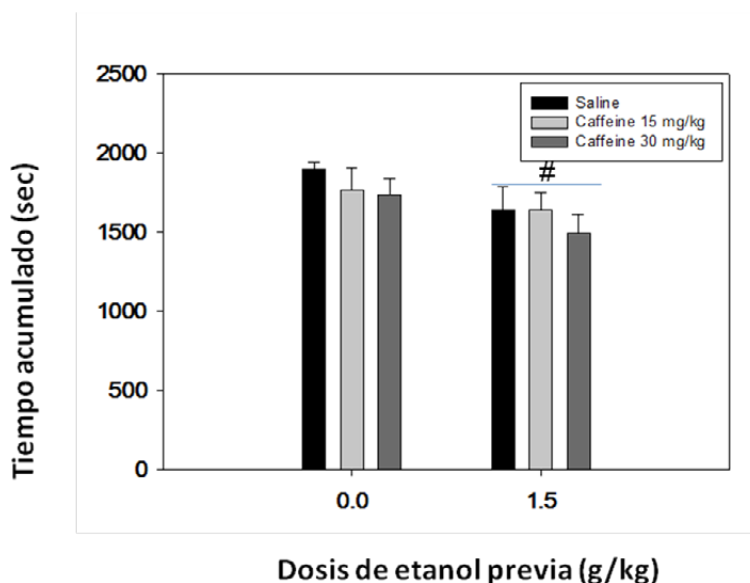


Figura 3. Efecto de la cafeína sobre el pretratamiento con salina o etanol en la coordinación motora medida en rotarod. Media  $\pm$ SEM de segundos acumulados en el rotarod durante 5 ensayos. #  $p < 0,05$  diferencias respecto a los grupos que fueron prexpuestos a salina

## Discusión y conclusiones

Contrariamente a la popular creencia de que la cafeína puede reducir los efectos incoordinantes del alcohol, los estudios presentes demuestran que, independientemente del patrón de administración de alcohol, ya sea agudo o repetido, la cafeína a estas dosis no es capaz de revertir los efectos incoordinantes de esta droga de abuso.

En el primer experimento, se observa cómo la dosis de 0.5 g/kg de alcohol no produce un efecto supresor de la coordinación motora, sin embargo, la dosis de 1.5 g/kg produce una disminución significativa del tiempo que permanecen los animales realizando una conducta de coordinación. Además, las dosis utilizadas de cafeína en nuestro estudio no produjeron un incremento de la coordinación motora en comparación con el grupo control. Es más la administración de cafeína no alteró la incoordinación motora inducida por esta dosis incoordinante de alcohol. Este último resultado entra en contradicción con datos previos (Dar, 1988), en los cuales una dosis aguda de cafeína (20 mg/kg) similar a la utilizada en el presente estudio redujo la incoordinación motora producida por una dosis mayor de alcohol (2 g/kg) en ratones.

En cuanto al segundo experimento, se eligió la dosis de alcohol que deterioró la coordinación motora (1.5 g/kg). Aunque datos con otras estirpes de ratones demuestran que en una administración repetida de alcohol puede producir tolerancia a los efectos incoordinantes del alcohol (Crabbe *et al.*, 1979; Khanna *et al.*, 2002), en la estirpe utilizada en el presente experimento se ha observado una potenciación de la incoordinación motora, es decir, tras varias administraciones de alcohol, la ejecución de los animales es cada vez peor. Además, hemos demostrado que si tras haberse producido esta potenciación de la incoordinación se administra cafeína, la coordinación motora no mejora, sino que tiende a empeorar aunque no a niveles estadísticamente significativos.

El presente conjunto de experimentos requiere ser ampliado con un número mayor de dosis de ambas sustancias ya que es posible que el efecto beneficioso de la cafeína solo se aprecie si las dosis de alcohol son muy altas (mayores de 1.5 g/kg).

Agradecimientos a PND (2010I024), Ministerio de Sanidad.



## Referencias bibliográficas

- Chuck, T. L., McLaughlin, P. J., Arizzi-LaFrance, M. N., Salamone, J. D. & Correa, M. (2006). Comparison between multiple behavioral effects of peripheral ethanol administration in rats: Sedation, ataxia and bradykinesia. *Life Sciences*, 79(2): 154-161.
- Clark, M. & Dar, M. S. (1988). Mediation of acute ethanol-induced motor disturbances by cerebellar adenosine in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 30(1): 155-161.
- Crabbe, J. C., Rigter, H., Uijlen, J. & Strijbos, C. (1979). Rapid development of tolerance to the hypothermic effect of ethanol in mice. *J Pharmacol Exp Ther*. 208; 128-133.
- Dar, M. S. (1988). The biphasic effects of centrally and peripherally administered caffeine on ethanol-induced motor incoordination in mice. *European Journal of Pharmacology*. 40: 482-487.
- El Yacoubi, M., Ledent, C. M., Parmentier, M., Costentin, J. & Vaugeois, J. M. (2003). Caffeine reduces hypnotic effects of alcohol through adenosine A2A receptor blockade. *Neuropharmacology*. 45: 977-985.
- Ferré, S. & O'Brien, M. C. (2011). Alcohol and Caffeine: The perfect storm. *Journal of caffeine research*. 2011; 1: 153-162.
- Ferreira, S. E., Quadros I. M., Agatha A. T., Takahashi S. S., Koyama R. G. & Souza-Formigoni, M. O. (2004). Can energy drinks reduce the depressor effect of ethanol? An experimental study in mice. *Physiology Behavior*. 82: 841-847.
- Fredholm, B. B., Bätting, K., Holmén, J., Nehlig, A. y Zvartau, E. E., (1999). Actions of caffeine in the brain with special reference to factors that contribute to its widespread use. *Pharmacological Reviews*, 51, 83-133.
- Ghelardini, C., Galeotti, N. & Bartolini, A. (1997) Caffeine induces central cholinergic analgesia. *Naunyn Schmiedebergs Archives of Pharmacology*. 356(5):590-595.
- Hasenfratz, M., Bunge, A., Dal Para, G. & Battig, K. (1993). Antagonistic effects of caffeine and alcohol on mental performance parameters. *Pharmacol Biochem Behav.*, 46, 463-465.
- Khanna J. M., Morato, G. S. & Kalant, H. (2002). Effect of NMDA antagonists, an NMDA agonist, and serotonin depletion on acute tolerance to ethanol. *Pharmacol Biochem Behav*. 72, 291-298.
- López-Cruz, L., Pardo, M., Dosda, A., Salamone, J. D. & Correa, M. (2011). Comparison between high doses of caffeine and theophylline on motor and anxiogenic effects in CD1 mice: studies of acute and chronic administration. *Behavioural Pharmacology*. 22: 71-72.
- Meyer, L. & Caston, J. (2005). Repeated stress alters caffeine action on motor coordination in C57Bl6/J male mice. *Brain Research*. 1039:171-176.
- Olah, M. E. & Stiles, G. L. (2000). The role of receptor structure in determining adenosine receptor activity. *Pharmacol Therapy*, 85(2), 55-75.
- Pardo, M., López-Cruz, L., Valverde, O., Ledent, C., Baqi, Y., Müller, C. E., Salamone, J. D. & Correa, M. (2013). Effect of subtype-selective adenosine receptor antagonists on basal or haloperidol-regulated striatal function: studies of c-Fos expression and exploratory locomotion in outbred and A2AR KO mice. *Behavior Brain Research* (en prensa).
- Prediger, R. D., Batista, L. C. & Takahashi, R. N. (2004). Adenosine A1 receptors modulate the anxiolytic-like effect of ethanol in the elevated plus-maze in mice. *European Journal of Pharmacology*. 499:147-154.
- Reissig, C. J., Strain, E. C. & Griffiths R. R. (2009). Caffeinated energy drinks —a growing problem. *Drug Alcohol Dependence*. 99: 1-10.



## Relación de la personalidad y las conductas antinormativas de los amigos en el consumo de alcohol de los adolescentes

MARÍA SÍGRID GALLEGO MOYA  
moyam@uji.es

LAURA CAMACHO GUERRERO  
lcamacho@uji.es

LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN  
lmezquit@uji.es

ANA MARÍA VIRUELA ROYO  
viruela@uji.es

HELENA VILLA MARTÍN  
villa@uji.es

MANUEL IGNACIO IBÁÑEZ RIBES  
iribes@uji.es

GENERÒS ORTET I FABREGAT  
ortet@uji.es

### Resumen

**Introducción:** Existe evidencia de que durante la adolescencia diversas variables individuales como la personalidad y variables ambientales como la afiliación con iguales influyen en el desarrollo del consumo de alcohol. Así, ser más extravertido se asocia con el inicio temprano del consumo, mientras que la elevada impulsividad / desinhibición se asocia con el consumo de alcohol en todas las etapas del consumo. Por otra parte, tener amigos consumidores o con conductas disruptivas parece influir en el propio comportamiento. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue estudiar la relación entre la personalidad, las conductas antinormativas de los amigos y su interacción a la hora de predecir el consumo propio de alcohol en adolescentes. **Método:** La muestra estaba compuesta por 410 estudiantes de Secundaria (58 % chicas; media de edad 15,22 años;  $DT = ,63$ ) que completaron el JS-NEO-S de personalidad, la escala Deviant Peer Scale que evalúa la Conducta Antinormativa de los amigos, y el AIS-UJI que evalúa el consumo de alcohol. **Resultados:** Los análisis de regresión lineal mostraron que la Extraversión ( $E$ ) ( $\beta = ,15$ ;  $p = ,002$ ), las Conductas Antinormativas de los amigos ( $\beta = ,33$ ;  $p = ,000$ ) y la interacción de la (baja) Responsabilidad ( $R$ ) y las Conductas Antinormativas de los amigos ( $\beta = ,18$ ;  $p = ,001$ ) se asociaron de forma significativa con el consumo de alcohol propio. Asimismo, los análisis de ecuaciones estructurales mostraron un efecto directo entre la Extraversión y el consumo de alcohol, y un efecto de mediación parcial de las

mismas variables a través de la asociación con Amigos Antinormativos. Por último, la Amabilidad muestra un efecto de mediación total con el consumo de alcohol en adolescentes mediante la asociación con iguales Antinormativos. **Discusión:** Los resultados del presente trabajo apoyan lo encontrado en investigaciones previas sobre personalidad (E) y la influencia de los amigos en el consumo de alcohol propio. Además, muestran que el tener amigos disruptivos incrementaría principalmente el consumo de alcohol de los adolescentes más irresponsables (vía de influencia). También es posible que adolescentes más irresponsables busquen afiliarse con iguales disruptivos (e irresponsables) y ello incremente la probabilidad de consumir alcohol (vía de selección de los iguales). No obstante, son necesarias investigaciones longitudinales para clarificar la dirección de dichas relaciones.

**Palabras clave:** amigos antinormativos, personalidad, consumo de alcohol.

## Abstract

**Introduction:** There is evidence that along the adolescence many individual variables as personality and environmental variables do influence in alcohol consumption behaviour development. So, be more Extrovert is associated to onset alcohol consumption, while high Impulsivity/Disinhibited is associated with all consumption stages. On the other way, drinking friends or deviant peers seems to influence on own behaviour. The aim of the present research was to study the relationship among personality, deviant peers and their interaction to predict the alcohol consumption in adolescents. **Method:** We assessed in a sample of 410 secondary students (58 % girls; mean age 15,22 years; SD = ,63) with the JS NEO and the Deviant Peer Scale (DPS) the influence of personality and deviant peers on alcohol consumption, assessed with the AIS-UJI. **Results:** Regression analyses showed that Extraversion (E) ( $\beta = ,15$ ;  $p = ,002$ ), Deviant friends ( $\beta = ,33$ ;  $p = ,000$ ) and interaction of low Conscientiousness (C) and Deviant Peers ( $\beta = ,18$ ;  $p = ,001$ ) were significantly associated with alcohol consumption. Also, structural equation modelling showed a direct effect between Extraversion and alcohol consumption and a partial mediation effect of the same variables through affiliation with deviant peers. Finally, Agreeableness showed a total mediation effect with alcohol consumption in young people through affiliation with deviant peers. **Discussion:** Results support the above research about influence of the personality and deviant peers in own alcohol consumption. At the same time, having deviant friends seems to facilitate the alcohol consumption in less responsible teenagers (influence path). Also, it's possible that less responsible younger may tend to affiliate with deviant peers and this seems to facilitate the alcohol consumption (selection of peer path).

**Keywords:** Deviant Peers, Personality, Alcohol use.

## Introducción

El consumo de alcohol es una conducta compleja que se explica por la interrelación de variables biológicas (p. ej.: determinados genes), variables psicológicas (p. ej.: personalidad,

expectativas y motivos de consumo) y variables sociales (p. ej.: el grupo de iguales, sucesos vitales y estilos educativos). No obstante el peso de estos factores psicológicos, biológicos y sociales, es diferente en función de la edad y los distintos patrones de consumo. Así, los estudios de genética cuantitativa indicarían que los factores más relevantes en el inicio del consumo de alcohol, en edades tempranas, serían de carácter psicológico y social, mientras que en edades más adultas, o con 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).

Dado que nuestro estudio se centra en el consumo de jóvenes adolescentes y en su inicio al consumo de alcohol, vamos a centrarnos en aquellas variables más relevantes en esta etapa como son las psicológicas y sociales.

La personalidad es una de las variables psicológicas más ampliamente estudiadas en relación al consumo de alcohol. Desde el modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae, se ha encontrado que (Ibáñez *et al.*, 2008):

- El Neuroticismo (N) se relaciona con un consumo patológico del alcohol, aunque no se han visto asociaciones significativas con las etapas iniciales y el consumo moderado del mismo.
- En cuanto a la Extraversión (E), esta sí se ha asociado al inicio del consumo de alcohol en la adolescencia como una variable facilitadora de la interacción social, sobre todo en los contextos en los que se usa el alcohol.
- La Apertura (Ap) ha sido la menos estudiada, pero diversos estudios indican que no jugaría un papel muy importante en la conducta de consumo de alcohol, aunque sí se ha relacionado con el consumo de otras sustancias como por ejemplo el cannabis.
- Finalmente, las dimensiones de personalidad más ampliamente relacionadas al consumo de alcohol son la baja Amabilidad (-A) y la baja Responsabilidad (-R) como rasgos de impulsividad/desinhibición. Estas características de personalidad se relacionan con el uso de alcohol en todas las edades.

Por otra parte, el grupo de amigos es probablemente el factor social que mayor influencia ejerce durante la adolescencia en los jóvenes (Borsari y Carey, 2001). Así, la relación entre el consumo de alcohol y tener amigos más antinormativos podría explicarse mediante un proceso de *influencia*: el hecho de tener amigos con conductas más antinormativas influye en que los adolescentes desarrollen un patrón más antinormativo, que incluye el consumo de alcohol.

No obstante, también existe evidencia de que existen procesos de *selección* del grupo de amigos, en parte relacionados con características de personalidad (Bauman y Ennet, 1996): los jóvenes seleccionarían, en parte, grupos de amigos en función de características de personalidad como la Extraversión, la baja Amabilidad o la baja Responsabilidad. Así, los más extravertidos, menos amables y menos responsables tenderán a afiliarse con amigos más antinormativos que, a su vez, influirían en su consumo de alcohol.

Esto implicaría que, en cierta medida, podría existir un efecto de mediación entre la Personalidad y el consumo de alcohol, a través de la selección de Amigos Antinormativos. Esta mediación podría ser total o parcial: una mediación total implicaría que la relación entre Personalidad y consumo de alcohol es completamente atribuible al efecto mediador el grupo de amigos, es decir, a que las personas con unas determinadas características de personalidad tienden a afiliarse con amigos más antinormativos, y sería esta variable la que se relacionaría directamente con el consumo de alcohol; la mediación parcial implicaría que la personalidad

se relaciona tanto con el consumo de alcohol como con la afiliación a Amigos Antinormativos, controlando por esta última relación.

Además, aunque el tener amigos que favorecen las conductas antisociales es un factor de riesgo importante para el consumo de alcohol, no todos los individuos reaccionan por igual ante estas circunstancias, de forma que algunas personas pueden ser más influenciables que otras en función de determinadas características, entre ellas la personalidad. Ello implicaría que pueden existir procesos de transacción persona-ambiente (Caspi y Roberts, 2001), que implicarían efectos sinérgicos o multiplicativos entre variables personales (p. ej.: personalidad) y variables ambientales (p. ej.: grupo de amigos). Por ejemplo, se ha encontrado que aquellos jóvenes más impulsivos (p. ej.: poco responsables) consumían más alcohol en el caso de tener entornos familiares permisivos y con baja supervisión (Quinn y Fromme, 2001) o tener más facilidad de acceso al alcohol (Pedersen y McCarthy, 2008). En definitiva, además de los efectos directos (simples) e indirectos (mediación) anteriormente descritos, podrían darse también efectos de interacción (moderación), de forma que tener unas determinadas características de Personalidad y, a la vez, tener Amigos Antinormativos incrementaría de forma multiplicativa el consumo de alcohol en adolescentes.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es estudiar las relaciones entre algunas de las variables psicológicas y sociales más relevantes para el consumo de alcohol en la adolescencia. En concreto, en primer lugar examinaremos los efectos simples de las dimensiones de Personalidad y la cantidad de Amigos Antinormativos; en segundo lugar, examinaremos el posible efecto de mediación total o parcial entre las mismas variables; y, finalmente, evaluaremos si existe un efecto de moderación o interacción entre las variables evaluadas.

## Método

### Muestra

Una muestra de 410 estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de centros de la Comunidad Valenciana (España), con un rango de edad de 14 a 17 años (58 % chicas) y media de edad de 15,22 años ( $DT = ,63$ ).

### Instrumentos

- El JS-NEO-S (Ortet, Escrivá, Ibáñez, Moya, Villa, Mezquita y Ruipérez, 2010): es una adaptación española para adolescentes de entre 12 y 18 años, que evalúa las cinco dimensiones y las treinta facetas del Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae.
- El DPS (*Deviant Peer Scale*) es una escala de 22 ítems creada a partir de otros instrumentos similares (PBI, Prinstein, Boergers y Spirito, 2001; PDS, Blackson y Tarter, 1994; PD, Kim y Goto, 2000; SRBPC, Rio, Quay, Santiesteban y Szapocznik, 1989; y, PAI, Fergusson y Horwood, 1999) que pregunta a los adolescentes sobre la cantidad de sus amigos (1 = ninguno; 5 = todos) que han realizado conductas fuera de la norma durante los últimos 6 meses (p. ej.: robar, asaltar, consumir y/o vender drogas ilegales). Hay que tener en cuenta que en estos análisis no incluimos un ítem del DPS («Cuántos de tus amigos en los últimos 6 meses han consumido alcohol?»), para evitar redundancias en la evaluación de nuestras variables.

- El AIS-UJI (Ortet y cols., 2002) evalúa la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y otras sustancias.

### Procedimiento

La evaluación de la muestra se llevó a cabo en diferentes centros de educación secundaria de Valencia y Castellón, tanto de zonas urbanas como rurales. Los cuestionarios se administraron de forma colectiva, motivando a los participantes y asegurándoles la confidencialidad de los resultados.

### Análisis

En primer lugar, se calcularon los descriptivos y análisis de frecuencias de los datos demográficos de la muestra, las correlaciones bivariadas de Pearson y los análisis de regresión lineal por pasos, con el programa estadístico IBM SPSS Statistic, versión 19.

Por otra parte, para examinar los efectos directos y de mediación se realizó 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).

Los índices de bondad de ajuste que se utilizaron para evaluar la adecuación del modelo a los datos fueron: ji cuadrado (Bentler, 2006), Índice de ajuste comparado (CFI, Bentler, 1990), Índice de ajuste incremental (IFI, Bollen, 1989a), Índice de ajuste normado (NFI; Bentler y Bonett, 1980), el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA; Steiger, 1990) y como índice de parsimonia estimamos la ji cuadrado normada ( $X^2/gl$ ) (Wheaton, Muthén, Alwin, y Summers, 1977). De este modo para que se considere que el modelo se ajusta a los datos, el estadístico ji cuadrado debe no ser significativo (Bollen, 1989); mientras que la ji cuadrado normada, que se obtiene dividiendo la ji cuadrado por el número de grados de libertad ( $X^2/gl$ ) situada entre valores entre 1 y 2 sugiere un buen ajuste del modelo (Bollen, 1989). Valores de CFI, IFI y NFI entre ,95 y 1 indican un ajuste adecuado de los datos al modelo hipotetizado (Bentler, 1990; Hu y Bentler, 1999). En el caso del RMSEA, se consideran valores adecuados aquellos que son iguales o menores a ,05 (Browne y Cudeck, 1993).

## Resultados

### Análisis descriptivos

La media de consumo de alcohol de los participantes en una semana fue de 5,8 UBE (Unidades Bebida Estándar) ( $DT = 9$ ) (Rodríguez-Martos *et al.*, 1999). El máximo consumo fue de 86 UBE y mínimo 0. Del total de la muestra, 176 estudiantes informaron que no bebían alcohol (43,2 %).

El 5,37 % de los jóvenes evaluados informaron que no tenían ningún amigo que hubiera realizado, en los últimos 6 meses, alguna de las conductas que presentamos en el DPS evaluamos, fueron 22.

### Correlaciones bivariadas

Las correlaciones de Pearson mostraron que la Extraversión ( $r = ,17$ ;  $p < ,001$ ), la Responsabilidad ( $r = -,11$ ;  $p < ,05$ ) y las Conductas Antinormativas de los amigos ( $r = ,37$ ;  $p < ,001$ ) se relacionaban de forma significativa con el consumo de alcohol de los estudiantes.

Además, las correlaciones entre la Extraversión ( $r = ,11$ ;  $p < ,05$ ), la Apertura ( $r = -,11$ ;  $p < ,05$ ), la Amabilidad ( $r = -,18$ ;  $p < ,001$ ) y la Responsabilidad ( $r = -,11$ ;  $p < ,05$ ) con las Conductas Antinormativas de los amigos fueron significativas.

### Regresión lineal

Los análisis de regresión lineal mostraron que la Extraversión ( $E$ ) ( $\beta = ,15$ ;  $p = ,002$ ), las Conductas Antinormativas de los amigos ( $\beta = ,33$ ;  $p = ,000$ ) y la interacción de la (baja) Responsabilidad ( $R$ ) y las Conductas Antinormativas de los amigos ( $\beta = ,18$ ;  $p = ,001$ ) se asociaron de forma significativa con el consumo de alcohol propio (véase tabla 1). En la figura 2 se puede observar la interacción entre la  $R$  y las Conductas Antinormativas de los amigos.

Tabla 1  
Análisis de regresión lineal

		CONSUMO DE ALCOHOL			
		R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	$\beta$	t
		,025	,025**		
Paso 1	Género			-,127	-2,588**
	Edad			,102	2,090*
		,078	,053***		
	Neuroticismo			,054	,950
Paso 2	Extraversión			,203	4,111***
	Apertura			-,029	-,552
	Amabilidad			-,028	-,515
	Responsabilidad			-,105	-1,960
		,173	,095***		
Paso 3	DPS			,327	6,776***
		,208	,035**		
	Neuroticismo x DPS			-,094	-1,715
Paso 4	Extraversión x DPS			,103	1,902
	Apertura x DPS			,064	1,157
	Amabilidad x DPS			-,027	-,445
	Responsabilidad x DPS			-,183	-3,281**

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



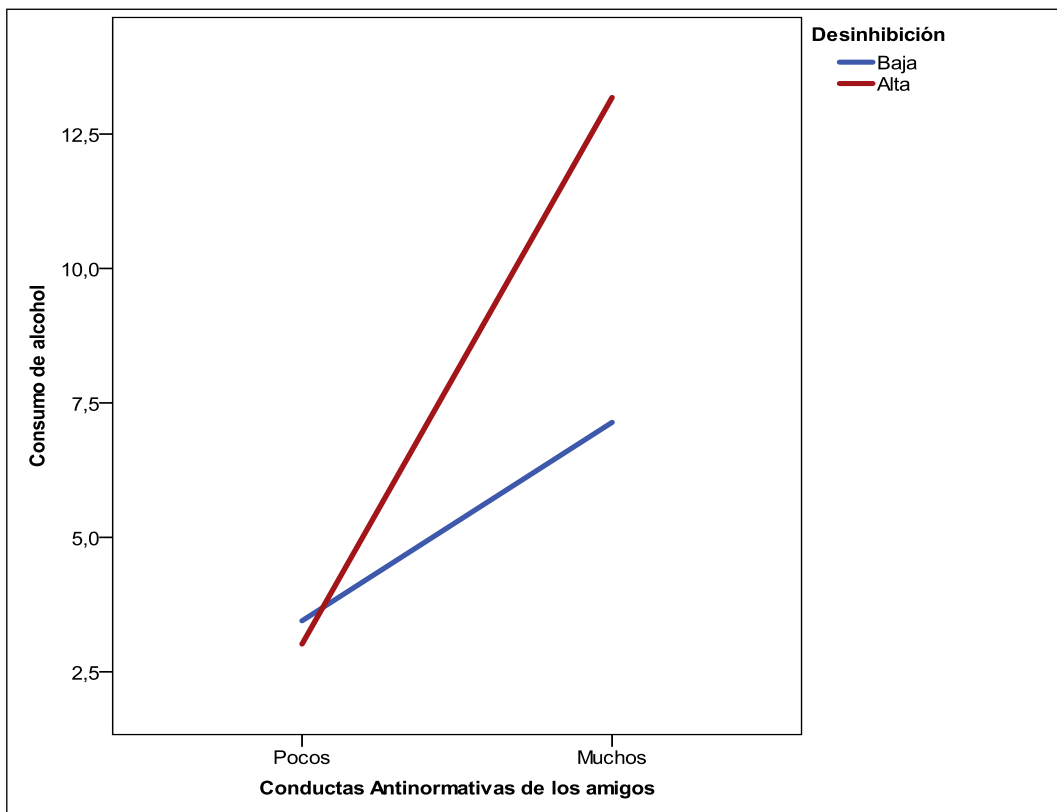
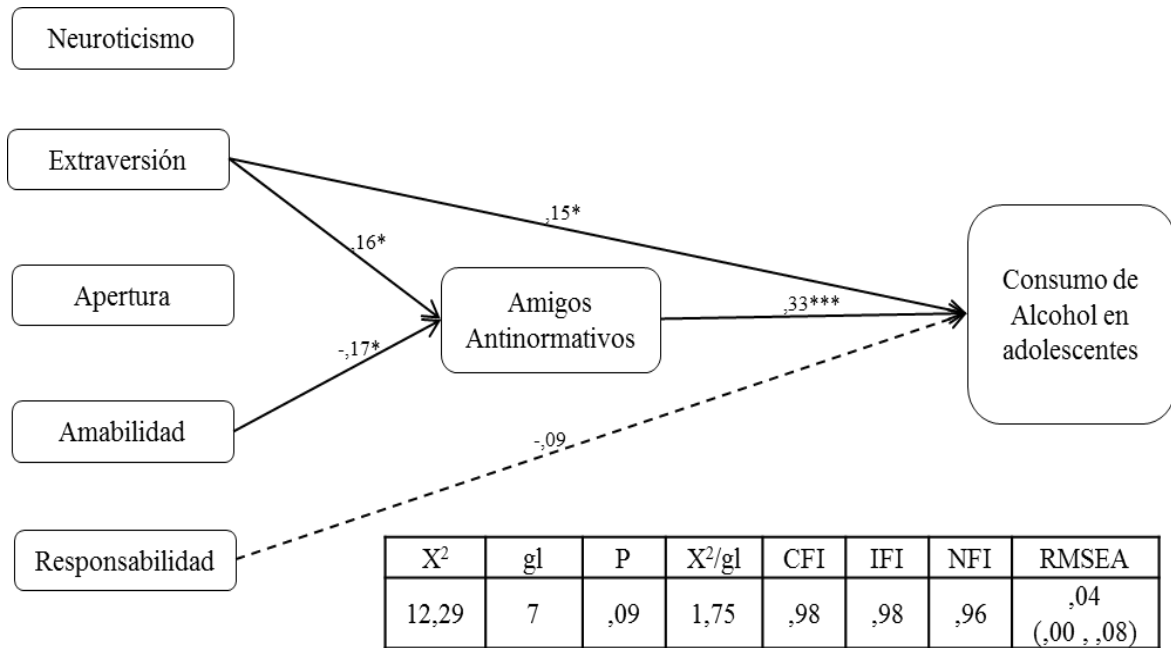


Figura 1. Interacción Responsabilidad (R) x Conducta Antinormativa de los amigos (DPS) en relación al consumo de alcohol en la muestra de estudiantes de secundaria

### Efectos directos y de mediación

El análisis de ecuaciones estructurales mostró que el modelo hipotetizado se ajustaba de forma adecuada a nuestros datos (véase figura 1). La Extraversión (E) se relacionó de manera directa con el alcohol ( $\beta = .15$ ;  $p < .05$ ). El estudio de los efectos indirectos mostró que E además se asociaba de forma indirecta con el consumo de alcohol a través de la afiliación con Amigos Antinormativos ( $\beta = .05$ ;  $p > .05$ ). Esta última, en forma de tendencia. Por su parte, la Amabilidad se relacionó únicamente de forma indirecta con el consumo de alcohol a través de su asociación con el tener un mayor número de amigos antinormativos ( $\beta = -.05$ ;  $p < .05$ ). La Responsabilidad mostró una asociación directa con el consumo de alcohol en forma de tendencia ( $\beta = -.09$ ;  $p > .05$ ).



Nota: sobre las líneas coeficientes  $\beta$  estandarizados a \*  $p < ,05$ , \*\*  $p < ,01$ , \*\*\*  $p < ,001$ . Las correlaciones entre las dimensiones de Personalidad y las vías no significativas (excepto las tendencias que se marcan con una línea discontinua) no se incluyen en la figura para facilitar su interpretación.

Figura 2. Modelo de ecuaciones estructurales

## Discusión

El objetivo del presente trabajo fue estudiar cómo las variables psicológicas y sociales son variables relevantes en el consumo de alcohol en adolescentes. En concreto, la Extraversión, la baja Amabilidad y la baja Responsabilidad serían relevantes en el consumo de alcohol de los adolescentes a través de diferentes vías tanto directas como indirectas. Además, variables ambientales como la cantidad de amigos antinormativos parecen moderar la influencia de la personalidad en la conducta final de consumo de alcohol propio.

Específicamente, hemos encontrado efectos simples y significativos de la Extraversión y la asociación con Amigos Antinormativos con el consumo de alcohol en adolescentes. Además, la Extraversión también mostraría un efecto de mediación parcial a través de facilitar la asociación con Amigos Antinormativos. Por otra parte, encontramos una mediación total en la dimensión de Amabilidad, de forma que la baja Amabilidad influiría en el consumo de alcohol a través de facilitar la afiliación con Amigos Antinormativos. Estos resultados apuntarían a la existencia de efectos de influencia y selección en relación al grupo de amigos y al consumo de alcohol: por una parte, características de personalidad como la alta extraversión y la baja amabilidad favorecerían la selección de amigos antisociales (Baumen y Ennett, 1996), los cuales influirían en el consumo de alcohol de los adolescentes (Borsary y Carey, 2001).

Además, y en contra de lo encontrado habitualmente (véase Ibáñez *et al.*, 2008), la baja Responsabilidad mostró un efecto directo marginal. No obstante, cuando examinamos los posibles efectos de moderación entre las variables de personalidad y el grupo de amigos, encontramos un fuerte efecto interactivo en relación a esta característica dimensión: así, la

baja Responsabilidad interactuaba con los Amigos Antinormativos, de forma que la baja Responsabilidad mostraba una fuerte asociación con el consumo de alcohol únicamente en caso de poseer muchos amigos que realizaran conductas antisociales. Es decir, y atendiendo a los efectos simples, la baja Responsabilidad apenas mostraría relación con el consumo de alcohol. No obstante, cuando existe un factor de riesgo relevante para el consumo de alcohol, como tener muchos amigos que realizan conductas de carácter antinormativo, esta dimensión ha mostrado ser muy relevante: aquellos jóvenes poco responsables y que tienen muchos amigos que presentan conductas antinormativas, consumirían el doble de alcohol que los más responsables que también tienen amigos antinormativos, y cuatro veces más que los chicos y chicas que tienen pocos amigos antinormativos, independientemente de su nivel de responsabilidad.

Con todo, y aunque los resultados sugieren la existencia efectos tanto de procesos de selección como de influencia en relación al papel de la personalidad y el grupo de amigos, se trata de un estudio transversal y, por tanto, deberíamos ser cautos a la hora de interpretar estos datos. Existirían, además, otras variables relevantes en el consumo de alcohol que también podrían influir en las relaciones encontradas, como el género, los estilos educativos familiares, las expectativas y motivos, entre otras, y que no han sido examinadas en este estudio. Por ello, un estudio más exhaustivo de las complejas relaciones entre los factores psicológicos y sociales en el consumo de alcohol se enriquecería enormemente con la utilización de metodología longitudinal y la inclusión de otras variables de riesgo y protección al consumo de alcohol.

En todo caso, el presente trabajo ha mostrado la relevancia de la personalidad y el grupo de amigos en el desarrollo del consumo de alcohol en adolescentes, así como la compleja interrelación de estas variables. Así, hemos descrito efectos directos simples de las variables la extraversión y las conductas antisociales del grupo de iguales en el consumo de alcohol. Asimismo, hemos encontrado efectos de mediación total (baja Amabilidad) y parcial (Extraversión) en el consumo de alcohol a través de facilitar la afiliación con amigos antisociales. Finalmente, hemos descrito un efecto de moderación importante entre la baja Responsabilidad y la cantidad de amigos que muestran conductas antinormativas en el consumo de alcohol de los adolescentes. Estos datos sugerirían la existencia de procesos tanto de selección como de influencia del grupo de amigos en relación al consumo de alcohol, y la presencia de efectos relevantes de transacción persona-ambiente en relación al consumo de alcohol.

## Referencias bibliográficas

- Bauman, K. E. & Ennett, S. T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: Commonly neglected considerations. *Addiction*, 91(2), 185-198.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, Multivariate Software Inc.
- Bentler, P. M. & Bonet, D. G. (1980). Significance test and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Bentler, P. M. & Wu, E. J. C. (2003). *EQS structural equations program Version 6.1*. [Computer software]. Encino, CA: Multivariate Software.
- Blackson, T. C. & Tarter, R. E. (1994). Individual, family, and peer affiliation factors predisposing to early-age onset of alcohol and drug use. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 18, 813-821.

- Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 17, 303-316.
- Borsari, B. & Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 391-424.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (ed.), *Testing structural equation models* (445-455). Newbury Park, CA: Sage.
- Caspi, A. & Roberts, B. W. (2001). Personality development across the life course: The argument for change and continuity. *Psychological Inquiry*, 12, 49-66.
- Fergusson D. M. & Horwood, L. J. (1999). Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal child psychology and psychiatry*, 40, 581-592.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- Ibáñez, M. I., Ruipérez, M. A., Villa, H., Moya, J. & Ortet, G. (2008). Personality and alcohol use. En G. J. Boyle, G. Matthews & D. H. Saklofske (eds.), *Handbook of Personality Theory and Testing*. New York: Sage.
- Kendler, K. S., Schmitt, E., Aggen, S. H. & 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(6), 674-682.
- Kim, T. E. & Goto, S. G. (2000). Peer delinquency and parental social support as predictors of asian american adolescent delinquency. *Deviant Behavior: an interdisciplinary journal*, 21, 331-347.
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57, 519-530.
- Ortet, G., Escrivá, P., Ibáñez, M. I., Moya, J., Villa, H., Mezquita, L. & Ruipérez, M. A. (2010). Versión corta de la adaptación española para adolescentes del NEO-PI-R (JS NEO-S). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 327-344.
- Pedersen, S. L. & McCarthy, D. M. (2008). Person-environment transactions in youth drinking and driving. *Psychology of Addictive Behaviors*. 22(3), 340-348.
- Prinstein, M. J., Boegers, J. & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends health-risk behavior: factors that alter or add to peer influence. *Journal of pediatric psychology*, 26, 287-298.
- Quay, H. C. & Peterson, D. R. (1987). *Manual for the revised behavior Problem Checklist*. Odesa, FL: PAR Inc.
- Quinn, P. D. & Fromme, K. (2011). The role of person-environment interactions in increased alcohol use in the transition to college. *Addiction*, 106, 1104-1113.
- Rio, A. R. & Quay, H. C., Santiesteban, D. A. & Szapocznik, J. (1989). Factor-analytic study of a spanish translation of the revised behavior problem checklist. *Journal of clinical child psychology*, 18, 343-350.
- Rodríguez-Martos, A., Gual, A. & 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(12), 446-450.
- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66, 507-514.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: and interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- Wheaton, B., Muthén, B., Alwin, D. & Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. En D. R. Heise (ed.), *Sociological Methodology 1977* (pp. 84-136). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.

# Validez factorial y fiabilidad de la Escala de Evaluación del Perfil y la Fase de la Violencia del Maltratador (EEPFVM)

## Aplicación a comportamientos homicidas

ANTONIO ROMERO FELIP  
Antonio.romero.felip@hotmail.com

M.<sup>a</sup> PILAR JARA JIMÉNEZ  
jara@psi.uji.es

### Resumen

El presente estudio constituye un intento de identificar aquellos rasgos sociales, psicológicos y/o comportamentales de los maltratadores domésticos capaces de situar a su víctima en peligro de muerte. Este trabajo tiene como objetivo principal medir, analizar y explorar los comportamientos, las creencias, y las actitudes de los maltratadores que se encuentran en los centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. Una muestra de 34 participantes fueron entrevistados mediante la Escala de Evaluación del Perfil y la Fase de la Violencia del Maltratador (EEPFVM). Se realiza un análisis factorial exploratorio con el que se obtuvieron dos variables latentes que hemos denominado sometimiento y control e inestabilidad. Estas variables permitirán detectar diferencias en variables clave del comportamiento delictivo de los maltratadores, los resultados muestran diferencias significativas entre los maltratadores homicidas y los no homicidas.

**Palabras clave:** maltratadores homicidas, violencia de género, análisis factorial, variables latentes.

### Abstract

The present study attempts to identify those social, psychological or behavioural traits in home abusers which might situate the victim in mortal danger. This work aims to measure, analyze and explore the behaviors, beliefs, and attitudes of abusers who are in Penitentiaries Centers of the Valencianish Community.

The sample of 34 participants was interviewed using the scale «Abuser Violence Profile and Phase Assessment Scale» (EEPFVM). An exploratory factorial analysis was conducted, which showed two latent variables that we have called «submission and control» and «instability». These variables allow detecting differences in key variables in the criminal behavior of the abusers, the results show significant differences between homicidal and not homicidal abusers

**Keywords:** homicidal abusers, gender violence, factorial analysis, latent variables.

## Introducción

El trabajo que presentamos versa sobre las relaciones entre las creencias, los comportamientos y actitudes que poseen los maltratadores hacia la violencia de género. El presente estudio trata de aportar una aproximación al perfil del maltratador. Partiendo de la díada formada por el maltratador-maltratada, en la que están relacionados directamente los hijos, perceptores directos o indirectos de la violencia. La mujer afectada por la violencia, es la consecuencia del maltratador, y este el antecedente. El intento por conocer las creencias, actitudes y mecanismos básicos que ejerce, potencialmente, el maltratador con su pareja así como la interrelación con su pareja y/o su entorno, nos dará las claves para una planificación adecuada no solo al tratamiento, sino también a una prevención eficaz y eficiente en materia de violencia de género, que en definitiva es lo que más interesa, que dejen de morir mujeres por estas causas.

Los resultados obtenidos tras el análisis factorial exploratorio nos informan sobre los comportamientos, las creencias y las actitudes en relación con la violencia que ejercen o han ejercido contra sus pareja, tanto los maltratadores homicidas como los que no han cometido homicidio. Las conclusiones nos permitirán realizar una reflexión para la mejora en el contexto de la violencia de género ejercida por el maltratador. En este sentido; conocer las creencias, actitudes y mecanismos básicos del maltratador y su interrelación con la pareja y/o su entorno, nos dará las claves, a largo plazo para una planificación adecuada tanto del tratamiento, como la prevención eficiente en violencia de género

Los patrones conductuales y culturales, el aprendizaje y la generalización de una serie de destrezas y habilidades en los maltratadores se tiene que investigar para obtener un instrumento que permita discriminar los indicadres potenciales del maltrato. En este sentido, las investigaciones realizadas por Echeburúa, Amor y Corral (2009), demuestran que los agresores suelen presentar con frecuencia alteraciones psicológicas. Por contra y, en menor medida, cuadros clínicos bien definidos (por alcoholismo, trastornos de la personalidad, celos delirantes). Otros autores (Novo, M. Fariña, F. Seijo, M. D. y Arce, R., 2012), señalan características de la conducta del maltratador como la hostilidad, es decir, agresión, ira, furia, irritabilidad, rabia, resentimiento, e ideas persecutorias como, sospechosa, miedo de perder autonomía, necesidad de control, las dificultades para expresar su hostilidad. En este sentido, la literatura ha informado que las anteriores características son sistemáticamente los mejores predictores de los comportamientos violentos. (Andrews y Bonta, 2010; Baker, Van Hasselt y Seller, 2008; Firestone, Nunes, Moulden, Broom y Bradford, 2005; Robertson y Murachver, 2007).

Otros autores (Bersani, Chen, Pendleton y Denton, 1992; Corsi, 1995; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Navarro, 2000), han encontrado que los maltratadores son incapaces de mostrar sentimientos adecuados, se caracterizan por poseer altos niveles de estrés, fracaso vital; escasa confianza y bajo auto concepto; sentimiento de desagrado y cólera; baja tolerancia a la frustración; escaso control de la ira e impulsos; celos y dependencia extrema. En este contexto, la ruptura no deseada de la pareja desencadena en el hombre graves consecuencias de íntimo dolor y frustración. Así pues, los hombres homicidas pueden mostrar una gran dependencia emocional hacia su pareja, estar obsesionados por ella o no asumir la ruptura (Lorente, 2004). En la mente de los futuros homicidas se empiezan a desarrollar, a partir de una creencia fija, ideas obsesivas prolongadas y perseverantes que suponen una visión catastrofista de la situación actual y una atribución de culpa a la mujer, sin ninguna esperanza en el futuro (Corral, 2004).

En cuanto a las actitudes, existe una serie de actitudes, presentes en los maltratadores, como las desvalorizaciones, posturas y gestos amenazantes, indiferencias, falta de atención

a las necesidades de los miembros de la familia y, por supuesto, las conductas destructivas (Caño, 1995). Además, las investigaciones se han centrado en aspectos como las características del maltratador que podrían considerarse como causantes y/o moduladoras del abuso. En este sentido, sobresale la idea de que la violencia contra las mujeres en la pareja es un fenómeno multicausal que se explicaría a partir de la intervención de factores individuales, sociales y del contexto concreto de la pareja (Bosch y Ferrer, 2002).

De hecho, son muchos los trabajos empíricos (Bernar y Bernard, 1984; Briere, 1987; Coleman, 1980; Crossman, Stith y Bender, 1990; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997, 1998; Madina, 1994; O'Neil y Harway, 1997; Pressman, 1989; Rosebaum y O'Leary, 1981; Roy, 1982; Sonkin, Martin y Walker, 1985; Stith y Farley, 1993; Telch y Lindquist, 1984; Walker, 1983, 1984) según los cuales las actitudes sexistas hacia la mujer constituirían una característica relevante y/o distintiva de los maltratadores. En este sentido, hay autores que entienden que las actitudes de los maltratadores son ambivalentes (Glick y Fiske, 1996). En cambio, Myers (1995), la considera, en cualquier caso, una actitud negativa, una evaluación que incluye aspectos distorsionados de las mujeres (Bosch y Ferrer, 2002).

Por último, indicar que las actitudes, también, pueden ser variables definidas como inhibidores y facilitadores de la violencia en situaciones de conflicto. De esta manera, hay maltratadores que poseen actitudes de justificación de la violencia y los que tenían menos habilidades para enfrentarse a los conflictos. Estas creencias con respecto al hombre maltratador se relacionan con una estructura rígida de género, hacen referencia al poco control de impulsos y al poco contacto de las emociones por parte de los maltratadores; las creencias acerca del maltratador con respecto a la imagen que proyecta, en cuanto a sus conductas en el espacio público (trabajo, amigos, escuela) y en el espacio privado (hogar, relación de pareja, familia); las creencias que las personas tienen con respecto al maltratador que se relacionan con algún factor asociado para el ejercicio de la violencia, como puede ser la vivencia de violencia en la infancia, el uso y consumo de alguna droga, o haber ejercido violencia en alguna otra relación de vinculación afectiva.

En relación con, el modelo hegemónico hay resultados indican que los hombres están de acuerdo con las creencias que se relacionan con la masculinidad hegemónica (Connel, 1995; De Keijzer, 2005; Garda, 2006). También existen los micromachismos que según Bonino (2002) es donde el hombre ejerce el poder en espacios casi invisibles. Hay estudios donde los hombres perciben su violencia como parte de la identidad masculina (Ramírez, 2003). En el estudio de estas creencias, es frecuente la presencia de sesgos cognitivos y creencias irracionales en los maltratadores referidos, por una parte, a pensamientos equivocados sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, a ideas distorsionadas sobre la legitimización de la violencia como forma de resolver los conflictos (Corsi, 1995; Howes, 1980).

Así pues, teniendo en cuenta la naturaleza de las conductas, creencias y actitudes, se puede producir un proceso con resultado de homicidio. Así, la conducta explosiva, coincide con el desbordamiento del agresor por la situación de malestar y se muestra incapaz de solucionar la situación. De este modo, se genera un desequilibrio profundo y surge la convicción de la muerte homicida como algo inevitable. La probabilidad de un homicidio es mayor cuando el agresor presenta un estilo de conducta violento o alteraciones psicopatológicas, la víctima es vulnerable y la relación entre ambos está sujeta a un nivel alto de estrés.

## Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo principal medir, analizar y explorar los comportamientos las creencias, y las actitudes de los maltratadores que se encuentran en los centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana.

Desde este objetivo general nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

Conocer las interrelaciones que se producen en la escala que evalúa el tipo y la/s fase/s del maltrato.

Identificar qué ítems pueden agruparse generando nuevas variables latentes. Desde esta perspectiva pretendemos reducir dimensiones, trabajando con las variables latentes y aplicando el modelo para contraste de hipótesis desde la formación de grupos de internos (homicidas y no homicidas).

## Hipótesis

Centrando nuestra atención en el maltrato con resultado de homicidio, consideramos que las variables latentes emergentes de la aplicación de la escala permitirán detectar diferencias en esta variable clave del comportamiento delictivo de los maltratadores.

## Método

### *Muestra*

La muestra de participantes que han contestado al cuestionario es de 34 internos, que se encontraban realizando un programa de reeducación en los centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. Para conformar la muestra se realizó una selección atendiendo a los siguientes criterios: ser mayor de edad; haber cometido un delito, o más, de violencia de género; asistir en el momento de la administración a un programa de reeducación implantado por el/la psicólogo/a del centro; firmar un consentimiento informado y, por último, acceder voluntariamente a participar.

La edad media de la muestra es 35.88 años (DT: 6.772), situándose el rango entre 21-49 años. Referente al estado civil, la mayoría son solteros con un 51.5 %; separados un 15.2 %; están divorciados el 12.2 % y un 6.1 % están casados, tienen pareja o son viudos. En cuanto al número de hijos/as, el 24.2 % de la muestra tienen un/a hijo/a; el 27.3 % tiene dos hijos/as; el 21.2 % no tienen hijos/as; el 15.2 % tienen tres hijos/as; el 6.1 % tiene cinco y por último el 3 % tiene cuatro hijos/as. Referente al nivel socioeconómico de la muestra, el 54.2 % afirma poseer un nivel socioeconómico medio; el 18.2 % afirma tener un nivel socioeconómico medio-bajo; un 15.2 % dice que tiene un nivel bajo; el nivel medio-alto afirma de lo poseen el 9.1 % y, por último, con un 3 % se sitúan los que afirman poseer un nivel socioeconómico alto. El nivel cultural que poseen los participantes es de un 65.6 %, los que afirman poseer estudios primarios; un 12.5 % saben leer y escribir; poseen formación profesional y estudios secundarios un 9.4 % y, un 6.1 % afirma poseer estudios universitarios. Cuando se les pregunta por el número de amigos/as con los/as cuales podrían contar si necesitasen su ayuda (apoyo social), el 30.3 % afirma que con ningún/a; con dos o tres amigos/as contestan un 15.2 %; el 9.1 % afirma poder contar con la ayuda de ocho amigos/os; el 6.1 % afirma que puede contar con, siete y diez, y un 3 % puede contar con siete amigos/os. En cambio, cuando se les pregunta



por la familia directa con la que pueden contar en caso de necesitar su ayuda (apoyo familiar) hay una gran variabilidad, el 18.2 % afirma contar con 10 miembros de la familia; con un, tres y cinco afirma que puede contar el 12.1 %; con dos, seis y quince familiares puede contar el 6.1 %; con ningún familiar y con ocho puede contar el 6.1 %, y por último el 3 % puede contar con la ayuda de nueve miembros de la familia. En cuanto a la situación penal de los participantes el 90.9 % está penado y el 9.1 % está preventivo, en espera de juicio. En cuanto si han cometido homicidio o no, un 96.9 % afirma que no ha cometido homicidio y el 3.1 % afirma que si que lo ha cometido. A la pregunta si poseen antecedentes penales el 64.5 % afirma que sí posee frente a un 35.5 % que contesta que no posee antecedentes. En referencia al grado de clasificación penitenciario, un 93.9 % contesta estar clasificado en segundo grado y un 3 % de los participantes afirma estar sin clasificar y otro 3 % esta clasificado en primer grado. Del total de la muestra que ha contestado al cuestionario el 63.6 % pertenece a IIPP de Castellón 1; el 12.1 % pertenece a IIPP de Alicante 1 y el 24.2 % pertenece a IIPP de Alicante 2.

### *Procedimiento*

El primer paso fue contactar con la Unidad de Apoyo de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para proponerles el objetivo de nuestra investigación y obtener, de esta forma, su colaboración y autorización.

Un vez obtenida la autorización contactamos con los/as directores /as de los cinco centros penitenciarios de la Comunidad valenciana. Posteriormente contactamos con los/as subdirectores/as de tratamiento para concretar una entrevista con el objetivo de realizar el censo de maltratadores que cumplen condena por violencia de género.

Por último, se administró el cuestionario a 34 internos que, en ese momento, se encontraban realizando un programa de reeducación por parte del y de la psicólogo/a interno y externo al centro penitenciario. Así se llegó al vaciado y análisis de datos en programa SPSS (vr21).

### *Análisis*

Para reducir las variables observadas en un conjunto menor de variables latentes subyacentes a la escala se realizó un análisis factorial exploratorio.

Se partió del procedimiento de componentes principales pero se explica la extracción por máxima verosimilitud y rotación oblicua.

## **Resultados**

Para realizar el análisis factorial exploratorio, partimos de la matriz de correlaciones entre los ítems. Desde la que identificamos la idoneidad del modelado; para ello comprobamos: El valor del determinate (0,001), La medida de adecuación muestral ( $KMO = 0,746$ ), que en principio resulta adecuada; no obstante, desde el estudio de la medida de adecuación muestral de las variables, encontramos que la variable: « las bofetadas son necesarias» posee un valor muy bajo ( $KMO = 0,511$ ), lo que sugiere que consideramos el análisis prescindiendo de esta variable. Así, si no incluimos dicha variable, el valor del  $KMO$  de conjunto pasa a ser de 0,803, lo que estaría indicando la buena disposición de la interrelación de las variables para proceder con el análisis factorial. Asimismo, el test de Barlett (AproxChi-Square = 118,114, sig

= 0,000), nos indica la no esfericidad de los datos. Con estas premisas procedemos a plantear el análisis factorial.

Cuando consideramos el análisis por –Componentes Principales–, la figura 1 indica que existen dos variables latentes con autovalores por encima de la unidad. Por lo que abordamos las componentes de las dos variables latentes.

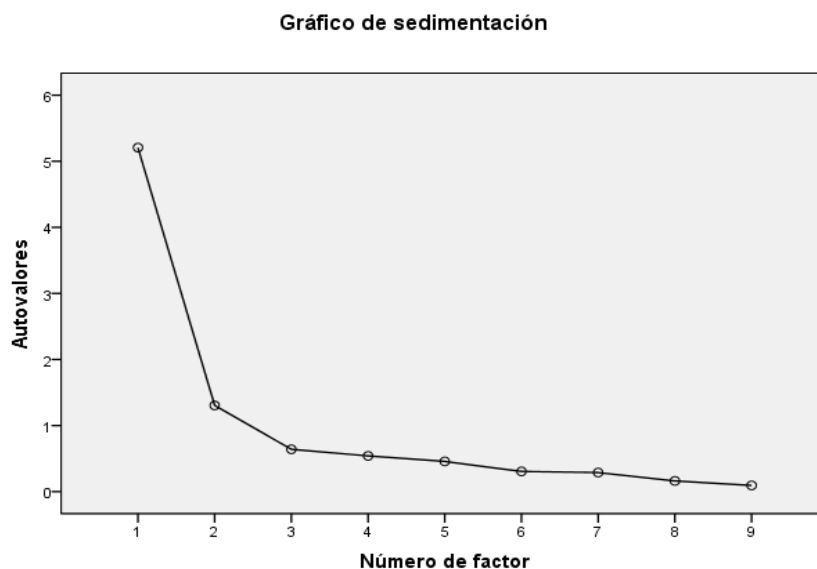


Figura 1. Número de factores por componentes principales

Tras comprobar las diferentes estrategias de estimación, encontramos que el procedimiento por máxima verosimilitud, optimizaba los datos y permitía obtener dos factores que explicaban el 72,359 % de la varianza total, como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1  
Porcentaje de varianza explicada por máxima verosimilitud

Varianza total explicada							
Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación <sup>a</sup>
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	5,207	57,859	57,859	4,800	53,329	53,329	4,351
2	1,305	14,500	72,359	1,062	11,795	65,123	3,292
3	,641	7,118	79,477				
4	,541	6,006	85,483				
5	,457	5,077	90,559				
6	,306	3,395	93,954				
7	,288	3,203	97,158				
8	,162	1,798	98,955				
9	,094	1,045	100,000				

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

a. Cuando los factores están correlacionados, no se pueden sumar las sumas de los cuadrados de las saturaciones para obtener una varianza total.

En la tabla 2 muestra las saturaciones de las variables en cada uno de los factores de obtenidos.

Tabla 2  
Saturaciones en los factores

<b>Matriz de configuración.<sup>a</sup></b>		
	Factor	
	1	2
Los hombres debemos tener el poder	,869	
La mujer no debe llevar la contraria a su marido	,801	,189
Considero que la mujer debe obedecer al hombre	,751	-,160
La obligación de una mujer es tener relaciones con el marido, aunque no le apetezca	,722	-,314
Cuando estoy nervioso no se lo que hago	,700	
Cuando estoy tenso suelo ser agresivo	,536	-,381
Descargar mi ira sobre los demás me relaja	-,118	-,985
Tengo miedo a que me abandonen	,105	-,699
Tengo un humor cambiante	,302	-,466
Método de extracción: Máxima verosimilitud. Metodo de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.		

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Así pues podemos extraer las dos variable latentes conformadas y nombradas del modo que muestra la tabla 3.

Tabla 3  
Componentes de las variables latentes

<b>F1: Sometimiento y control</b>
Los hombres debemos tener el poder
La mujer no debe llevar la contraria a su marido
Considero que la mujer debe obedecer al hombre
La obligación de una mujer es tener relaciones con el marido aunque no le apetezca
Cuando estoy nervioso no se lo que hago
Cuando estoy tenso suelo ser agresivo
<b>F2: Inestabilidad</b>
Descargar mi ira sobre lo demás me relaja
Tengo miedo a que me abandonen
Tengo un humor cambiante

El estudio de la consistencia interna de ambos factores, indican altos valores de fiabilidad. Concretamente, el factor Sometimiento-control alcanza un  $\alpha = ,892$  y el factor Inestabilidad alcanza un  $\alpha = ,772$ .

La rotación de factores permite comprobar que entre ellos existe una correlación de ( $r = 0,606$ ). Por tanto, la rotación es oblicua y el ángulo de giro entre los ejes es de  $52,69^\circ$ .

La obtención de las puntuaciones factoriales, se realiza mediante el procedimiento de regresión y se utilizan sus valores para contrastar la hipótesis de que los factores obtenidos no permiten diferenciar entre presos por homicidio y por no homicidio. Para contrastar dicha hipótesis se realiza la 'Prueba t' para la igualdad de medias. Como muestra la tabla 4, debemos rechazar la hipótesis y encontramos diferencias significativas. Por tanto, los factores discriminan entre los maltratadores homicidas y los no homicidas. Ambos puntúan diferencialmente en los dos factores.

Tabla 4

Prueba de muestras independientes								
		Prueba T para la igualdad de medias						
							95 % Intervalo de confianza para la diferencia	
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
REGR factor score 1 for analysis 1	Se han asumido varianzas iguales	7,023	25	,000	4,18632746	,59610875	2,95861850	5,41403642
REGR factor score 2 for analysis 1	Se han asumido varianzas iguales	3,895	25	,001	3,15139001	,80915285	1,48490852	4,81787150

Lo que nos lleva a conocer qué valor tiene la puntuación diferencial entre ambos grupos. La tabla 5 contiene tales valores.

Tabla 5  
*Medias de los factores entre internos homicidas y no homicidas*

	TIPO DE DELITO	MEDIA
REGR factor score 1 for analysis 1	con homicidio	4,0586121
	sin homicidio	-,1277153
REGR factor score 2 for analysis 1	con homicidio	3,0712195
	sin homicidio	-,0801705

## Conclusiones

En cuanto a la escala confeccionada, muestra de modo exploratorio tener validez factorial. En cuanto al estudio de fiabilidad, nos indica que la escala alcanza valores que garantizan su fiabilidad. El modelo factorial obtenido permite discriminar entre internos con delito de homicidio y lo que no lo han cometido.

Referente a los maltratadores que matan a sus parejas o exparejas, estos puntúan más alto en control y sometimiento que ejercen sobre ellas que los que no llegan a cometer el asesinato.

Asimismo los maltratadores homicidas también son más inestables en su carácter y tienen más miedo al abandono. En esta dirección indicamos que la conducta violenta puede mostrarse de forma impulsiva. La conducta agresiva que está motivada por sentimientos de ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos. En este aspecto destacamos autores como Spielberger (1993), que establece el síndrome AHA (Anger-Hostility-Agression), en donde la ira es un estado emocional que puede llegar a generar hostilidad. Cuando esta hostilidad se vuelve visible, se presenta como comportamiento agresivo, con la intención de destruir lo que la generó. De esta forma, la ira antecede a la agresión, en forma de cadena. De acuerdo a lo anterior, podemos entender que la agresividad es una conducta observable, antecedida por la hostilidad y la ira (Spielberger, 1993), esta última añade un factor emocional. Además, es de recalcar la relevancia que tiene la psicología en la prevención de la agresividad, desde la comprensión y el manejo de la ira.

Por lo tanto, destacamos que estas variables, son de crucial importancia para iniciar la reflexión hacia determinados comportamientos que detectados precozmente pueden, al menos, reducir el número de mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas. En este contexto, la mujer no puede seguir siendo el objeto, si no el complemento, de satisfacción sexual. En este sentido, la prevención es el principal reto en el contexto del homicidio de pareja. Se debe alertar a las mujeres del peligro de subestimar el riesgo (no presentando denuncias) o de bajar la guardia (pensando que no hay peligro y retirando las medidas de protección). Cuando el proceso de homicidio no es visible, sino que se realiza de manera no visible, se debe prestar atención a los cambios de conducta del agresor (depresión, aislamiento social, abuso de alcohol o fármacos, etc.) y darle la ayuda terapéutica necesaria, al mismo tiempo que buscar medidas de autoprotección para la víctima (Cobo, 2009).

Por lo tanto, el hombre debe aprender mecanismos de autocontrol de la ira y no canalizarla en agresividad. Con lo cual: «no es más macho el más agresivo». También incidimos en que debe realizarse un proceso de cambio desde el sometimiento de la pareja por la idea de compartir «porque ambos queremos» ayudará a ambas partes a convivir.

Para finalizar, es necesaria e inminente la educación en igualdad, desde las diferencias, a lo largo de toda la vida, y no solo en la escuela, por ser esta educación el mejor reductor del resultado de muerte para el que nos han enseñado que es más débil.

Agradecimientos: Agradecemos la colaboración prestada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

## Referencias bibliográficas

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 227-246.

- Altemeier, W. A., O'Connor, S., Sherrod, K. B. & Tucker, D. (1986). Outcome of abuse during childhood among pregnant low income women. *Child Abuse & Neglect*, 10, 319-330.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5.<sup>a</sup> ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.
- Baker, M. T., Van Hasselt, V. & Sellers, A. H. (2008). Validation of the Novaco Anger Scale in incarcerated offender population. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 741-754.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bernar, J. & Bernard, M. (1984). The abusive male seeking treatment: Jekyll and Hyde. *Family Relations*, 33, 543-547.
- Bersani, C. A. & Chen, H. (1988). Sociological Perspectives in Family Violence. En V. B. van Hasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack, & Hersen, M. *Handbook of Family Violence*. Nueva York: Plenum Press.
- Bersani, C. A., Chen, H. T., Pendleton, B. F. & Denton, R. (1992). Personality traits of convicted male batterers. *Journal of Family Violence*, 7, 123-134.
- Bonino, L. (2002). Develando los micromachismos en la vida conyugal. En J. Corsi *et al.*, *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. (pp. 191-208). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bosch, E. & Ferrer, V. A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Cátedra, 49-80.
- Bosch, E. & Ferrer, V. A. (2008). *Violencia de género. Algunas cuestiones básicas*. Jaén: Alcalá. Cap. 2, 84.
- Briere, J. (1987). Predicting self-reported likelihood of battering: attitudes and childhood experiences. *Journal of Research in Personality*, 21, 61-69.
- Caballo, V. E. (1987). *Teoría, evaluación & tratamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Campbell, R. C., Sullivan, M. S. & Davison, W. S. (1995) Women who use domestic violence shelters: changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 230-235.
- Caño, X. (1995). *Maltratadas: el infierno de la violencia sobre las mujeres*. España: Ed.: Temas de hoy.
- Cobo, J. A. (2009). Manual de autoprotección de las mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. En E. Echeburúa *et al.* (eds.), *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja* (pp. 137-148). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Coleman, K. H. (1980). Conjugal violence: what 33 men report. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 6, 207-213.
- Connel, D. (1995). *Organización social de la Masculinidad, Masculinidades*. Berkeley: California Press.
- Corral, P. (2004). El agresor doméstico. En J. Sanmartín (ed.), *El laberinto de la violencia* (pp. 239-250). Barcelona: Ariel.
- Corsi, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires. Paidós.
- Crossman, R. K., Stith, S. M. & Bender, M. M. (1990). Sex role egalitarianism and marital violence. *Sex Roles*, 22 (5-6), 293-304.
- De Keijzer, B. (2005). Masculinidades y Violencia de Género. En M. Elu & Santos, E. (eds.), *A lo largo del camino* (pp. 217-226). México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Echeburúa, E., Corral, R., Sarasúa, B., Zubizarreta, I. & Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales*. Vitoria: Instituto Vasco de la Mujer.

- Echeburúa, E., Corral, R., Sarasúa, B. & Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de malos tratos domésticos: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, Cap. 22, 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasúa, B. & Zubizarreta, I. D. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia de género en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de psicopatología & Psicología Clínica*, Cap. 2, 7-19.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa & P. Corral (eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P. & López-Goñi, J. J. (2009). Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence. A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 925-939.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivoconductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 355-385.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- Ferrer, V. A. (2008). *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del siglo XXI*. Editorial: Biblioteca Nueva Madrid. ISBN: 978-84-9742-777-7.
- Firestone, P., Nunes, K. L., Moulden, H., Broom, I. & Bradford, J. M. (2005). Hostility and recidivism in sexual offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 277-283.
- Frankel, J. (2002). Explorando el concepto de Ferenczi de identificación con el agresor. Su rol en el trauma, la vida cotidiana y la relación terapéutica”, *Aperturas psicoanalíticas*, n.º 11.
- Galligo, F. (2009). *SOS... Mi chico me pega pero yo le quiero*. Madrid. Pirámide.
- Garda, R. (2006). La violencia masculina en la relación de pareja en la Ciudad de México. Análisis desde la perspectiva de género & de la estructuración. En R. Garda & Huerta, F. (comps.), *Estudios sobre la violencia masculina* (pp. 243-297). Ciudad de México: Indesol-Hombres por la Equidad A. C.
- Garrido, V., Stangeland, P. & Redondo, S. (1999). Violencia en la familia: la mujer maltratada. En *Principios de criminología*. Valencia. Tirant Lo Blanch.
- Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, 146-155
- Glick, P. & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Hirigoyen, M. F. (2002). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Ed. Psidós.
- Hirigoyen M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós Contextos.
- Howes, K. (1980). Conjugal violence: what 33 men report. *Journal of Marital and Family Therapy* (April), 207-213.
- Hunter, R. & Kilstrom, N. (1979). Breaking the cycle of abusive families. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1320-1322.
- Jara, P., Romero, A., Herrero, F. & Rosel, J. (2011). Variables predictoras de la duración & denuncias en la violencia de género. *I congreso internacional de educación para la igualdad*. Publicado en actas. ISBN: 978-84-938439-2-2. Pp: 217-227. Depósito legal: GR. 4163-2011.
- Kaufman, J. G. & Zigler, E. (1987). Do Abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- Lorente, M. (2004). *El Rompecabezas. Anatomía del maltratador*. Editorial Crítica, 2004.

- Ley O. 1/2004. 28 de diciembre. Medidas de protección integral contra la violencia de género.
- Madina, J. (1994). Perfil psicosocial & tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (ed.), *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Maqueda, M. L. (2006). *La violencia de género: entre el concepto jurídico y la realidad social*. Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología (en línea), n.º 0802. <Http://crimenet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>.
- Mayers, D. G. (1995). *Psicología social*. México: McGraw-Hill. 4.ª edición.
- Montero, A. (2001). Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12, 5-31.
- Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer*. A/RES/48/104. Ginebra: Naciones Unidas.
- Navarro, G. (2002). La pareja violenta. Formulas de intervención. En Navarro, G. & Pereira, M. (2002). *Parejas en situaciones especiales* (pp. 43-86). Barcelona: Paidós.
- O'Neil, J. M. & Harway, M. (1997). A multivariate model explaining men's violence toward women. *Violence Against Women*, 3(2), 182-204.
- Pressman, B. (1989). Wife abused couples: The need for comprehensive theoretical perspectives and integrated treatment models. *Journal of Feminist Therapy*, 1, 23-43.
- Ramirez, J. (2003). *Masculinidad y violencia doméstica*. Guadalajara: Centro de Investigaciones & Estudios Superiores en Antropología Social Occidente.
- Robertson, K. & Murachver, T. (2007). Correlates of partner violence for incarcerated women and men. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 639-655.
- Rosenbaum, A. & O'Leary, K. D. (1981). Marital violence: characteristic of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(1), 63-71.
- Roy, M. (1982). Four thousand partners in violence: a trend analysis. En M. Roy (Ed.), *The abusing partner: An analysis of Domestic Battering*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Sonkin, D. J., Martin, D. & Walker, L. E. A. (1985). *The male batterer: A treatment approach*. New York: Springer.
- Spielberger, C. D. (1993). VIII Congreso Nacional de Psicología: Una Psicología para la Paz. Sociedad Colombiana de Psicología. Bogotá D. C.
- Steele, B. F. & Pollock, C. B. (1968). A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. En R. E. Helfer, & Kempe, C. H. (eds.), *The battered child* (89-133). Chicago: University of Chicago Press.
- Stith, S. M. & Farley, S. C. (1993). A predictive model of male spousal violence. *Journal of Family Violence* 8(2), 183-201.
- Telch, C. F. & Lindquist, C. U. (1984). Violent vs. non violent couples: A comparison of patterns. *Psychotherapy, Theory, Research & Practice*, 3(1), 76-90.
- Themis (2004). *Defiende tus derechos. Guía práctica para mujeres maltratadas*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Instituto Catalán de las Mujeres.
- Walker, L. E. A. (1983). The battered women syndrome study. En D. Finkelhor, R. J. Gelles, G.T. Hotaling & Straus, M. A. (eds.), *The dark side of families: current family violence research* (pp. 277-288). Beverly Hills: SAGE.
- Walker, L. E. A. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Widom, C. S. (2000). Motivation and Mechanisms in the «cycle of violence». En D. J. Hansen (ed.), *Motivation and child maltreatment*, vol. 46 of the Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, p. 14.
- Yanes, J. M. & González, R. (2000). Correlatos cognitivos asociados a la experiencia de violencia familiar. *Psicothema*, 12, 41-48.



# PSICOLOGIA EVOLUTIVA I EDUCATIVA



## Análisis de la nueva ley valenciana de custodia compartida

Ley 5/2011 de Relaciones familiares de los hijos e hijas  
cuyos progenitores no conviven; desde un enfoque psicológico

AMAIA LÓPEZ IBÁÑEZ  
AI107983@uji.es

GEMA SERRA OCHOA  
AI107081@alumail.uji.es

ANTONIO VALVERDE GONZÁLEZ  
valverde\_ant@gva.es

MARÍA LIDÓN VILLANUEVA BADENES  
bvillanu@psi.uji.es

### Resumen

Los procesos de separación y divorcio suponen un cambio importante en la dinámica familiar que puede desencadenar una diferencia significativa en cuanto al tiempo de cohabitación del menor con cada uno de los progenitores.

Hasta ahora la legislación que venía rigiendo, también tenía en cuenta varios factores como: no separar a los hermanos, las necesidades afectivas y emocionales de los menores, la cercanía con la familia extensa o la dedicación de cada progenitor hacia el menor a la hora de establecer el régimen de convivencia de los menores con los progenitores. Sin embargo la regla general otorgaba la guarda y custodia en un 94 % de los casos a las mujeres (según datos aportados por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), años 2003 y 2004).

En este trabajo se abordará la aplicación de la nueva ley valenciana de custodia compartida; Ley 5/2011, de Relaciones familiares de los hijos e hijas cuyos progenitores no conviven. Para ello se analizarán dos casos del Juzgado de Familia de Castellón de la Plana posteriores a la puesta en vigor de esta ley, a través de los cuales se estudiarán los factores determinantes para otorgar esta modalidad de custodia y el impacto social, emocional y afectivo que tiene en las familias.

**Palabras clave:** divorcio, familia, progenitor, menores, Ley 5/2011, necesidades afectivas y emocionales, custodia compartida.

## Abstract

The processes of separation and divorced assume an important change in the family dynamic that can trigger a significant difference in how much time the minor cohabitates with each parent.

Until now, the governing legislation also has considered factors like: not separating siblings, affection and emotional needs of the minor, closeness with their extended family or the dedication of each parent towards the minor at the time of establishing the minor's residence.

However, the general rule is to award guardianship and custody to the women as seen in 94 % of cases (according to data from 2003 and 2004 contributed by the INEGI (National Institute of Statistic and Geography)).

This work tackles the application of the new Valencian law of shared custody, law 5/2011 of family relations of sons and daughters whose parents do not live together. It will analyze two cases from the family court in Castellón de la Plana from before the application of these law, through which we will study the determining factors for awarding these model of custody and the social, emotional and affective impact that it has on the families.

**Keywords:** divorced, family, parents, minors, law 5/2011, affective and emotional needs, shared custody.

## Introducción

El divorcio es cada vez más frecuente en nuestra sociedad, supone una crisis que conmociona al grupo familiar teniendo repercusiones en todos los ámbitos.

El hecho de proceder de una familia divorciada, en sí mismo, no nos dice mucho sobre su trayectoria y consecuencias en el desarrollo (Kelly, 2003). Aunque los cambios en la estructura de la familia son muy importantes, la mejor forma de entender los efectos del divorcio es analizando los procesos familiares.

El divorcio supone para la familia una serie de cambios y desafíos por las alteraciones que provoca en los roles y funcionamiento familiar, una separación o un divorcio supone una alteración de la relación establecida previamente entre dos sujetos, pero también afecta a la situación laboral y económica de la unidad familiar.

El divorcio legal establece el marco de la separación económica de la pareja y determina a quién la tenencia de los hijos; todas las medidas hacen referencia a: los hijos, la vivienda, ajuar doméstico, contribución a cargas familiares y alimentos, al régimen económico matrimonial y a la pensión de uno u otro de los cónyuges (Fernández Ros y Godoy Fernández, 2002).

En el transcurso de la separación legal tiene lugar el tipo de intervención psicológica que se denomina *Peritaje* y que consiste en el asesoramiento a los jueces para su toma de decisiones relativas a la reorganización familiar posruptura más conveniente para los hijos. La tarea básica de un psicólogo que interviene como perito en un procedimiento de familia es evaluar todos aquellos aspectos que sean relevantes para asesorar/auxiliar a los jueces competentes en su toma de decisiones sobre la custodia, el régimen de comunicación y visitas o la patria potestad de los hijos menores en los asuntos de separación o divorcio.

A lo largo del tiempo en un amplio porcentaje la custodia se otorgaba de forma casi sistemática a las mujeres. El 1 de abril de 2011, las Cortes Valencianas aprobaron la Ley 5/2011, de Relaciones familiares de los hijos e hijas cuyos progenitores no conviven, que coloquialmente conocemos como ley valenciana de custodia compartida.

Con esta nueva ley, se establece como regla general y teniendo en cuenta una serie de factores y requisitos contemplados para su obtención que atribuirá a ambos progenitores, de manera compartida, el régimen de convivencia con los hijos e hijas menores de edad, sin que sea obstáculo para ello la oposición de uno de los progenitores o las malas relaciones entre ellos. Mientras que como regla excepcional se establece que la autoridad judicial podrá otorgar a uno solo de los progenitores el régimen de convivencia con los hijos e hijas menores cuando lo considere necesario para garantizar su interés superior, y a la vista de los informes sociales, médicos, psicológicos y demás que procedan.

En este trabajo, se ha analizado esta ley partiendo de los principios y factores que son tenidos en cuenta por la autoridad judicial antes de fijar el régimen de convivencia. A partir de este análisis, se desarrollan dos casos vistos en el Juzgado de Familia de Castellón en 2011 en los que se puede observar como se analizan en la práctica estos factores y su relevancia de cara a la resolución pericial.

## Método

Se han estudiado los principios y factores que recoge la nueva ley para analizar los casos. Los principios básicos que sustentan esta ley son los siguientes:

- 1) Principio de coparentalidad. «Los poderes públicos velarán por la protección del principio de coparentalidad en el cuidado y educación de los menores, y garantizarán el derecho de estos a que ambos progenitores participen por igual en la toma de decisiones que afecten a sus intereses».
- 2) Derecho de los menores «a crecer y vivir con sus padres, si ambos manifiestan voluntad y aptitud para la crianza, procurándose en los casos de separación una convivencia igualitaria con ambos».
- 3) Derecho del menor, en caso de separación de sus padres «a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos progenitores de modo regular». Se ha de garantizar la correcta relación y vinculación del menor con ambos progenitores.
- 4) Derecho de cada menor «a mantener relación con sus hermanos, abuelos y demás parientes próximos o allegados». Se refiere a lo que denominamos como familia extensa, con la que el menor también ha de relacionarse al ser uno de los núcleos principales de socialización y desarrollo personal.
- 5) Prevalecerá el mayor interés de cada menor y la incidencia en su desarrollo psicológico y social. Este principio ha de estar siempre presente a la hora de adoptar cualquier medida que afecte a un menor.

En el artículo 5 de la citada ley se contempla una serie de factores a tener en cuenta por la autoridad judicial antes de fijar el régimen de convivencia, estos factores son los siguientes:

- a) La edad de los hijos, en los casos de menores lactantes, se podrá establecer un régimen de convivencia provisional, de menor extensión, acorde con las necesidades del niño o de la niña, que deberá ser progresivamente ampliado a instancia de cual-

quiera de los progenitores. Únicamente en caso de lactantes se abre la puerta a fijar, por esta causa, un régimen que se acerca más a la convivencia individual, pero siempre con carácter temporal, transitorio y progresivamente ampliable.

- b) La opinión de los hijos e hijas menores, cuando tuvieran madurez suficiente y, en todo caso, cuando hayan cumplido 12 años.
- c) La dedicación pasada a la familia, el tiempo dedicado a la crianza y educación de los hijos menores y la capacidad de cada progenitor. Lo que se intenta al fijar el régimen de custodia o convivencia es que los hijos experimenten el menor cambio posible en relación con la situación anterior a la ruptura, por lo que, ver quién se ha venido ocupando de los hijos durante la convivencia familiar y las capacidades parentales de cada progenitor son factores muy decisivos y que a menudo determinan el régimen que finalmente se fija. No se puede pretender un régimen de convivencia compartida o individual para sí por parte de un progenitor que durante la convivencia familiar se ha desentendido completamente del cuidado de los hijos, o que carece de las más elementales habilidades parentales.
- d) Los informes sociales, médicos, psicológicos y demás que procedan. En este tipo de controversias, la emisión de dictámenes periciales bien hechos resulta imprescindible.
- e) Los supuestos de especial arraigo social, escolar o familiar de los hijos o hijas menores. Cualquier régimen de convivencia, del tipo que sea, ha de procurar la mayor estabilidad posible de los menores, lo que incluye necesariamente el mantenimiento de los mismos en su entorno escolar, siendo inviable cualquier régimen de convivencia que obligue a cambiar al menor constantemente de colegio, o que lo saque de su ambiente social habitual (salvo circunstancias muy justificadas).
- f) Las posibilidades de conciliación de la vida familiar y laboral de los progenitores. La convivencia con los hijos requiere una disponibilidad horaria para poder atenderlos personalmente que está directamente relacionada con los horarios laborales de los progenitores.
- g) La disponibilidad de cada uno de ellos para mantener un trato directo con cada hijo menor de edad. Aquí no solo se valora la disponibilidad horaria, sino también las capacidades parentales para ocuparse personalmente de las atenciones que precisan a todos los niveles los hijos (aseo, comidas, deberes escolares...).
- h) Cualquier otra circunstancia relevante a estos efectos (características de personalidad de los progenitores, posibles patologías psicológicas o psiquiátricas; existencia de hijos que precisen de una especial dedicación; adicciones y toxicomanías...).

El objeto de estudio han sido dos familias valoradas por el equipo técnico del Juzgado de Familia de Castellón en el año 2011 posterior a la aplicación de la ley cuya resolución, respecto al régimen de convivencia y habiendo estudiado los requisitos anteriormente mencionados, fueron diferentes.

Para la valoración de cada una de las familias se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista semiestructurada: en la que se pretendía explorar y recabar los datos que permitieran la explicación, evaluación y respuesta al requerimiento solicitado. En los adultos los aspectos a explorar son los siguientes:
  1. Antecedentes: relación conyugal, origen de la dificultad, causas que lo mantienen o agravan, evolución e implicación de los menores, intentos de solución...
  2. Situación actual: reacción ante la separación, autonomía personal y adaptación laboral, social y personal.

3. Educación de los hijos comunes: lazos afectivos con los hijos y preferencias de los padres; criterios educativos, normativos y de control y expectativas de futuro para sí y para los hijos.
4. Otras figuras en el cuidado y educación de los hijos: explorar si se encuentra con el apoyo de otras personas como familiares de origen, instituciones sociales o de caridad, etc. y si existen nuevas parejas como es la relación de esta con el menor, posible influencia de esta en la dinámica familiar, etc.

Asimismo los aspectos a valorar en los menores son los siguientes:

- Lazos afectivos con los padres y preferencias, teniendo en cuenta los posibles conflictos de lealtades, así como manipulaciones de que puedan ser objeto.
  - Actitud ante la separación: esperanza de reconciliación, sentimientos de abandono, culpabilización...
  - Relación con los hermanos, posibles alianzas.
  - Adaptación personal y emocional.
  - Interés, rendimiento y adaptación escolar.
  - Calidad y cantidad vínculos con la comunidad.
  - Sus propios deseos y expectativas.
- Pruebas psicométricas y proyectivas: se debe tener claro que ningún rasgo de personalidad, ni síntoma clínico, puede por sí mismo servir para excluir a un progenitor de la custodia, si no se justifica su relación con la competencia parental y los posibles efectos relevantes para los menores. En todo caso estos posibles síntomas clínicos han de interpretarse en congruencia con los resultados recogidos a través de los distintos instrumentos, y nunca deberán interpretarse de forma aislada. Por último, para evitar posibles sesgos se deben aplicar las mismas pruebas a los dos progenitores salvo que existan causas justificadas que deben ser explicitadas.
- CUIDA (2006), Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores. F. A. Bermejo, I. Estévez, M. I. García, E. García Rubio, M. Lapetra, P. Letamendía, J. C. Parra, A. Polo, M. J. Sueiro y F. Velázquez de Castro. Madrid: TEA.
  - MCMI-II (2007), Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. T. Millon, R. Davis y C. Millon; adaptación española de V. C. Hernández y M. P. Sánchez López. Madrid: TEA.
  - TAMAI (2002), Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, P. Hernández, Madrid: TEA. Rango de aplicación: 8-18 años.
  - STAIC (2001), Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños, 3.ª ed., rev., Madrid: TEA. Rango de Aplicación: 6-19 años.
  - El dibujo de la familia es un test proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar. Aplicables a niños desde la edad preescolar.

Los casos utilizados han sido:

## ψ CASO A

### *Datos de identificación*

Menor 5 años, cursa 3.º de infantil; progenitor 39 años, gerente de empresa; progenitora 37 años, trabajadora de banca.

### *Historia del caso*

Tras un noviazgo de 13 años, los progenitores contraen matrimonio en junio de 2003, naciendo en septiembre de 2006 el menor.

A primeros de marzo de 2008, el matrimonio cesó su convivencia cuando el menor contaba con dos años.

En un primer momento, ambos progenitores establecen de mutuo acuerdo un régimen de convivencia en el que se otorga la guarda y custodia a la progenitora y se establece un régimen de visitas, caracterizado por fines de semana alternos y dos visitas semanales con el progenitor.

En 2011, el progenitor presenta una demanda ante el Juzgado de Primera Instancia a fin de que se valore la unidad familiar solicitando la custodia compartida del menor.

En la valoración que se realiza de la unidad familiar, se observa que ambos progenitores presentan unas habilidades parentales adecuadas con respecto al menor y una dedicación a la crianza y educación del mismo equitativa.

Además, la toma de decisiones importantes respecto a la educación del menor se realiza de forma conjunta, siendo el nivel de conflictividad entre los progenitores muy bajo.

En el menor, se observa a lo largo de la entrevista una estrecha relación con ambos progenitores con un grado de afectividad alto hacia ambos y un conocimiento de las familias extensas de estos con las que mantiene una muy buena relación. Es un menor feliz que mantiene una perfecta relación con sus progenitores facilitada por la buena comunicación que ha habido siempre entre ambos.

## ψ CASO B

### *Datos de identificación*

Menor 2 años, guardería; progenitor 27 años, policía nacional; progenitora 27 años, camarera.

### *Historia del caso*

Los progenitores inician la convivencia en febrero de 2009 tras un breve periodo de noviazgo.

En septiembre de 2011, los progenitores cesan la convivencia saliendo la progenitora y el menor del domicilio conyugal.



En octubre de 2011 la progenitora presenta ante el Juzgado de Familia de Castellón una demanda para la adopción de medidas paterno-filiales de hijos extramatrimoniales. En auto de diciembre de 2011 se establecen las medidas provisionales estableciéndose la guarda y custodia del menor a la progenitora y un régimen de visitas entre el progenitor y el menor. Este régimen de visitas consiste en diez días durante las vacaciones de Navidad, siete días durante las vacaciones de Semana Santa y en los meses que no haya vacaciones escolares el progenitor podrá tener al menor una semana cada mes.

Posteriormente, el progenitor solicita una valoración de la unidad familiar demandando una custodia compartida del menor.

Los progenitores desde el nacimiento del menor mantienen una relación asimétrica en relación su cuidado siendo la progenitora la principal responsable del cuidado y atención al menor. El progenitor se dedica a su trabajo mostrando una falta de implicación en el cuidado del menor continuando con la dinámica de vida previa a su nacimiento.

Desde el cese de la convivencia la relación entre ambos progenitores es distante, son capaces de comunicarse entre ellos aunque los acuerdos y decisiones se llevan a cabo a través de sus abogados.

A ambos progenitores se les administra el CUIDA (cuestionario para la evaluación de habilidades parentales), observándose que la progenitora ha sido la principal responsable en el cuidado del menor presentando una implicación alta tanto en el cuidado como en la educación del menor.

El estilo educativo empleado se caracteriza por tener una visión afectiva de las relaciones entre ella y el menor, con el que suele mostrarse cariñosa y atenta. Ve las normas y su cumplimiento como algo necesario para su desarrollo, pero establece una jerarquía de importancia en cuanto a la cualidad y cumplimiento de las mismas.

## Resultados

### ψ CASO A

Una vez hecha la valoración de la dinámica familiar, el psicólogo propone:

- Patria potestad compartida.
- Régimen de custodia compartida, garantizando una distribución igualitaria del tiempo de cohabitación con respecto al menor.
- Régimen de visitas de dos días semanales desde la salida del colegio hasta las 20:00 horas para ambos progenitores.

### ψ CASO B

La propuesta del psicólogo fue:

- Patria potestad compartida.
- Régimen de convivencia individual, atribuyendo la guarda y custodia a la progenitora.
- Régimen de visitas de fines de semana alternos desde la salida del colegio el viernes hasta las 20:00 horas del domingo, y una visita intersemanal desde la salida del colegio hasta las 20:30 horas.

FACTORES	CASO A	CASO B
Edad de los hijos	X	X
Opinión de los hijos	--	--
Dedicación a la familia	X	
Informes	X	
Supuestos de arraigo social, familiar o escolar	X	
Posibilidades de conciliación	X	
Disponibilidad de los progenitores	X	
Otras circunstancias relevantes	--	--

\*X, cumple el criterio o factor para la obtención de la custodia compartida.

—, por las circunstancias no se ha valorado el criterio para la asignación de la custodia compartida (ej.: en el factor opinión de los hijos ambos menores no cumplen la edad suficiente como para tenerse en cuenta su opinión)

Los espacios en blanco, no cumple el criterio o factor para la obtención de la custodia compartida.

## Discusión y conclusiones

### ψ CASO A

En relación al cuidado del menor los progenitores mantuvieron una relación simétrica donde ambos participaban de forma activa en el cuidado y educación del menor. Las pautas educativas de ambos progenitores han sido coherentes.

Ambos progenitores presentan un buen nivel de implicación para satisfacer los intereses legítimos del menor.

La obligada comunicación entre ambos progenitores para coordinar los temas relacionados con la guarda y custodia, así como para atender las necesidades del menor es adecuada siendo el nivel de conflictividad entre los progenitores bajo.

Se considera que el régimen de visitas es adecuado ya que permite al menor pasar un tiempo equitativo con ambos progenitores favoreciendo así su desarrollo.

El menor presenta una gran implicación y un alto grado de afectividad hacia ambos progenitores.

Fallo: El juez tuvo en cuenta la propuesta del psicólogo en la resolución judicial, otorgando un régimen de convivència compartida del menor con ambos progenitores.

### ψ CASO B

Para menores hasta los tres años se recomiendan que los contactos con el progenitor no custodio sean frecuentes y de corta duración, introduciéndose la pernocta de forma progresiva. El Juzgado de Primera Instancia n.º 7, teniendo en cuenta la circunstancia laborales que obligan al progenitor a residir en Tenerife de forma temporal, establece un régimen de visitas provisional para permitir el contacto entre el menor y el progenitor durante este periodo transitorio.

El progenitor ha adaptado el régimen de visitas a sus necesidades laborales, llegando a unir semanas de meses consecutivos. Esta adaptación del régimen de visitas ha implicado la separación prolongada de la figura principal de apego y una alteración importante del entorno social y espacio-temporal del menor, lo que supone exponer al menor a factores estresantes y a una desorganización personal que puede afectar negativamente al estado de ánimo del menor e interferir en su desarrollo adecuado. Por lo que se debe procurar la conservación de la continuidad social y espacio-temporal para mantener la integridad afectiva y evitar sufrimientos innecesarios en el menor.

Por otra parte, en el caso B se observa que en relación al cuidado del menor los progenitores mantuvieron una relación asimétrica donde es la progenitora la que participaba de forma activa en el cuidado y educación del menor.

El progenitor no dispone de una flexibilidad horaria que le permita hacer frente a las necesidades del menor existiendo dificultades para conciliar la vida familiar con la vida laboral y no habiendo un nivel de implicación equitativo entre ambos progenitores con respecto al menor.

Por lo que, no cumpliría los factores necesarios para la obtención de la custodia compartida.

Fallo: El juez tuvo en cuenta la propuesta del psicólogo en la resolución judicial, entendiendo que no se cumplen los factores necesarios para la obtención de una custodia compartida por lo que se otorgó un régimen de convivencia individual en favor de la progenitora.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar, J. M. (2006). *Con mamá y con papá*. Córdoba: Almuzara.
- Arch Marín, M. & Jarné Esparcia, A. (2006). *La intervención de los psicólogos forenses en las evaluaciones periciales de guarda y custodia de los niños*.
- Arch Marín, M. & Jarné Esparcia, A. (2009). *Introducción a la psicología forense*.
- Cantón, J., Cortés, M.<sup>a</sup> R. & Justicia, M.<sup>a</sup> D. (2007). *Conflictos entre los padres, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Chacón, F., García, J. F., García, A., Gómez, R. & Vázquez, B. (2009). Guía de buenas prácticas para la elaboración de informes psicológicos periciales sobre custodia y régimen de visitas de menores.
- Fariña, F. & Arce, R. (2006). El papel del psicólogo en casos de separación o divorcio. En Sierra, J. C., Jiménez, E. M. & Buela, C. (coords.), *Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Fernández Ros, E. & Godoy Fernández, C. (2002). *El niño ante el divorcio*. Madrid: Pirámide.
- García Rodríguez, B., Carrasco Ortiz, M. A. & Serrano Gil, A. (2010). *Psicología Forense. Ámbitos de aplicación*. Madrid: Sanz y Torres.
- Kelly, J. B. (2003). Changing perspectives on children's adjustment following divorce: A view from the United States. *Childhood*, 10, 237-254.
- Martín, S. (2002). Psicología forense en los juzgados de familia. En Urra, J. (comp.), *Tratado de Psicología Forense*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Ramírez, M. (2004). Psicopatología y derecho de familia. Trastorno mental y alternativas de custodia. El síndrome de Alienación Parental (SAP). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 147-154.

- Ramírez, M. (2003). *Cuando los padres se separan. Alternativas de custodia para los hijos*. Madrid: Biblioteca nueva, S. L.
- Ramírez, M., Botella, J. & Carrobles, J. A. (1999). *Creencias Infantiles sobre la separación parental*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Rodríguez, J., Bringas, C., Fariña, F., Arce, R. & Bernardo, A. (2008). *Psicología Jurídica. Familia y Victimología*. Universidad de Oviedo.
- Urra, J. (comp.) (2002). *Tratado de Psicología Forense*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Vázquez, B. (2005). *Manual de psicología forense*. Madrid: Síntesis.

## L'impacte familiar que suposa tenir un fill o una filla amb el trastorn d'Asperger

IRENE GARCIA MOLINA  
106890@uji.es

CLARA ANDRÉS ROQUETA  
candres@uji.es

ROSA ANA CLEMENTE ESTEVAN  
clemente@uji.es

### Resum

L'objecte d'estudi que es presenta a continuació és l'impacte familiar, a través de les respostes de 10 famílies amb fills amb el trastorn d'Asperger; tots ells de l'Associació Asperger de Castelló.

Es tracta d'un estudi que utilitza com a instrument un qüestionari adaptat de Donenberg i Baker. A més, aquest també conté respostes qualitatives en molts dels seus ítems.

Els resultats semblen indicar que, el major impacte familiar vesa sobre l'àmbit econòmic, seguint-lo de ben a prop l'emocional i actitudinal, i en últim lloc, l'àmbit social. S'ha realitzat una anàlisi no paramètrica, servint la U de Mann-Whitney amb altres variables tals com: Edat, Estat civil i Grau d'afectació de l'Asperger. S'hi destaca que només el grau d'afectació de l'Asperger (aquell grup més afectat dintre l'espectre autista) té una tendència significativa amb els Sentiments i actituds d'aquests pares. Per últim, en referència a les respostes qualitatives, es troben les situacions i els perquè més recurrents en les diferents respostes obertes; aquelles que els provoquen més estrès i també les de més felicitat.

**Paraules clau:** Asperger, DSM, impacte familiar, Trastorn Generalitzat del Desenvolupament.

### Abstract

The study presented below shows the impact in the family based on the responses of 10 families with children presenting Asperger's Disorder, members of the Asperger's Association of Castellon.

This study used a questionnaire adapted from Donenberg and Baker, containing qualitative responses.

The results suggest that the greatest impact is produced on the family economy, closely followed by emotional and attitude issues, and lastly, on the social life. In addition, has been performed a non-parametric analysis, using the Mann-Whitney U, including other variables such as: age, marital status and level of involvement of the Asperger. It is remarkable that the severity of Asperger (those in the most affected group within the autistic spectrum) has a significant trend with the feelings and attitudes of the parents studied. Finally, regarding the qualitative responses, the most common answers are related to situations that caused stress and happiness.

**Keywords:** Asperger, DSM, family impact, Pervasive Developmental Disorder (PDD).

## Introducció

Quan un nounat arriba a la família, tot és alegria i felicitat. Açò, però, canvia la vida dels progenitors, i aquests, transformen la seva vida per dedicar-li-la, quasi per complet (almenys durant els seus primers anys de vida) al nou membre de la família. Atès però, si a més, aquest nen o nena presenta alguna problemàtica, l'impacte que açò provoca en la família és molt major, i pot alterar-ne diferents àrees, i per un major període temporal.

És aquest, el cas de les famílies amb algun nen o nena amb la síndrome d'Asperger. Una síndrome, relativament «nova» dintre dels Trastorns del Desenvolupament; incorporada per primera volta en el *Manual estadístic de diagnòstic de trastorns mentals* (DSM-IV), en 1994.

Qui té dit trastorn, es distingeix de la població típica, per la seva limitada interacció social i afectiva, els seus interessos restringits i repetitius; així com els seus problemes de comunicació, les estereotípies i rituals (Berney, 2004).

I açò, a més d'afectar el propi individu, també afecta els seus contextos més immediats com ara la família.

Existeixen variables que es relacionen significativament amb la qualitat de vida, com són la salut física i la mental, tant en els pares amb infants amb el trastorn d'Asperger, com en els que els seus fills no tenen cap discapacitat (Lee *et al.*, 2009). En dit estudi, també s'hi destaca, pel que fa als pares de nens amb Asperger, una relació significativa envers la salut física i variables com ingressos, nombre de fills i estrès; així com també en la salut mental amb les variables ingressos i estrès.

Altres estudis, comparen a més, aquest impacte, amb altres trastorns, com la Síndrome de Down. Sent els pares de nens amb autisme, els qui puntuen més alt en estrès. A més, en concret, les mares de nens amb autisme puntuen més alt que els pares, no trobant-se significació amb els pares de fills amb síndrome de Down o nens amb un desenvolupament típic (Drawoska y Pisula, 2010).

Tenint en compte la literatura, variables com ingressos, estrès i gènere, seran analitzades –entre d'altres– en el següent treball. L'impacte familiar d'un fill o filla amb Asperger és encara un estudi pilot, ja que la població és encara petita i la prova és un qüestionari adaptat.

La investigació aporta els resultats d'uns casos molt concrets i ens dóna una petita visió de l'impacte que suposa tenir un fill o filla amb Asperger; des de les àrees de *Sentiments i actituds, Vida social i Economia*; del Qüestionari d'Impacte Familiar adaptat de Donenberg i Baker, 1993.

Així, els objectius que es volen presentar en aquest article, són:

- Conèixer l'impacte sobre la família, tenint com a referència nens típics d'edat, de nens i nenes amb Asperger, en les àrees de *Sentiments i actituds*, *Vida social i Economia*; segons el Qüestionari d'Impacte Familiar adaptat de Donenberg y Baker, 1993.
- Conèixer quina de les tres àrees té més impacte per a les famílies: *Sentiments i actituds*, *Vida social i Economia*; del Qüestionari d'Impacte Familiar adaptat de Donenberg i Baker, 1993.
- Conèixer les raons que provoquen la qualificació de gravetat o levitat de la resposta qualitativa per part dels pares i mares de nens i nenes amb Asperger.
- Conèixer si les variables edat, estat civil i grau d'afectació del trastorn són significatives respecte l'impacte familiar.

## Mètode

L'objecte d'estudi en el següent article és l'impacte familiar a través de les respostes de pares i mares amb fills amb Asperger. Així doncs, els seus resultats no seran generalitzables, però a partir de la literatura i allò estudiat, s'extrauran una sèrie de conclusions envers l'impacte que aquests infants poden generar en l'àmbit familiar.

### Mostra

La mostra per a dit estudi, es pren de famílies pertanyents a l'Associació Asperger Castelló, les quals han respost voluntàriament al qüestionari. En total són deu famílies, dels voltants de Castelló, i que els seus fills participen en tallers dintre l'associació.

Pel que fa als nens i nenes amb Asperger, els situem dintre un rang d'edat de 5 anys, entre 5 i 9 anys, amb una mitjana de 7. A més, hi ha una gran diferència pel que fa al gènere, sent 9 nens i 1 nena, –corroborant-se així, la proporció d'1 nena cada 4 nens (1: 4). Pel que fa al nombre de germans: 5 tenen un germà/germana més, 4 són fills únics i només un és de família nombrosa. En referència a la relació matrimonial, 3 parelles de 10, no viuen sota el mateix sostre.

En tots els casos, han sigut les mares les qui han respost el qüestionari, menys en un subjecte.

La duració de l'estudi ha sigut curta, ja que les famílies han emplenat en les seves cases el Qüestionari d'Impacte Familiar, i a les poques setmanes s'han tornat tots respostos.

### Instruments

El Qüestionari d'Impacte Familiar és una adaptació feta pel Departament de Psicologia Evolutiva, Educativa, Social i Metodologia, del qüestionari de Donenberg i Baker, en 1993.

A més, per a dit estudi, s'han elegit només les 3 primeres categories del qüestionari original: *Sentiments i actituds*, *Vida social i Economia*.

A aquest qüestionari es respon mitjançant una escala tipo Likert, col·locant una marca en la casella corresponent: *Quasi mai*, *Algunes voltes*, *Moltes voltes*, *Quasi sempre*. Però a més, també es pot donar una resposta més oberta, ja que es deixen unes línies per si el pare o la mare vol respondre «En quines situacions?» o «Per què?». Donant-nos així, la possibilitat d'una millor valoració de cada àrea. Com ja s'ha explicat amb anterioritat, les àrees a estudiar en aquest qüestionari són: «Els seus sentiments i actituds cap al seu fill» (15 ítems), «L'impacte

del seu fill sobre la vida social» (10 ítems), i «L'impacte del seu fill sobre la seva economia» (7 ítems). Amb preguntes referents a diferents sentiments que produeix el fill o filla, control de situacions, temps en família, amics, costos de diversos serveis...

La puntuació correspon al grau d'impacte familiar (de menys a més) que percep el pare o la mare. A més puntuació, més impacte familiar.

Amb totes aquestes dades, s'hi realitza l'anàlisi, mitjançant el programa estadístic SPSS, versió 21. Així, s'hi observen les dades, es calcula la puntuació de cada àrea i s'hi estableix en quina de les tres existeix més impacte. Més tard, mitjançant la U de Mann-Whitney, s'hi estableix la significació de tres variables extretes de la mateixa informació, com són: edat, estat civil i grau d'afectació del trastorn.

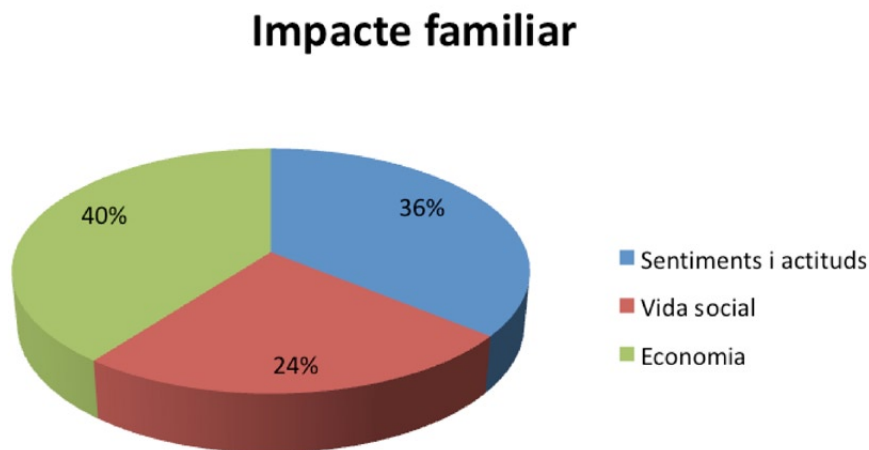
## Resultats

### Resultats generals

Amb totes les dades recollides de les deu famílies, s'han extret les puntuacions totals, i s'han transformat en una escala sobre 100. Els resultats han sigut els següents:

- Els seus sentiments i actituds cap al seu fill: 48.6
- L'impacte del seu fill sobre la seva vida social: 33
- L'impacte del seu fill sobre l'economia: 53.6

Per tenir una visió més general, vegeu la gràfica 1:



Gràfica 1: Impacte familiar

Com es detalla a la gràfica 1, per als pares de dita mostra, el major impacte familiar incideix sobre l'àmbit econòmic, seguit de ben a prop per l'emocional i actitudinal, i en últim lloc, la vida social.

Així, més detalladament, observem dintre l'àmbit econòmic, que un dels ítems amb més puntuació ha sigut:



31. «El cost dels serveis educatius i psicològics és major (comparat amb nens/nenes de la mateixa edat que el meu fill)».

Pel que fa a les àrees restants, es pot veure com l'impacte dels sentiments i actituds cap als fills, és alta i per tant, també l'hem de tenir en compte.

Els ítems amb puntuació més alta són:

- 7. «El comportament del meu fill em preocupa més (que nens o nenes de la seva mateixa edat...)».
- 10. «El meu fill em fa tenir més energies».
- 12. «El meu fill em fa sentir més segur com a pare».

També, en l'impacte del fill sobre la vida social, podem destacar l'ítem 22, que d'aquesta àrea és el més alt: «Necessite explicar més la conducta del meu fill a altres persones».

### *Altres variables*

També s'ha realitzat una anàlisi de proves no paramètriques, amb la U de Mann-Whitney, per grups d'edat, vida familiar i grau d'afectació de l'Asperger.

### *Edat*

Pel que fa a les variables d'edat, s'han considerat 2 grups, de 5 a 6 anys, i de 7 a 9 anys; amb 5 subjectes en cadascun dels grups. Els resultats demostren que no hi ha significació en els tres àmbits del qüestionari.

Taula 1  
*Agrupacions per edat*

AGRUPACIÓ EDAT		SUMA SENTIM.	SUMA SOCIAL	SUMA ECONOM.
5-6 anys	Mitjana (Desv. Típ)	28,80 (4,91)	14,20 (,83)	14,80 (4,08)
7-9 anys	Mitjana (Desv. Típ)	29,60 (8,04)	12,20 (2,58)	15,20 (2,48)
Prova U de Mann– Whitney		0,91 (n. s.)*	0,32 (n. s.)	0,91 (n. s.)

\*(n. s.) no significatiu

*Estat civil*

Respecte a l'estat civil de les famílies, els resultats de la U de Mann-Whitney, no han sigut significatius. S'especifiquen dos grups: parella (7 subjectes) i divorci (3 subjectes).

Taula 2  
*Agrupacions per estat civil*

PARELLA		SUMA SENTIM.	SUMA SOCIAL	SUMA ECONOM.
PARELLA	Mitjana (Desv. Típ)	29,28 (7,71)	13,71 (1,79)	15,57 (3,30)
DIVORCI	Mitjana (Desv. Típ)	29,00 (0,00)	12,00 (2,64)	13,66 (3,05)
Prova U de Mann– Whitney		0,29 (n. s.)	0,40 (n. s.)	0,41 (n. s.)

**Grau del trastorn. Grau d'afectació de l'Asperger**

Pel que fa a la gravetat de l'afectació de l'Asperger trobem dos grups, dividits entre el grup *mesafectat*: els infants cognitivament pitjor (més afectats dintre de l'espectre autista) que en són 3; i el grup *menysafectat*: els infants cognitivament millor (menys afectats dintre de l'espectre autista) que en són 7. Els resultats apunten a una tendència significativa (.08) en Sentiments i actituds, amb un major impacte en el grup 0, nens més afectats, que es decanten més cap a un Trastorn Generalitzat del Desenvolupament (menys Asperger), pel qual tindran majors dificultats socials, estereotípies, conductes de refús...

Taula 3  
*Agrupacions segons el grau d'afectació*

GRAU PATOLOGIA		SUMA SENTIM.	SUMA SOCIAL	SUMA ECONOM.
mesafectat	Mitjana (Desv. Típ)	31,33 (10,69)	12,00 (2,64)	15,33 (2,88)
menysafectat	Mitjana (Desv. Típ)	28,28 (4,27)	13,71 (1,79)	14,85 (3,53)
Prova U de Mann– Whit- ney		0,08 (t)**	0,40 (n. s.)	0,72 (n. s.)

\*\* (t) tendència

Malgrat que en les taules presentades apareix una tendència significativa en l'apartat de *Sentiments i actituds*, bona part de la informació important en l'àmbit d'emocions i de vida social es troba en les respostes qualitatives. Aquestes, les trobem resumides en dos apartats:

«En quines situacions?» o «Per què?»

- Situacions pare/mare ho passa mal, estrès, preocupació:  
Quan el nen és a l'escola, en la seva classe, llocs on hi ha gent davant que no el coneix (per exemple: la consulta del doctor), quan té una enrabiada, atacs d'ira, quan es tanca sobre si mateix, quan hi ha canvi de plans...
- Per què?  
Perquè la gent no el coneix i el pot veure com el «bitxo raro», perquè a voltes sembla superdotat, i a voltes tonto, no sol prestar atenció, hi ha por a què no l'entenguen, que li coste fer amics, té moltes peculiaritats, perquè *atabala* els altres nens, perquè pot ser molt inoportú i molt cansat amb els seus temes o obsessions...
- Situacions pare/mare ho passa bé amb el seu fill, es diverteix, se sent bé...:  
a l'hora del bany, a l'hora de gitar-lo, d'alçar-lo als matins, i en el joc de tu a tu, quan són sols.
- Per què?  
Perquè demostra el seu afecte, aconseguim millores, és més fàcil tot, em sent més estimada...

## Discussió i conclusions

L'impacte familiar obtingut en aquest estudi, remarca l'econòmic, com l'àmbit que puntua més alt, sent dintre d'aquest, *el cost en serveis educatius i psicològics*, l'ítem més significatiu. L'impacte dels sentiments i actituds cap als fills, també és alt i, per tant, l'hem de tenir en compte; ja que l'estrès exerceix un efecte negatiu sobre el clima emocional del pare i la mare, i també sobre les relacions familiars i amistats, afectant així a altres àmbits de la família. Pel que fa a l'impacte en l'àmbit social, en aquest cas és menor; però cal recordar que aquest és un primer estudi, i els seus resultats no són generalitzables.

També cal remarcar la tendència a la significació en sentiments i actituds del grup de nens més afectats en l'autisme, als qui se'ls suposa una major mancança en relacions socials, amb una pitjor cognició. Aquest fet, afecta en un àmbit més personal, emocional, actitudinal de cada pare/mare d'aquest estudi, que es denota en les respostes qualitatives en les que expliquen les situacions i els perquès.

Per últim, referent a les respostes qualitatives, trobem que en aquests casos, existeixen uns trets comuns. En destaquem els següents:

La preocupació major per part d'aquests pares és en l'escola, la seva classe, el que la gent que no el coneix el vegi com el «bitxo raro», que no l'entenguen, que li coste fer amics, que pugui ser molt inoportú i molt cansat amb els seus temes o obsessions.

A més, la resposta que més s'ha repetit ha sigut que les mares gaudeixen més del seu fill durant el bany, a l'hora de gitar-lo i en el joc de tu a tu, quan són sols. El major estrès, és sobretot quan hi ha gent davant.

També trobem conductes més reivindicatives, del tipus que no volen amagar el seu fill/a i que la societat conegui aquest trastorn: «que "se n'assabenten", i l'entenguen».

Aquestes diferents conclusions que, en general, no aconsegueixen un grau de significació estadística, es veuen empobrides per l'escàs nombre de subjectes de la mostra. Per tant, s'hi fa una reflexió a les limitacions que es tenen en els resultats. Aquests denoten un clar accent en economia que, en general, a Espanya preocupa a qualsevol pare i mare de família. Així doncs, una possible línia a investigar en aquestes primeres conclusions podria ser si l'impacte econòmic és certament el que més preocupa als pares d'un nen o nena amb Asperger, o si en canvi, ve agreujat per la crisi.

A més, les famílies també contribueixen econòmicament a l'Associació Asperger, cosa que també poden incloure dintre de costos educatius i psicològics, més tot el bagatge que se sol fer per consultes, psicòlegs i metges diversos per poder diagnosticar l'infant. Recordem que els nens tenen entre 5 i 9 anys, i molts tenen un diagnòstic de fa uns mesos.

Així doncs, es destaca com a possible línia d'investigació: l'ampliació de la mostra, i l'entrevista a les famílies, per indagar més en profunditat sobre les qüestions presentades; com per exemple, explorar sobre el tipus de família d'aquests nens, ja que en una gran part, hem esbrinat que és monoparental, cosa que econòmicament també contribueix a un empitjorament en aquest àmbit, per no disposar dels ingressos del pare en aquestes famílies («Sent que estic sola, en el meu cas, clar, com sóc família monoparental...»). També serien d'interès, els àmbits a analitzar del qüestionari, podent-los ampliar amb més categories, per a un major aprofundiment.

## Referències bibliogràfiques

- Berney, T. (2004). Asperger syndrome from child hood into adult hood. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 341-351.
- Dabrowska, A. & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. Volum 54 (3), 266-280.
- Donenberg, G. & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 179-198.
- Lee, G. K., Lopata C., Volker, M. A., Thomeer, M. L., Nida, R. E., Toomey, J. A. *et al.* (2009). Health-Related Quality of Life of Parents of Children With High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Focus Autism Other Development Disabilities*, 24 (4), 227-239.

## Mejora de la convivencia en los centros de Educación Secundaria, a través de la Mediación entre Iguales

INMACULADA USÓ GUIRAL  
iuso@uji.es

LIDÓN VILLANUEVA BADENES  
bvillanu@uji.es

### Resumen

El acoso entre iguales en la enseñanza secundaria es un problemática que afecta a la mayoría de los centros españoles. Una buena alternativa para solucionar esta problemática pueden ser los programas de ayuda entre iguales, por las diferentes ventajas que se han ido evidenciando tras muchos años de investigación. Pero aunque el fomento de la autonomía del alumnado, la mejora del clima de centro, etc., son evidentes, no existen muchos estudios rigurosos que incorporen una evaluación científica del impacto de dichos programas en la vida de los centros (Kmitta, 1999).

Por tanto, a partir de la comparación de dos centros de secundaria de características similares, de la provincia de Castellón, uno con programa de ayuda entre iguales en forma de programa de mediación, y el otro sin programa de mediación, se pretende discernir tanto los *roles* que se adoptan por parte de 323 alumnos de 12-15 años, como las actitudes hacia las víctimas que tienen estos estudiantes.

Para lograr este objetivo, se compararon estos dos centros públicos, administrando una batería de tres cuestionarios al alumnado tanto en tiempo 1 (situación inicial), como en tiempo 2 (tras la aplicación del programa). Los resultados muestran la influencia en la adopción de los *roles* y las actitudes pro-víctima de los estudiantes: una mejora explícita en los *roles* del centro con programa de mediación, y un empeoramiento en cuanto a las actitudes, en el centro sin programa de mediación.

**Palabras clave:** convivencia escolar, mediación entre iguales, roles, actitudes.

### Abstract

Bullying among peers in high school education is a problem affecting most of the Spanish schools. A good choice to solve this problem may be peer mediation programs, due to the different advantages they offer, most of them found in empirical research. Although the fostering of the student's autonomy, the improvement of school climate, and so on, are outstanding, few studies have included a scientific measure of the impact of these programs (Kmitta, 1999).

Therefore, the objective of this study was to analyse the *roles* adopted in the conflict and the attitudes pro-victim of 323 students ranging from 12-15 years old, comparing two similar schools: one with a peer mediation program, and the other one, with no peer mediation program. Three questionnaires were administered to students in time 1

(baseline), and time 2 (after program development). Results showed the influence of peer mediation programs in *roles* and attitudes pro-victim: a clear improvement of the *roles* in the school with peer mediation program, and a decrease of the attitudes pro-victim in the school without mediation program.

**Keywords:** school bullying, peer mediation programs, roles, attitudes.

## Introducción

¿Qué causas llevan a un niño o adolescente a ir contra otro en los centros educativos? ¿Es la necesidad de pertenecer a un grupo fuerte lo que lleva a los jóvenes a demostrar su poder ensañándose con otro compañero? ¿Nos encontramos ante una violencia como resultado de un nuevo modo de diversión en algunos jóvenes? ¿Qué podemos hacer para prevenir estas situaciones en nuestros centros?

Los medios de comunicación nos muestran en numerosas ocasiones situaciones de *bullying*, de indisciplina, de conflictividad en los centros educativos, y aunque esto no signifique que hayan aumentado las cuotas de casos de *bullying* en los centros, es importante buscar soluciones al respecto, porque de lo contrario las nuevas generaciones se pueden acostumbrar a trivializar con la violencia.

El fenómeno del maltrato entre iguales no es bidimensional, ya que no intervienen solo un agresor y una víctima, sino que están implicados también los espectadores o testigos, y los adultos, bien sean padres o profesores. De manera que en la agresión se dan diferentes papeles. Desde un análisis sociogrupal del acoso, Salmivalli, Lagerspetz, Björkqvist, Österman y Kauniainen (1996) distinguen diversos *roles*:

- Agresores: dirigen la acción intimidadora y se convierten en el modelo a seguir por los otros.
- Seguidores (incluye a animadores y ayudantes del agresor): atacan e incitan al líder a que continúe con su acción agresora. También pueden mantenerse al margen de la agresión, pero siempre dentro del grupo del agresor.
- Víctima: cuando el 20 % de la clase considera que un niño tiene el *role* de víctima es porque suele ser el blanco de la mayoría de las agresiones que se producen.
- Defensor de la víctima: manifiesta su rechazo por la agresión y muestra empatía por la víctima.
- Público: rechazan la agresión de forma pasiva convencidos de que lo que ocurre no está bien pero no lo manifiestan, por miedo a ser las siguientes víctimas.

Por lo tanto, si el acoso es un problema grupal, la contribución del grupo en la intervención es fundamental. En los últimos años, han surgido experiencias en el territorio español en las que se involucra a los propios alumnos en la toma de decisiones y mejora diaria de la convivencia en los centros escolares, a través de sistemas de ayuda entre iguales (Ortega, 1998; Fernández y Orlandini, 2001; Arró, Villanueva y Traver, 2006).

Desde una perspectiva sociogrupal resulta de interés conocer el papel que juegan todos los implicados en un proceso de acoso entre iguales. Diversos autores han destacado este enfoque del acoso basado en la red de iguales como unidad de análisis, en el que tienen lugar

diferentes procesos grupales, como por ejemplo, el rechazo entre iguales o el esquema de dominio-sumisión (Monks, Palermi, Ortega y Costabile, 2011; Ortega y Mora-Merchán, 2008).

Las intervenciones dirigidas a los grupos de iguales para combatir la intimidación deben ser siempre reforzadas, puesto que si actuamos sobre los testigos, la repercusión esperable será mucho mayor. Además, estos sistemas de apoyo entre iguales, pueden involucrar a los estudiantes, maestros, personal de administración y servicios, familias, etc., en definitiva, a todos los implicados en la comunidad educativa para combatir sutilmente el acoso y la victimización en el contexto entre iguales.

Lo que sí está claro es, según diferentes autores (Ortega y Mora-Merchán, 2000; Avilés, 2002; Rigby, 2008; Shariff, 2008), las dificultades que tienen las víctimas de bullying para expresar y contar lo que les pasa. Por este motivo y aprovechando la similitud con la relación espontánea de amistad, estos programas pueden cubrir nuestras expectativas en la puesta en práctica en los centros educativos. Tanto las estrategias de ayuda entre iguales y de mediación, como los servicios que estos generan dentro de la escuela en su puesta en práctica, inciden directamente en la creación de valores en acción (Bolívar, 1995). Se favorece la reflexión moral desde una perspectiva inclusiva donde se crea sentido de pertenencia y cohesión al grupo, fomentando el «nosotros» como preocupación compartida y promoviendo un sentido de conciencia común y colaborativa que es lo que se necesita para hacer frente a un problema como el bullying.

Actualmente, existen pocos estudios longitudinales que incorporen una evaluación científica del impacto y beneficios de estos programas (Kmitta, 1999). Y los existentes se basan, en su mayoría en la interpretación y valoración subjetiva de los participantes, pudiendo agruparlos en función de si aportan beneficios en los alumnos implicados directamente en los programas, mejora en las relaciones agresores-víctimas, o avances en el clima escolar en general. (Naylor y Cowie, 1999; Smith y Watson, 2004; Menesini, Codecasa, Benelli y Cowie, 2003; Avilés, Torres y Vian, 2008; Fernández, Villaoslada y Funes, 2002; Tofti y Farrington, 2011). De todos ellos, los resultados más positivos, se encuentran en el nivel individual (usuarios directos del programa), mientras que el resto de estudios realizados, presentan resultados más ambiguos, respecto a los beneficios de los sistemas de ayuda entre iguales.

La mayoría de estudios sobre el bullying, no tienen en cuenta la perspectiva sociogrupal, incluyendo diferentes niveles de variables. En este sentido Menesini, Codecasa, Benelli y Cowie (2003), obtienen cambios tanto en los participantes de los menores ante el acoso como en las actitudes províctima, tras un programa de intervención con iguales. En concreto, en los grupos control (sin intervención), los *roles* negativos y el público se incrementaron, mientras decrecieron las actitudes províctima, a pesar de las posibles limitaciones que las propias autoras reconocen que pueden haber sesgado los resultados. Más recientemente, y tras la puesta en marcha de un programa basado en ayuda entre iguales, Palladino, Nocentini y Menesini (2012), observaron una disminución del bullying en el grupo experimental.

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio es el de analizar el impacto de un programa de mediación entre iguales en la mejora de la convivencia, en función de si el centro cuenta o no con esta medida para mejorar el clima general del mismo, y resolver conflictos de forma pacífica. Las variables que se van a utilizar para este fin son dos: las actitudes províctima, y los *roles* que adoptan los menores de ambos centros. Los resultados que se esperan encontrar son respecto a los *roles*, una disminución de los *roles* negativos y aumento de los *roles* positivos en el centro con programa de mediación, así como una mejora respecto a las actitudes províctima, en el mismo centro.

## Método

### Participantes

La población de este estudio está compuesta por 323 estudiantes de dos centros de Educación Secundaria Obligatoria de primer curso de ESO (179 estudiantes = 55.11 %) y de tercero (144 estudiantes = 44.89 %). De los cuales 170 eran chicos (52.63 %) y 153 eran chicas (47.37 %), con un rango de edad entre 12.07 y 14.23 (media = 13.43).

Los dos centros de Educación Secundaria en los que se han recogido los datos, presentaban características similares en cuanto a ubicación y zona geográfica (ámbito urbano), número de alumnado y profesorado, así como en oferta académica (ESO, Bachillerato y CFGM). Ambos eran centros públicos de nivel socioeconómico predominantemente medio. Sin embargo, el primer centro contaba con un programa de mediación entre iguales desde hacía 4 años (PM), mientras que el segundo centro no contaba con este programa (SPM), (véase tabla 1).

Tabla 1  
Distribución participantes

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
SPM	85	67	152
PM	85	86	171
TOTAL	170	153	323

### Instrumentos

Escala de *roles* «Adivina quién» (Salmivalli, Lagerspetz, Bjorkqvist, Österman y Kaukiainen, 1996), adaptada por Sutton y Smith (1999).

Se trata de un cuestionario de 21 ítems que a través de la pregunta «Adivina quién» pretende conocer cuál es la reacción y conducta de los iguales en situaciones de bullying. Cada ítem se relaciona con las conductas que se asocian a cada uno de los seis *roles* participantes de agresor, animador, ayudante del agresor, defensor, público y víctima. En este caso, cada estudiante debe nominar al compañero o compañera que se ajuste más a la descripción que está leyendo, siguiendo el método de nominaciones de Goossens, Olthof y Dekker (2006) y Camodeca y Goossens (2005). El método consiste en identificar a los estudiantes en un *role* determinado, siempre que la puntuación estandarizada de los ítems que hacen referencia a ese *role* sea más alta que la media de la clase y más alta que en ningún otro *role*. La única excepción la constituye el *role* de víctima, donde un alumno pertenece si es nominado por al menos el 20 % de la clase. Diversos autores (Sutton y Smith, 1999), agrupan a los ayudantes y animadores del agresor en un nuevo *role*, los seguidores. Esta agrupación se ha realizado también en este trabajo.

Escala de actitudes províctima (Rigby y Slee, 1991).

Esta escala de autoinforme se utiliza para evaluar las actitudes hacia las víctimas (defensa de la víctima, no justificación de la agresión, etc.). La versión abreviada consta de 10 ítems, en los que los estudiantes deben marcar una de las tres alternativas que se les plantean como posibles respuestas: «de acuerdo», «no lo sé», «en desacuerdo». Con un rango de 1 a 30, las altas puntuaciones indican una actitud en defensa de la víctima.



Un tercer instrumento que también se administró, aunque para este estudio no se ha analizado, fue el Cuestionario sobre el estado inicial de la convivencia escolar (Ortega y Del Rey, 2003), y Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales para Secundaria (Ortega, Mora-Merchán y Mora, 1995).

### *Procedimiento*

La investigación cuenta con dos momentos de recogida de información: tiempo 1 ( $\tau_1$ ) y tiempo 2 ( $\tau_2$ ). El motivo por el que se recogen datos en dos momentos diferentes del mismo curso académico, es para conocer la evolución de las variables en los dos centros a lo largo de un curso académico. Los datos del primer pase ( $\tau_1$ ) nos indican el estado inicial de la convivencia, y se recogieron en el propio centro escolar, durante el mes de diciembre del curso académico 2010/11, mientras que los datos del segundo pase ( $\tau_2$ ) tras el efecto de la intervención del programa de mediación, se recogieron durante el mes de junio del mismo curso académico.

Los cuestionarios se complementaban de forma colectiva en el aula y tras ofrecerles las instrucciones para rellenar cada uno de los cuestionarios, se les garantizaba que sus respuestas serían confidenciales. La administración de los cuestionarios fue contrabalanceada en las distintas aulas para evitar el efecto del cansancio.

Como ya se ha comentado, de los dos centros comparados, uno cuenta con un programa de ayuda entre iguales: alumno mediador, y el segundo centro, no lleva a cabo ninguna acción para mejorar la convivencia entre sus alumnos. El programa de mediación entre iguales que se ha desarrollado en uno de los dos centros sigue la estructura recomendada por otros autores (Fernández, Villaoslada y Funes, 2002; Torrego, 2006):

1. Consideraciones previas: concienciación de la comunidad educativa sobre la convivencia y mediación escolar, y difusión del programa para crear compromiso para su implementación.
2. Selección de los participantes: participación voluntaria del profesorado, y realización de un listado de alumnado de 2.º y 3.º ESO que se consideran adecuados para ser mediadores, después de pasar por el programa de Habilidades Sociales, obligatorio para todos los estudiantes del centro en el primer curso. Tras la aceptación por parte de los alumnos y los padres, se inicia el proceso.
3. Formación del profesorado a través del Seminario de Formación continua como Mediadores, del CEFIRE. La formación del alumnado se realiza a través de una asignatura optativa, en la que se les ofrecen diferentes módulos de trabajo.
4. Difusión mediante posters y dípticos informativos por las instalaciones del centro, y en horas de tutorías. También a las familias en las reuniones de inicio de curso, y al personal docente y de administración y servicios del centro.
5. Temporalización: Al inicio de curso se realiza la difusión, en todo el centro, enfatizando la presencia en los cursos de primero. A partir de ese momento, desarrollo del programa, en el que actúan como mediadores los alumnos que se forman desde el curso anterior. En las primeras mediaciones, los alumnos están respaldados y supervisados por alguno de los profesores mediadores.
6. Evaluación: Finalmente, se tiene en cuenta el nivel de satisfacción que tienen tanto las partes implicadas y el grado de consecución de los acuerdos pactados, a través de un cuestionario de satisfacción.

## Resultados

Se procedió a la comparación de los *roles* con pruebas *T* para muestras independientes y muestras relacionadas. De esta manera, se puede analizar la variable *roles*, no como una variable categórica, sino como continua (puntuaciones *z*), con el fin, de poder observar la evolución de los *roles* que tiene cada alumno. En segundo término, se presenta el análisis de pruebas *T* con muestras independientes y relacionadas para la variable *actitudes*.

### *Diferencias intergrupos en roles*

En el tiempo 1, comparamos a los 171 estudiantes del centro sin programa de mediación (SPM), y los 152 alumnos del centro que sí cuenta con programa de mediación (PM). En este caso, observamos que la situación inicial de la que partimos, es igual o al menos muy parecida, puesto que no hay diferencias significativas respecto a la distribución de *roles*.

Según la distribución continua de los *roles* para el tiempo 1, todos los alumnos cuentan con una puntuación en cada uno de los *roles* (agresor, seguidor, defensor, público). El único *role* que no cuenta con una puntuación típica es el *role* de víctima, que sigue los criterios de asignación al mismo, siguiendo los propuestos por Salmivalli *et al.* (1996) y que tiene en cuenta, los siguientes puntos: que la puntuación del *role* esté por encima de la media de la clase para ese *role*; que se haya puntuado más alto en esa escala/*role*, que en el resto y que la diferencia entre las puntuaciones más altas, no sea mayor que 0.1. Por tanto, no se han realizado análisis con el *role* víctima, porque no depende de la percepción que tenga el propio sujeto, sino de las nominaciones que la clase haga de cada compañero, considerándolo víctima.

Por tanto, observamos las medias de las puntuaciones de cada uno de los *roles* participantes en el tiempo 1, para ambos centros: sin programa de mediación (SPM), y con programa de mediación (PM). Asimismo, se pueden ver las medias, desviación típica y significación de los tiempos 1 para los dos centros (véase tabla 2).

Tabla 2  
Media, desviación típica y significación de cada *role* en el tiempo 1, para ambos centros, sin programa de mediación (SPM) y con programa de mediación (PM)

	T1 (SMP)	T1 (PM)	
	MEDIA (DT)	MEDIA (DT)	SIGNIF.
Z_Agresor	-.017 (0.94)	.013 (0.99)	0.771
Z_Seguidor	-.005 (0.89)	-.005 (0.84)	0.996
Z_Defensor	.065 (1.01)	.088 (1.02)	0.839
Z_Público	.101 (1.01)	.091 (.99)	0.929

En el tiempo 2, existen diferencias en las puntuaciones de defensor ( $p = .000$ ) y público ( $p = .002$ ), siendo más altas las puntuaciones en defensa de la víctima y en la conducta de público, en el centro con programa de mediación frente al centro sin programa (véase tabla 3).

Tabla 3  
Media desviación típica y significación, para los roles en el tiempo 2, en ambos centros (SPM) y (PM)

	T2 (SMP)	T2 (PM)	
	MEDIA (DT)	MEDIA (DT)	SIGNIF.
Z_Agresor	-.097 (0.5)	.110 (1.32)	.062
Z_Seguidor	-.090 (.77)	.112 (1.04)	.047
Z_Defensor	-.192 (.36)	.220 (1.37)	.000**
Z_Público	-.160 (.66)	.183 (1.25)	.002*

### Diferencias intragrupos en roles

Si se analizan las diferencias intragrupos dentro del centro sin programa de mediación (SPM), pueden encontrarse los siguientes resultados. La comparación entre ambos tiempos arroja diferencias significativas, en concreto, puede decirse que en el centro sin programa de mediación, disminuyen las puntuaciones en conductas agresivas ( $p = .017$ ), así como las puntuaciones en el rol de seguidor ( $p = .031$ ). No se aprecian diferencias significativas en las puntuaciones de los roles defensor de la víctima y público (véase tabla 4).

Tabla 4  
Media, desviación típica y significación, para los roles del centro SPM, tanto en T1 como en T2

	T1 (SPM)	T2 (SPM)	
	MEDIA (DT)	MEDIA (DT)	SIGNIF.
Z_Agresor	-.017 (0.94)	-.097 (0.57)	.017*
Z_Seguidor	-.005 (0.89)	-.090 (0.77)	.031*
Z_Defensor	.065 (1.01)	-.192 (0.36)	.907
Z_Público	.010 (1.01)	-.160 (0.66)	.474

Por último, la tabla 5 muestra la significación de las puntuaciones en los roles participantes, pertenecientes a los menores del centro con programa de mediación (PM), en ambos tiempos (T1 y T2). En esta ocasión, los resultados no señalan diferencias significativas, indicando que la distribución de roles permanece estable del tiempo 1 al tiempo 2, a excepción del rol seguidor del agresor ( $p = .010$ ), en cuyo caso las puntuaciones aumentan en el tiempo 2.

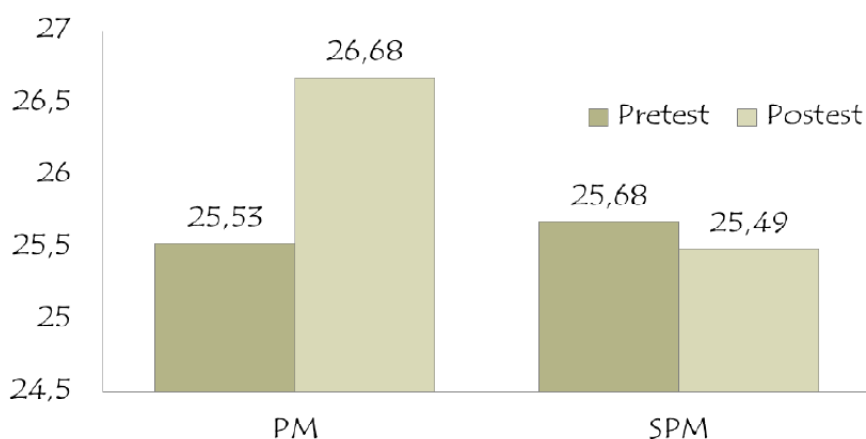
Tabla 5  
Media desviación típica y significación, para los roles del centro con PM, tanto en T1 como en T2

	T1 (PM)	T2 (PM)	
	MEDIA (DT)	MEDIA (DT)	SIGNIF.
Z_Agresor	.013 (0.99)	.110 (1.32)	.935
Z_Seguidor	-.005 (0.84)	.112 (1.04)	.010*
Z_Defensor	.088 (1.02)	.220 (1.37)	.644
Z_Público	.091 (0.99)	.183 (1.25)	.269

### Diferencias intergrupos e intragrupos en actitudes

Las diferencias intergrupos, para esta variable, no son significativas ( $p = .85$ ), para las medias de los dos centros, en el tiempo 1 (véase gráfica 5). Lo cual, indica que los dos centros, parece que parten del mismo nivel respecto a las actitudes províctima mostradas. Pero, en el postest ( $T_2$ ), si se muestran diferencias significativas ( $p = .001$ ), obteniendo mayores actitudes províctima el centro que cuenta con el programa de mediación en sus aulas, y por tanto, indicando que el programa influye positivamente en los usuarios directos o indirectos del mismo, puesto que estas actitudes no mejoran en el centro que no tiene ningún programa de intervención.

Respecto a las diferencias intragrupos, se puede apreciar un incremento significativo de las actitudes províctima en el centro que cuenta con programa de mediación (PM), del tiempo 1 al tiempo 2, mientras que en el centro SPM, no hay cambios en las medidas de actitudes, mostrándose estables en el tiempo.



Gráfica 5. Medias de las actitudes províctima en PM y en SPM

## Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio, era el de conocer y analizar si existen diferencias, entre los estudiantes de un centro, en el que existe un programa de mediación entre iguales cuya finalidad fuese la de mejorar las situaciones de conflicto subyacentes en el centro, y otro centro en el que no existe. Para ello, se han utilizado dos variables: *roles* y actitudes que adoptan los estudiantes durante todo el curso académico, frente a las situaciones de conflicto que puedan emerger. Se esperaba que el centro que tenía el programa de mediación, obtuviese por una parte una disminución de los *roles* negativos que se pueden adoptar ante el conflicto, y mejorasen las actitudes províctima, frente al centro sin programa. Pero aunque existen diferencias significativas en algunos *roles* y actitudes, no se puede afirmar que se hayan cumplido las hipótesis totalmente.

Por una parte, respecto a la variable *roles* a nivel intergrupar, podemos afirmar que no existen diferencias entre los dos centros, en el tiempo 1, es decir que en los dos centros se parte de la misma situación inicial. Las diferencias sí son significativas en el tiempo 2, en las puntuaciones de los *roles* defensor y público, para el centro con programa de mediación. Por tanto, esa mejora de las puntuaciones del *role* defensor, es posible que se haya producido por efecto de la intervención del programa durante todo un curso académico. El incremento de las puntuaciones para el *role* público va en contra de los resultados que se esperaban encontrar, puesto que el aumento de dichas puntuaciones, nos dice que se puede tratar de observadores silenciosos, o de participantes activos, pero en términos generales lo que se puede interpretar es que los espectadores pueden incrementar el ambiente de intimidación, y por tanto, este *role* ayudaría a perpetrar las situaciones de acoso entre iguales, tal y como han comentado otros autores en estudios previos (Garaigordobil y Oñederra, 2010).

A nivel intragrupal, si nos centramos en la intervención en el centro con programa de mediación, se tendría que haber frenado el incremento de las puntuaciones en los roles agresor y seguidor del agresor, que son aspectos que sí mejoran, en el centro sin mediación, contrariamente a lo esperado. Sin embargo, a pesar de la intervención del programa de mediación, se produce un incremento en las puntuaciones del *role* seguidor del agresor. Por lo tanto, la intervención en el centro con programa de mediación, parece arrojar resultados que hacen dudar sobre la mejora del centro a nivel de roles frente al acoso.

No obstante, respecto a la variable actitudes, los datos sí apoyan la hipótesis inicial en la que se esperaba que tras la intervención del programa de mediación en el centro escolar, las actitudes de los estudiantes hacia la ayuda y protección de las víctimas de acoso mejorasen, frente al centro en el que no se produce ninguna intervención, en cuyo caso, lo esperable sería que dichas actitudes se mantuviesen estables en el tiempo, o incluso, descendiesen, tal y como ha ocurrido. Por tanto, se puede afirmar, que se ha producido una mejora en el centro con programa de mediación, en el tiempo 2 en comparación con el tiempo 1. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores, que han estudiado y analizado la misma variable (Cowie, 1998; Menesini *et al.*, 2003; Palladino *et al.*, 2012).

Por tanto, partiendo del objetivo inicial en la que se basa este trabajo, podemos afirmar que las hipótesis se han cumplido parcialmente. Por una parte, se esperaban mejores puntuaciones en los roles positivos y descenso de los roles negativos del acoso, en el centro con programa de mediación, y el efecto contrario en el centro sin programa de mediación, pero los resultados, no confirman dicha hipótesis. Por una parte en el centro con programa de mediación se produce una mejora en las puntuaciones del *role* defensor, pero también un empeoramiento (debido al incremento) de las puntuaciones de los *roles* agresor, seguidor y público. Sin embargo, respecto a la variable actitudes, se esperaba una mejora en las actitudes províctima, de los estudiantes del centro con programa de mediación, mientras que en el centro sin pro-

grama se esperaba que las actitudes províctima se mantuviesen estables, o descendiesen en el tiempo 2, respecto a la situación inicial (tiempo 1). En esta ocasión, sí que podemos afirmar, que existen diferencias significativas que confirman nuestra hipótesis, y hay una mejora en el centro que tiene el programa de mediación en sus aulas.

Para terminar, debemos citar algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, hubiera sido interesante realizar un seguimiento adicional de los efectos encontrados, para observar la estabilidad de los mismos, aspecto frecuentemente olvidado una vez que se han encontrado efectos positivos a corto plazo (Smith, 2011). Por otra parte, de cara a futuras investigaciones sobre el impacto de estos programas, se deben integrar de forma conjunta, diferentes niveles de comprobación de los efectos, es decir, nivel de usuarios directos del programa, nivel actitudinal, nivel sociogrupal, nivel global de clima de centro, etc. Pero, a pesar de dichas limitaciones, consideramos que estos resultados apoyan la necesidad de implantar este tipo de programas en los centros escolares de Educación Secundaria, como procedimiento preventivo de los problemas de acoso escolar.

## Referencias bibliográficas

- Arró, M., Villanueva, L. & Traver, J. (2006). *El Alumno-Amigo: Un sistema de ayuda entre iguales*. Ponencia presentada en las Jornadas de Fomento de la Investigación. Universitat Jaume I.
- Avilés, J. M. (2002). *La intimidación entre iguales (bullying) en la Educación Secundaria Obligatoria. Validación del Cuestionario CIMEI y estudio de incidencia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valladolid.
- Avilés, J. M., Torres, N. & Vian, M. V. (2008). Equipos de ayuda, maltrato entre iguales y convivencia escolar. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 16, 863-886.
- Bolívar, A. (1995). *La evaluación de valores y actitudes*. Madrid: Alauda. Anaya.
- Camodeca, M. & Goossens, F. A. (2005). Children's opinions on effective strategies to cope with bullying: The importance of bullying role and perspective. *Educational Research*, 47, 93-105.
- Cowie, H. (1998). Perspective of teachers and pupils on the experience of peer support against bullying. *Educational Research and Evaluation*, 4, 108-125.
- Fernández, I. & Orlandini, G. (2001). La ayuda entre iguales. Un proyecto de innovación que implica a toda la comunidad. *Cuadernos de Pedagogía*, 304, 97-100.
- Fernández, I., Villaoslada, E. & Funes, S. (2002). *Conflicto en el centro escolar. El modelo de alumno ayudante como estrategia de intervención educativa*. Madrid: Catarata.
- Garaigordobil, M. & Oñerreda, J. A. (2010). Los centros educativos ante el acoso escolar: actuaciones del profesorado, acciones sancionadoras y actividades de prevención. *Información Psicológica*, 99, 4-18.
- Goossens, F. A., Olthof, T. & Dekker, P. H. (2006). New participant role scales: Comparison between various criteria for assigning roles and indications for their validity. *Aggressive Behavior*, 32, 343-357.
- Kmitta, D. (1999). Pasado y futuro de la evaluación e los programas de resolución de conflictos escolares. En F. Bradoni (comp.), *Mediación escolar* (275-300). Buenos Aires: Paidós.
- Menesini, E., Codecasa, E., Benelli, B. & Cowie, H. (2003). Enhancing children's responsibility totake action against bullying: evaluation of a befriending intervention in Italian middle schools. *Aggressive Behavior*, 29, 1-14.
- Monks, C. P., Palermi, A., Ortega, R. & Costabile, A. (2011). A cross-national comparison of aggressors, victims and defenders in preschools in England, Spain and Italy. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 133-144.

- Naylor, P. & Cowie, H. (1999). The effectiveness of peer support systems in challenging school bullying: The perspectives and experiences of teachers and pupils. *Journal of Adolescent*, 22, 1-13.
- Ortega, R. (1998). *La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla*. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.
- Ortega, R., Mora-Merchán, J. A. & Mora, J. (1995). Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales.
- Ortega, R. & Mora-Merchán, J. A. (2000). *Violencia escolar: Mito o realidad*. Sevilla: Mergablum, Edición y Comunicación.
- Ortega, R. & Del Rey, R. (2003a). *Violencia escolar: Estrategias de Prevención*. Barcelona: Graó.
- Ortega, R. & Mora-Merchán, J. (2008). Las redes de iguales y el fenómeno del acoso escolar: explorando el esquema dominio-sumisión. *Infancia y Aprendizaje*, 31, 515-528.
- Palladino, B. E., Nocentini, A. & Menesini, E. (2012). Online and offline peer led models against bullying and cyberbullying. *Psicothema*, 24, 634-639.
- Rigby, K. & Slee, P. T. (1991). Bullying among Australian school children: Reported behavior and attitudes toward victims. *The Journal of Social Psychology*, 131, 615-627.
- Rigby, K. (2008). *Children and bullying*. Victoria: Blackwell Publishing.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K. & Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process. Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22, 1-15.
- Shariff, S. (2008). *Cyber-bullying*. New York: Routledge.
- Smith, P. K. & Watson, D. (2004). *Evaluation of the CHIPS (ChildLine in Partnership with Schools) programme*. Research report RR570. Nottingham: DfES publications.
- Smith, P. K. (2011). Why interventions to reduce bullying and violence in schools may (or may not) succeed: Comments on this Special Section. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 419-423.
- Sutton, J. & Smith, P. K. (1999). Bullying as a group process: An adaptation of the participant role approach. *Aggressive Behavior*, 25, 97-111.
- Torrego J. C. (coord.) (2006). *Modelo integrado de mejora de la convivencia. Estrategias de mediación y tratamiento de conflictos*. Barcelona: Graó.
- Ttofi, M. & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 7, 27-56.





## Análisis de las necesidades psicológicas básicas del estudiante de psicología, y su relación con las estrategias de aprendizaje de evitación y el rendimiento académico\*

IRENE JAÉN PARRILLA  
al119335@alumail.uji.es

JONATHAN PEÑALVER GONZÁLEZ  
al119309@alumail.uji.es

FERNANDO DOMÉNECH BETORET  
betoret@uji.es

### Resumen

Este trabajo de investigación pretende estudiar la relación entre el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, las estrategias de aprendizaje de evitación y el rendimiento académico de los estudiantes. La muestra estaba compuesta por 266 sujetos, todos ellos estudiantes de psicología de la Universitat Jaume I durante los cursos 2010-2011 y 2011-2012 (los dos últimos cursos que se impartía el plan antiguo de psicología). Debido a la extinción de la licenciatura, este estudio también pretende encontrar diferencias significativas entre los estudiantes de ambos cursos académicos. En general, los resultados obtenidos a través de correlaciones bivariadas de Pearson, han confirmado que cuando la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas es baja los estudiantes utilizan más estrategias de evitación (por ejemplo: evitar pedir ayuda, evitar el esfuerzo y retos, evitar la novedad...) y esto perjudica a su rendimiento académico. Además, se han obtenido diferencias significativas entre los dos cursos académicos en algunas de las variables seleccionadas.

**Palabras clave:** necesidades psicológicas básicas, estrategias de aprendizaje de evitación, rendimiento académico, estudiante, Universitat Jaume I.

### Abstract

This research aims to study the relationship between the grade of satisfaction of basic psychological needs, strategies of avoidance learning and academic achievement of

---

\* Este trabajo de investigación ha sido realizado para la asignatura Psicología de la Instrucción por estudiantes de la licenciatura de Psicología de la Universitat Jaume I, durante el curso 2011-2012, bajo la orientación y supervisión del profesor Fernando Doménech Betoret.

students. The sample consisted of 266 subjects, all students of psychology from Universitat Jaume I during the courses 2010-2011 and 2011-2012 (the last two years that the antic plan is imparting). Due to the extinction of degrees, this study also seeks to find differences in the students of both academic years. Overall, the results obtained using Pearson bivariate correlations, confirmed that when the satisfaction of psychological basic needs is low the students used more avoidance strategies (for example: avoid asking for help, avoid effort and challenges, avoid the novelty...) and this hurts their academic performance. In addition, significant differences were found between the two academic years in some of the variables selected.

**Keywords:** Basic psychological needs, Strategies of avoidance learning, Academic performance.

## Introducció

Este estudio pretende analizar la relación entre las necesidades psicológicas básicas de los estudiantes universitarios (autonomía, competencia, relación y pertenencia al grupo) y las estrategias de evitación que estos utilizan en el proceso de aprendizaje (evitación al esfuerzo y desafíos, evitación en pedir ayuda y evitación de la novedad). Además, también intenta estudiar la repercusión del grado de satisfacción con las necesidades básicas en el rendimiento académico de los estudiantes. La importancia de esta investigación es ampliar la información sobre la relación de las necesidades básicas y las estrategias de aprendizaje de evitación, así como obtener datos que puedan ayudar a los profesionales a comprender el comportamiento de los estudiantes y en que medida la satisfacción de las necesidades básicas influye en adoptar un mayor o menor número de conductas de evitación, así como la repercusión de este comportamiento en su rendimiento académico. De este modo, aumentando el conocimiento sobre las necesidades de los estudiantes y sus conductas correspondientes, los formadores podrán incorporar en un futuro una serie de actuaciones en la enseñanza para que el alumno en cuestión llegue a verse a sí mismo como el protagonista del proceso de aprendizaje que esta llevando a cabo y no como un mero receptor de información y pueda, de esta forma, aprovecharse de la instrucción lo máximo posible.

### *Necesidades psicológicas básicas*

Según la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (1985, 2000), la motivación intrínseca se ve estimulada por tres necesidades básicas: la autonomía, la competencia, y la relación. Estas necesidades son determinantes en el rendimiento académico de los estudiantes. La autonomía se experimenta cuando la persona siente que es la causa de su comportamiento (Deci y Ryan, 1985). La autonomía como necesidad básica en el estudiante no ha de verse como una independencia total, sino como una aceptación interna o compromiso con el comportamiento motivado del sujeto. Apoyar la autonomía del estudiante significa considerar su perspectiva, apoyar la elección y proporcionar argumentos razonados cuando estas elecciones no son posibles. (Filak y Sheldon, 2003). La competencia ocurre cuando el estudiante se siente eficaz con su comportamiento. Para que el estudiante se sienta competente se ha de potenciar la expresión de la confianza en la habilidad de sí mismos para superar desafíos, así como ofrecerles una

adecuada orientación y retroalimentación (Filak y Sheldon, 2003). La relación se produce cuando el estudiante se siente conectado o comprendido por otros. Este concepto es similar a la necesidad de pertenencia postulado por Baumeister y Leary (1995), pero el concepto de relación va más allá del grupo, incluyendo las relaciones interpersonales que hacen posible el sentimiento de ser comprendido por los demás (Filak y Sheldon, 2003).

De acuerdo con la teoría de la autodeterminación, cuando estas tres necesidades están satisfechas los estudiantes consiguen el bienestar psicológico que permite un rendimiento óptimo, evolucionando adecuadamente y desarrollando su creatividad. Por el contrario, si estas no están satisfechas los estudiantes no obtienen un buen rendimiento en sus estudios (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe y Ryan, 2000; Sheldon, Ryan y Reis, 1996; Sheldon, Elliot, Kim y Passer, 2001). Por ello, la investigación de estas necesidades puede resultar muy útil en cuanto que pueden ser un buen predictor de variables como el rendimiento académico o las estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes de psicología.

### *Estrategias de aprendizaje*

Las estrategias de aprendizaje pueden ser definidas como conductas y pensamientos que un aprendiz utiliza durante el aprendizaje con la intención de influir en su proceso de codificación (Weinstein y Mayer, 1986). Es importante señalar que estas estrategias están bajo el control de los propios estudiantes, que son deliberadas, planificadas y conscientemente comprometidas en sus actividades (Beltrán, 1993a).

Muchas de las investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de las teorías metacognitivas, nos muestran resultados que aceptan la hipótesis de la relación entre la imagen que el alumno tiene de sí mismo (autoconcepto) y su implicación específica en el aprendizaje y resolución de las tareas académicas mediante la utilización de determinadas estrategias de aprendizaje (por ejemplo: Bear y Minke, 1996; Covington, 1992; Deppe y Harackiewicz, 1996; García y Pintrich, 1994; González-Pienda *et al.*, 1997). Este es el caso de las estrategias de aprendizaje de evitación o «self-handicapping», entre las que se encuentran las estrategias para evitar pedir ayuda, para evitar realizar tareas nuevas y evitar esfuerzos o desafíos. Según Covington (1992), los estudiantes utilizan este tipo de estrategias cuando creen no tener las habilidades necesarias para sentirse competentes con la tarea a realizar. De esta forma, desvían la atención de su habilidad e intentan proteger su autoestima de posibles juicios negativos de sus profesores y compañeros de clase.

### *Necesidades básicas y estrategias de evitación*

Hay muchas investigaciones que exponen que existe una relación estrecha entre las necesidades básicas y las estrategias de aprendizaje utilizadas por los alumnos. Algunos autores (por ejemplo: Miller, Behrens y Greene, 1993; Zimmerman, Bandura y Martínez-Pons, 1992) manifiestan que la implicación activa del sujeto en el proceso de aprendizaje aumenta cuando se siente auto-competente, es decir, cuando confía en sus propias capacidades y tiene altas sus expectativas de autoeficacia, valora las tareas y se siente responsable de los objetivos de aprendizaje. Esto a su vez, influye sobre las estrategias cognitivas y meta-cognitivas, que aumentan a la hora de realizar tareas que requieren esfuerzo y persistencia, lo que hace que aumente el rendimiento académico de los estudiantes (González-Pienda *et al.*, 1997; Núñez *et al.*, 1995).

Un estudio reciente (Doménech-Betoret *et al.*, 2007) reveló que la satisfacción de necesidades del estudiante tiene un impacto indirecto sobre el rendimiento académico, actuando las estrategias de evitación como mediador entre ambas (Baron & Kenny, 1986). Más concretamente, los resultados que obtuvieron fueron que la satisfacción de las necesidades básicas tiene un efecto negativo y significativo sobre las estrategias de evitación. Además, este estudio reveló que la necesidad de autonomía no depende tanto de las necesidades básicas, sino que depende de la percepción que tienen los alumnos sobre el estilo de enseñanza del profesor. De esta forma, los estudiantes obtienen puntuaciones más altas en autonomía cuando perciben que el profesor adopta un estilo de enseñanza que estimula el trabajo independiente y autónomo, y puntuaciones más bajas cuando el profesor alienta un aprendizaje tradicional.

### *Objetivo/s e Hipótesis*

Basándonos en los planteamientos anteriores, el primer objetivo de la presente investigación consiste en identificar y analizar el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas que han experimentado los estudiantes de psicología. Por otro lado, el segundo objetivo de la investigación es conocer en qué medida el grado de satisfacción de estas necesidades se relaciona con las estrategias de evitación utilizadas por los estudiantes de psicología y en qué medida estas estrategias de evitación afectan al rendimiento académico. De este último objetivo se derivan dos hipótesis. En la primera se pronostica una relación negativa y significativa entre el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los estudiantes de psicología y las estrategias de aprendizaje de evitación que estos utilizan durante el proceso de aprendizaje (Hipótesis 1). Pensamos que si el estudiante tiene las necesidades básicas satisfechas se sentirá más eficaz en sus estudios y no tendrá miedo a demostrar sus habilidades académicas ante el profesorado o sus compañeros. Sin embargo, si no tiene las necesidades básicas satisfechas, el estudiante se sentirá incapaz de realizar la tarea con éxito y se protegerá evitando dañar su autoestima.

También pronosticamos una relación positiva y significativa entre el grado de satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de los estudiantes de psicología y el rendimiento académico de estos (Hipótesis 2). Pensamos que los estudiantes que no tengan satisfechas las necesidades básicas tendrán una actitud negativa hacia el estudio (adoptando más conductas de evitación) y esto conducirá a un menor rendimiento académico.

Además, hemos incluido un tercer objetivo en el estudio. De forma razonable esperamos encontrar diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción de Necesidades psicológicas básicas, las Estrategias de aprendizaje de evitación usadas y el Rendimiento entre el año 2010-2011 y el 2011-2012, ya que la muestra obtenida en el 2011-2012 cursa el último año de docencia de la licenciatura en Psicología.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra está compuesta por 266 alumnos, estudiantes de la licenciatura de Psicología de la Universitat Jaume I de Castellón de la plana (España), con edades comprendidas entre 20 y 47 años (M: 22,6; DT: 3,37), de los cuales son mujeres 214 (80,75 %) y son hombres 51 (19,25 %).

Se diferenció también en grupo de la mañana o A y grupo de la tarde o B, en los cuales se encuentra 143 (59,6 %) alumnos y 97 (40,4 %) alumnos respectivamente. Este cuestionario se administró en dos cursos escolares consecutivos 2010-2011 y 2011-2012, a los estudiantes que cursaban dicho año la asignatura troncal de «Psicología de la Instrucción», siendo el número de sujetos en 2010-2011 de 91 (34,2 %) y en 2011-2012 de 175 (65,8 %). Para más detalles véase tabla 1.

Tabla 1  
Características y distribución de la muestra (N= 266)

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo		
Hombre	51	19,2
Mujer	214	80,8
Edad	256	96,6
20-29	7	2,6
30-39	2	0,8
40-49	159	70
Nota actual del expediente	66	29,1
5-6,99	2	0,9
7-8,99	37	16
9-10	189	81,8
Nota esperada del expediente	5	2,2
5-6,99	143	59,6
7-8,99	97	40,4
9-10	91	34,2
Grupo	175	65,8
A		
B		
Año		
2010-2011		
2011-2012		

### Procedimiento

Los cuestionarios se administraron a los estudiantes matriculados de la asignatura Psicología de la Instrucción, a principios del segundo semestre y de manera colectiva, durante la primera sesión de la práctica de laboratorio. Dependiendo del grupo al que perteneciera cada alumno lo realizó por la mañana o por la tarde, un día u otro.

Previamente al pase del cuestionario se informó sobre el uso que tendrían los datos, por lo que se pidió a todos los estudiantes que lo cumplimentaran de forma anónima, voluntaria y sinceramente.

### *Instrumentos de medida*

El cuestionario que se ha administrado mide las siguientes variables:

Necesidades psicológicas básicas:

- La variable se compone de 25 ítems, los cuales factorizan en 4 dimensiones: Necesidad de autonomía en el aprendizaje (6 ítems), Necesidad de autocompetencia (7 ítems), Necesidad de familiaridad y buen trato (6 ítems), Necesidad de pertenencia al grupo (6 ítems).
- Los ítems se encuentran formulados como afirmaciones que el sujeto responde mediante una escala politómica de cinco puntos, que van desde «Afirmativo en muy pocas o ninguna de las asignaturas cursadas hasta la fecha (0-20 %)» hasta «Afirmativo en todas o casi todas las asignaturas cursadas hasta la fecha (80-100 %)». Salvo la dimensión que corresponde a la Necesidad de pertenencia al grupo que tiene una escala de respuesta tipo Likert con seis opciones que van desde «Bastante en desacuerdo» hasta «Bastante de acuerdo».

Estrategias de aprendizaje de evitación:

La variable se compone de 26 ítems, los cuales factorizan en 4 dimensiones:

- Evitar la novedad en el aprendizaje (5 ítems), Evitar pedir ayuda al profesor (6 ítems), Evitar el esfuerzo y desafíos en el aprendizaje (9 ítems) y Evitar la participación (6 ítems).
- Los ítems se encuentran formulados como afirmaciones que el sujeto responde mediante una escala politómica de cinco puntos, que van desde «Afirmativo en muy pocas o ninguna de las asignaturas cursadas hasta la fecha (0-20 %)» hasta «Afirmativo en todas o casi todas las asignaturas cursadas hasta la fecha (80-100 %)».

Rendimiento:

- Se midió a partir del rendimiento académico, utilizando la nota media actual del expediente del estudiante hasta la fecha en que se cumplimentó el cuestionario (Rendimiento actual), además de la nota media que esperan obtener en el expediente al finalizar la licenciatura (Rendimiento esperado). Se empleó esta medida ya que es la que mejor refleja de manera objetiva y numéricamente esta variable.

### *Análisis estadísticos*

Para probar los objetivos planteados se realizaron los siguientes análisis estadísticos mediante el programa SPSS (19.0):

- a) Análisis de estadísticos descriptivos de la muestra (medias y desviaciones típicas de cada una de los factores que conforman ambas escalas).
- b) Cálculo de la validez de constructo mediante un análisis factorial para las escalas de Necesidades psicológicas básicas y las Estrategias de aprendizaje de evitación.

- c) Cálculo del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para los factores de las Necesidades psicológicas básicas y las Estrategias de aprendizaje de evitación.
- d) Análisis de correlaciones entre las Necesidades psicológicas básicas y las Estrategias de aprendizaje de evitación.
- e) Análisis de correlaciones entre las Necesidades psicológicas básicas y el Rendimiento.
- f) Prueba T para muestras independientes para comparar las Necesidades psicológicas básicas de los estudiantes de los cursos 2010/2011 y 2011/2012.

## Resultados

### *Análisis preliminares: descriptivos, fiabilidad y validez de constructo*

Se calcularon los estadísticos descriptivos para todos los factores de ambas escalas, pudiéndose ver que todas las medias oscilan entre el 2,08 y 3,69 (todas tienen 5 opciones de respuesta, salvo la Necesidad de pertenencia al grupo que tiene 6 opciones). Véase la tabla 3 para más detalles.

Los análisis de fiabilidad de los diferentes factores tanto de la escala Necesidades psicológicas básicas como de la escala de Estrategias de aprendizaje de evitación, arrojaron coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach superiores a .80, salvo en la Estrategia de evitación Pedir ayuda al profesor que fue de .759. Diversos autores, entre ellos Nunally, proponen un valor mínimo para los coeficientes de consistencia interna de .70. (Nunally, 1978). Mientras que la fiabilidad media en artículos de buenas revistas de Psicología de la Educación está en torno a .83 (Osborne, 2003).

Tabla 3  
*Estadísticos descriptivos de las escalas/medidas Necesidades psicológicas básicas y Estrategias de aprendizaje de evitación*

ESCALAS/MEDIDAS	N.º DE ÍTEMS	M	DT	A. DE CRONBACH
Necesidades psicológicas básicas				
Autonomía en el aprendizaje (F2)	6	2,92	0,805	.883
Autocompetencia (F4)	6	3,69	0,676	.836
Familiaridad y buen trato (F3)	6	3,58	0,724	.858
Pertenencia al grupo (F1)	6	3,01	0,753	.911
Estrategias de aprendizaje de evitación				
Novedad en el aprendizaje (F3)	4	2,63	0,850	.811
Pedir ayuda al profesor (F4)	4	2,08	0,789	.759
Esfuerzo y desafíos en el	6	2,36	0,844	.811
aprendizaje (F2)	6	3,37	1,004	.890
Participación (F1)				

La validez de constructo de las escalas se comprobó a través de un análisis factorial exploratorio o AFE (con rotación varimax y método de componentes principales). El AFE realizado

reveló cuatro dimensiones en cada escala, correspondiendo con los cuatro tipos de Necesidades psicológicas básicas y las cuatro Estrategias de aprendizaje de evitación.

*Cálculos realizados para estudiar 1.º objetivo (Identificar y analizar el perfil del grado de satisfacción de las Necesidades psicológicas básicas, que han experimentado los estudiantes de psicología.)*

A partir de los estadísticos descriptivos de la escala de Necesidades psicológicas básicas, se ha creado un perfil del estudiante de psicología. Para más detalles véase figura 1.

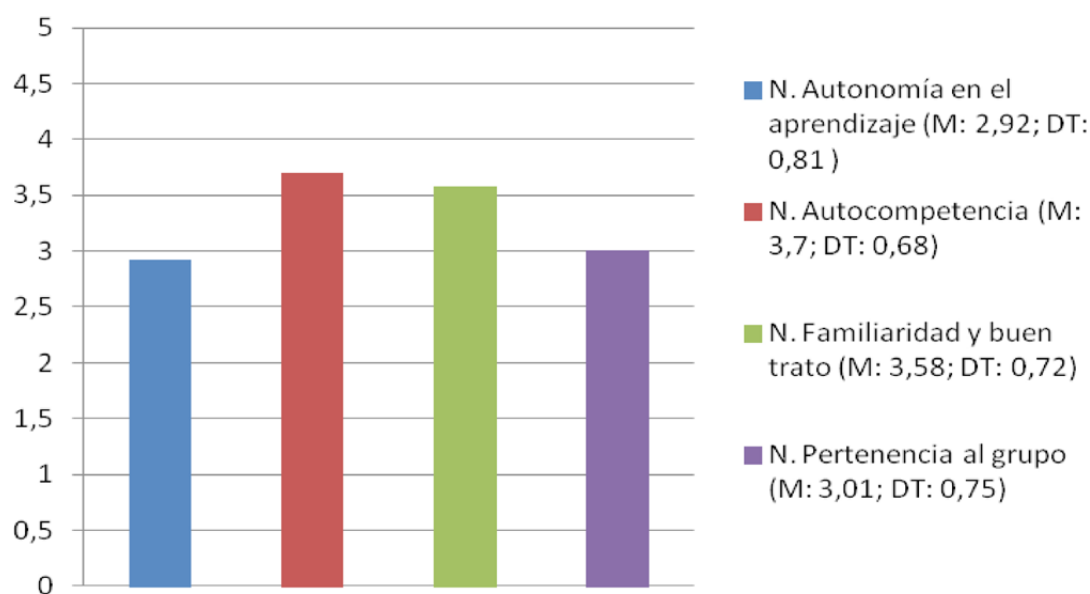


Figura 1. Perfil de las Necesidades psicológicas básicas del estudiante de Psicología del curso (N = 266)

*Cálculos realizados para probar 2.º objetivo: Hipótesis 1 (Pronosticamos una relación negativa y significativa entre el grado de satisfacción de las Necesidades psicológicas básicas de los estudiantes de Psicología y las Estrategias de aprendizaje de evitación que estos utilizan durante el proceso de aprendizaje.)*

Con la finalidad de examinar la primera hipótesis planteada (H1) se llevó a cabo un análisis correlacional bivariado de Pearson para determinar si existe una relación lineal entre las Necesidades psicológicas básicas y las Estrategias de aprendizaje de evitación (tabla 4).

Con un nivel de significación al 0.01 se ha encontrado una correlación negativa y significativa entre los factores NCO y ENO (-.192), NCO y EES (-.247), NCO y EPA (-.273), NPE y EPE (-.179) y NPE y EPA (-.234). Y con un nivel de significación al 0,05 se ha encontrado correlación negativa y significativa entre los factores NCO y EPE (-.149), NFA y EPA (-.132) y NPE y EES (-.126). Para más detalles véase tabla 4.



Tabla 4  
Matriz de correlaciones bivariadas de Pearson entre las Necesidades psicológicas básicas y Estrategias de aprendizaje de evitación (n = 266)

	NAU	NCO	NFA	NPE	ENO	EPE	EES	EPA
N. Autonomía en el aprendizaje (NAU)	1							
N. Auto-competencia (NCO)	,353**	1						
N. Familiaridad y buen trato (NFA)	,364**	,399**	1					
N. Pertenencia al grupo (NPE)	,194**	,236**	,206**	1				
E. Novedad en el aprendizaje (ENO)	,074	-,192**	-,025	-,006	1			
E. Pedir ayuda al profesor (EPE)	-,033	-,149 <sup>z</sup>	-,118	-,179**	,285**	1		
E. Esfuerzo y desafíos en el aprendizaje (EES)	-,084	-,247**	-,100	-,126 <sup>z</sup>	,544**	,364**	1	
E. Participación (EPA)	-,064	-,273**	-,132 <sup>z</sup>	-,234**	,263**	,322**	,280**	1

\*\*p < 0.01, \*p < 0.05

*Cálculos realizados para probar 2.º objetivo: Hipótesis 2 (Pronosticamos una relación positiva y significativa entre el grado de satisfacción de las Necesidades psicológicas básicas de los estudiantes de psicología y el Rendimiento.)*

Con la finalidad de examinar la primera hipótesis planteada (H2) se llevó a cabo un análisis correlacional bivariado de Pearson para determinar si existe una relación lineal entre las Necesidades psicológicas básicas y el Rendimiento (tabla 5).

Con un nivel de significación al 0.01 se ha encontrado una correlación positiva entre los factores NCO y RA (.175) y NCO y RE (.198).

Y con un nivel de significación al 0,05 se ha encontrado correlación positiva entre los factores NFA y RE (.163). Para más detalles véase tabla 5.

Tabla 5  
Matriz de correlaciones bivariadas de Pearson entre las Necesidades psicológicas básicas y el Rendimiento (n = 266)

	NAU	NCO	NFA	NPE	RA	RE
N. Autonomía en el aprendizaje (NAU)	1					
N. Auto-competencia (NCO)	,353**	1				
N. Familiaridad y buen trato (NFA)	,364**	,399**	1			
N. Pertenencia al grupo (NPE)	,194**	,236**	,206**	1		
Rendimiento actual (RA)	-,006	,175**	,025	,003	1	
Rendimiento esperado (RE)	,048	,198**	,163*	,068	,731**	1

\*\*p < 0.01, \*p < 0.05

*Cálculos realizados para probar 3<sup>er</sup> objetivo (Esperamos encontrar diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción de las Necesidades psicológicas básicas, las Estrategias de aprendizaje de evitación usadas y el Rendimiento entre los alumnos del año 2010-2011 y los del 2011-2012).*

Para observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los cursos 2010/2011 (10/11) y 2011/2012 (11/12) en las escalas Necesidades psicológicas básicas, Estrategias de aprendizaje de evitación y Rendimiento, se ha realizado una prueba t para medias independientes y asumiendo igualdad de varianzas con un nivel de significación de 0,05.

Debido a que la significación es menor que 0,05 en la Necesidad de autocompetencia y en el Rendimiento actual, podemos concluir que la diferencia entre cursos es significativa. Véase tabla 6 para más detalles.

Tabla 6  
Prueba t entre los factores de los cursos 2010/2011 y 2011/12

ESCALA	FACTOR	CURSO	M	DT	T	G.L.	SIG. (BILAT)	ERROR TÍPICO DIFERENCIA
Necesidades psicológicas básicas	Autonomía en el aprendizaje	10/11	2,95	,88	,458	264	,648	,1
		11/12	2,90	,77				
	Auto-competencia	10/11	3,87	,6	3,03	262	,003	,09
		11/12	3,61	,7				
	Familiaridad y buen trato	10/11	3,64	,68	,996	264	,320	,09
		11/12	3,55	,75				
Pertenencia al grupo	10/11	2,93	,7	-1,29	263	,200	,1	
	11/12	3,1	,78					

ESCALA	FACTOR	CURSO	M	DT	T	G.L.	SIG. (BILAT)	ERROR TÍPICO DIFERENCIA
Estrategias de aprendizaje de evitación	Novedad en el aprendizaje	10/11	2,62	,83	-,097	264	,923	,11
		11/12	2,63	,86				
	Pedir ayuda al profesor	10/11	2,15	,81	,894	264	,372	,1
		11/12	2,06	,78				
	Esfuerzo y desafíos en el aprendizaje	10/11	2,4	,86	,410	263	,682	,11
		11/12	2,35	,84				
Participación	10/11	3,43	,94	,592	263	,554	,13	
	11/12	3,35	1,04					
Rendimiento	Actual	10/11	6,8	,72	2,154	225	,032	,1
		11/12	6,59	,65				
	Esperado	10/11	7,37	,77	1,337	229	,182	,09
		11/12	7,25	,59				

## Discusión de los resultados

El objetivo del estudio era observar la relación entre las Necesidades psicológicas básicas, las Estrategias de aprendizaje de evitación y el Rendimiento. Además de observar si existen diferencias en estas variables entre los cursos 2010/2011 y 2011/2012 debido al estrés de extinguirse la docencia de la licenciatura, dando paso al grado.

Las escalas utilizadas mostraron buena consistencia interna y validez de constructor apropiado.

Respecto al primer objetivo el cual es identificar y analizar el perfil del estudiante de psicología respecto al grado de satisfacción de las Necesidades psicológicas básicas, no hay una gran diferencia entre ellas y además están correlacionadas significativamente. Lo que indica que cuando un estudiante tiene cubierta es muy probable que tenga cubiertas las otras necesidades.

Del segundo objetivo extraemos dos hipótesis. Respecto a la primera hipótesis (H1) formulada, en la que se pronostica una relación negativa y significativa entre el grado de satisfacción de las Necesidades Psicológicas Básicas de los estudiantes de psicología y las estrategias de aprendizaje de evitación que estos utilizan durante el proceso de aprendizaje, queremos señalar que se confirma.

En general, estos resultados están en la misma línea que los obtenidos en otros estudios previos como el de Doménech-Betoret *et al.* (2007), en el que se obtuvo una relación significativa e inversa entre el grado de satisfacción de las necesidades básicas del estudiante y las estrategias de evitación. Además, al igual que en el estudio citado nuestros resultados indican que la Necesidad de autonomía en el aprendizaje no se relaciona con ninguna estrategia de evitación, ya que esta depende de la percepción del estudiante sobre el estilo de enseñanza adoptado por el profesor.

La segunda hipótesis (H2) formulada, en la que pronosticamos una relación positiva y significativa entre el grado de satisfacción de las Necesidades psicológicas básicas y el rendimiento académico de los estudiantes de psicología, también se confirma.

Los análisis estadísticos realizados para probar esta hipótesis mostraron que el Rendimiento académico, tanto actual como el esperado, relaciona con la Necesidad de Autocompetencia y con la Necesidad de Familiaridad y buen trato.

En general, estos resultados están en la misma línea que los obtenidos en otros estudios previos (p. ej., González-Pienda *et al.*, 1997; Núñez *et al.*, 1995; Doménech-Betoret *et al.*, 2007).

Respecto al tercer objetivo de nuestro estudio, el cual pretende encontrar diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción de las Necesidades psicológicas básicas, las estrategias de aprendizaje de evitación utilizadas y el Rendimiento entre los alumnos del año 2010-2011 y los del 2011-2012, podemos concluir mencionando que se han encontrado diferencias significativas en dos factores: Necesidad psicológica básica de autocompetencia y Rendimiento Actual. Los resultados obtenidos nos muestran que los alumnos del año 2010-2011 tienen la necesidad de autocompetencia más satisfecha y un Rendimiento Actual mayor (nota de expediente) que los alumnos del 2011-2012. Podemos suponer que estas diferencias pueden ser debidas a la variable estrés, producida por la extinción de la asignatura, ya que los contenidos y los profesores que imparten la asignatura son los mismos.

### *Limitaciones*

Entre las principales limitaciones de este trabajo queremos señalar, en primer lugar, el uso exclusivo de técnicas de autoinforme para la recogida de información, los expertos recomiendan que este tipo de instrumentos de medida se combinen con otros más cualitativos.

En segundo lugar, pese a que la muestra es considerablemente grande (266 sujetos), es poco representativa, ya que solo se centra en un nivel educativo muy concreto y tan solo en una especialidad dentro de este.

Otra limitación que consideramos importante resaltar es la problemática que existe al usar la nota del expediente como forma de medir la variable rendimiento.

También consideramos la necesidad de usar escalas de respuesta tipo Likert de 4 o 6 puntos u otro tipo para evitar la tendencia central. Ya que la mayoría de escalas de respuesta utilizadas eran politómicas de cinco puntos.

Por otro lado, queremos señalar que aunque pensamos que las diferencias entre los estudiantes del año 2012-2011 y los del 2011-2012 son debidas al estrés, no hemos estudiado esta variable y, por tanto, no podemos confirmar que esa sea su causa.

Por todo esto, hay que ser cautelosos en la generalización de los resultados obtenidos.

### *Implicaciones prácticas*

Conocer la satisfacción de las Necesidades psicológicas básicas y su relación con otras variables nos va a permitir diseñar un temario de las asignaturas ajustado al alumno, para que este se sienta lo mejor posible con los estudios que ha elegido y al final su rendimiento aumente. Asimismo, el hecho de que el profesor conozca la satisfacción de las necesidades básicas de los estudiantes puede contribuir a que se ajuste para intentar satisfacerlas y que así, indirectamente, mejore su rendimiento académico, adoptando las estrategias de aprendizaje necesarias para ello.

Para el centro esto también será un beneficio, pues mejorará su imagen cara a otras universidades y será uno de los factores que ayudarán a que se posicione como una de las mejores universidades nacionales e internacionales.

### *Propuestas de futuro*

La muestra aunque es grande, es demasiado específica para poder generalizar ciertos resultados, pues no sabemos si los datos están sesgados por el tipo de alumno que se encuentra estudiando la licenciatura de psicología. Es por ello que se debería usar una muestra de universitarios que incluyese estudiantes de otras titulaciones y fuese representativa para poder generalizar los resultados alcanzados en el contexto universitario. Por tanto, sería deseable utilizar una muestra más amplia y representativa en futuros estudios.

Además, creemos necesario el estudio de la relación del estrés y el rendimiento académico para poder confirmar que las diferencias entre los años 2010-2011 y 2011-2012 son debidas a esta variable.

### **Referencias bibliográficas**

- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). La necesidad de pertenencia: el deseo de los archivos adjuntos interpersonales como la motivación fundamental del ser humano. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bear, G. G. & Minke, K. M. (1996). Positive bias in maintenance of self-worth among children with LD. *Learning Disability Quarterly*, 19, 23-32.
- Beltrán (1993a). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Brackett, M., Rivers, S., Shiffman, S., Lerner, N. & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 780-795.
- Covington, M. V. (1992). *Making the grade: A self-worth perspective on motivation and school reform*. N. J.: Cambridge University Press.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). The "what" and "why" of goals pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deppe, R. K. & Harackiewicz, J. M. (1996). Self-handicapping and intrinsic motivation: Buffering intrinsic motivation from the threat of failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 4, 868-876.
- Doménech-Betoret, F. (2007). *Psicología de la educación e instrucción: su aplicación al contexto de la clase*. Castellón: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Doménech-Betoret, F. & Gómez Artiga, A. (2011). Relación entre las necesidades psicológicas del estudiante, los enfoques de aprendizaje, las estrategias de evitación y el rendimiento. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(24) 463-496.
- Filak, V. F. & Sheldon, K. M. (2003). Student psychological need satisfaction and college teacher-course evaluation. *Educational Psychology*, 23(3), 235-247.

- García, T. & Pintrich, P. R. (1994). Regulating motivation and cognition in the classroom: The role of self-schemas and self-regulatory strategies. En D. H. Schunk & Zimmerman, B. J. (eds.), *Self-regulation of learning and performance. Issues and educational applications*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- González-Pienda, J. A. & Núñez, J. C. (1997). Determinantes personales del aprendizaje y rendimiento académico. En J. N. García (dir.), *Instrucción, aprendizaje y dificultades*. Barcelona: Ediciones LU.
- González-Pienda, J. A., Núñez, J. C., González-Pumariega, S. & García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9, 2, 271-289.
- Miller, R. B., Behrens, J. T. & Greene, B. A. (1993). Goals and perceived ability: Impact on student valuing, self-regulation and persistence. *Contemporary Educational Psychology*, 18, 2-14.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill
- Núñez, J. C., González-Pienda, J. A., García, M. S., González, S. & García, S. I. (1995). Estrategias de aprendizaje en estudiantes de 10 a 14 años y su relación con los procesos de atribución causal, el autoconcepto y las metas de estudio. *Revista Galega de Psicopedagogía*, 10/11, 219-242.
- Osborne, Jason W. (2003). Effect sizes and the disattenuation of correlation and regression coefficients: lessons from educational psychology. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8(11). Recuperado el 20 de mayo, 2012, de <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=11>.
- Pérez, N. & Castejón, J. L. (2007). La inteligencia emocional como predictor del rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 13 (1). 119-129.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J. & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- Sheldon, K. M. & Elliot, A. J. (2000). Personal goals in social roles: Divergences and convergences across roles and levels of analysis. *Journal of Personality*, 68, 51-84.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M. & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1270-1279.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y. & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 325-339.
- Turner, J. C., Meyer, D. K., Anderman, E. M., Midgley, c., Gheen, M. & Kang, Y. (2002). *The classroom environment and students' reports of Educational Psychology*, 94, 1, 88-106.
- Weinstein, C. E. & Mayer, R. E. (1986). The teaching of learning strategies. En M. C. Wittrock (ed.), *Handbook of research on teaching*. New York: McMillan.
- Zimmerman, B. J., Bandura, A. & Matínez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663-676.

## Aprendizaje de la amistad

### Aplicación de un método de intervención por parejas propuesto por Robert Selman

ANDREA RUBIO BARREDA  
barredaa@uji.es

FRANCISCO JUAN GARCÍA-BACETE  
fgarcia@uji.es

GHISLAINE MARANDE PERRIN  
marande@uji.es

INÉS MILIÁN ROJAS  
al061904@uji.es

AIDA SANAHUJA RIBÉS  
al106899@uji.es

SARA ROSELLÓ SEMPERE  
al258700@uji.es

#### Resumen

El Aprendizaje de la Amistad es una adaptación de los trabajos de *Pair Therapy* de Robert Selman a partir de su reciente aplicación por Karcher y colaboradores, el *Pair Counseling*. El equipo GREI de investigación, ha realizado un estudio exploratorio en el cual se ha adaptado dicho modelo para mejorar las relaciones de amistad en niños-as en etapa escolar con mayor riesgo psicosocial. El Aprendizaje de la Amistad se aplica a una muestra de niños de 3.º y 4.º de Primaria de un colegio público de Castellón de la Plana. El aprendizaje de la Amistad, consiste en 6 sesiones de juego (juegos familiares, divertidos y por parejas), de unos 45 minutos, en el que el objetivo no es que esos alumnos se hagan amigos, sino la generalización de dicha habilidad a pesar de los conflictos. El foco principal es la descentración y la comprensión de la perspectiva del otro. Los niños realizan una actividad de juego con la única condición de que sea tranquilo, honesto, cordial y respetuoso. Este modelo además, incluye un análisis in situ de las sesiones, por ser sesiones grabadas y visualizadas tras espejo unidireccional, y un análisis y preparación postsesión por parte del facilitador de la amistad y del equipo de investigación. En este trabajo se ilustran verbalizaciones de dichas grabaciones que muestran una mejora en el significado personal de las relaciones, una mejora en la comprensión de las relaciones interpersonales, así como una mayor competencia social para las relaciones entre iguales.

**Palabras clave:** consejo de pareja, aprendizaje de la amistad, juego en pareja, toma de perspectiva social, relaciones entre iguales.

## Abstract

The Friendship Learning is an adaptation of Robert Selman's Pair Therapy, based on its recent application by Karcher and cols., Pair Counseling. GREI research team, made an exploratory study in which the model has been adapted to improve friendly relations among children in school age-as more psychosocial risk. Such intervention is called Friendship Learning, and applied to a sample of children in 3rd and 4th grade of a public school in Castellón de la Plana. Friendship Learning, consists of 6 sessions of play (family games, fun and in pairs), about 45 minutes, in which the goal is that these students do not make friends, but the generalization of this ability despite conflicts. The main focus is to understand the other's perspective. The children performed a play activity with the only condition is that it is quiet, honest, friendly and respectful. This model also includes a site analysis of the sessions, being recorded sessions and visualized after bidirectional mirror, and an analysis and post-meeting preparation by the friendship counsellier and the research team. In this paper we show how such recordings verbalizations illustration showing an improvement in the personal significance of the relationships and conflicts, improved understanding of interpersonal relationships, and greater social competence peer relationships.

**Keywords:** Pair Counseling, Friendship Learning, Pair playing; Social perspective taking, peer relations.

## Introducción

El clásico argumento formulado por Hartup (1983) es que los niños a partir de los cuatro años dedican cada vez más tiempo a estar con sus pares y, si esto es así, es que estas relaciones deben ser importantes. Así, cuando los niños y niñas de la misma edad se juntan en las aulas, se dan una serie de interacciones, las cuales se sincronizan y aparecen por ello los amigos, los grupos, las redes sociales y las jerarquías. Pero lo realmente interesante es saber que las relaciones y los subgrupos no son aleatorios. Los niños (y los grupos) tienden a balancear su necesidad de afiliación y de compartir (reciprocidad, cohesión, igualdad de estatus) agrupándose en base a la similitud en alguna característica, con la necesidad de sentir que tienen control, autonomía y estatus (complementariedad, dominancia, jerarquía). No obstante, a veces surgen conflictos en la prioridad de estas necesidades y aparecen los procesos de dominancia social o de diferenciación de roles y de estatus, la victimización y el rechazo.

El aprendizaje de «llevarse bien con los iguales» es un proceso de desarrollo en el que resulta fácilmente comprensible que la mayoría de los niños experimentan algunas dificultades con sus iguales en algún momento, de las que salen fortalecidos tras su experiencia y aprendizaje. No ocurre lo mismo con los alumnos que sufren dificultades crónicas o de mayor complejidad. La conducta del niño o de la niña es uno de los principales determinantes de las conductas positivas (o negativas) con los iguales. No obstante, el que una conducta sea apropiada depende del contexto en el que se realiza, por lo que la competencia social también requiere de habilidades sociocognitivas y de regulación afectiva que permitan seleccionar las conductas apropiadas y usarlas en respuesta a la continua estimulación y respuestas sociales procedentes de los otros. La competencia social por tanto, cobra importancia en el estudio de las relaciones entre iguales, y más aun en el marco de planteamientos de intervención en etapa infantil.



## La Amistad

Es evidente que los amigos son elementos importantes de *compañía*, de *diversión*, de protección, también de *información*; son fuente importante de *intimidad* y *afecto*, de *seguridad emocional* en situaciones novedosas o en momentos de estrés y transición (García-Bacete, Sureda y Monjas, 2010). Rubin, Bukowski y Parker (2006) describen la amistad como una relación subjetiva, y por propia naturaleza, diádica y recíproca. Se trata de una relación elegida libremente, igualitaria, en la que hay implicados más aspectos afectivos que instrumentales. Habitualmente, los amigos comparten una historia conjunta (desde Infantil, del barrio), se sienten mutuamente comprendidos (juegan juntos, se prestan cosas, atienden las necesidades del otro) y se sienten a gusto siendo identificados por el resto del grupo como amigos. Como señalan Bukowski, Metzoi y Mayer (2009), casi todos los niños dicen tener amigos y asocian esta relación a experiencias positivas en las que se derivan múltiples beneficios.

La amistad se basa en relaciones de intimidad y reciprocidad, en el que se comparten acciones mutuas, coordinadas y de responsabilidad. La «reciprocidad» se refiere a la tendencia de dos personas para actuar de la misma manera, ya sea simultáneamente o en secuencia (Hinde, 1979). Típicamente, la reciprocidad es bidireccional en el sentido de que las acciones de dos amigos están dirigidos uno hacia el otro, tal como cuando un amigo hace algo y el otro amigo responde (Ross, Cheyne y Lollis, 1988). La capacidad de respuesta entre amigos es a menudo simétrica, ya que cada amigo contribuye igualmente a la interacción y ninguno de los dos socios domina al otro. Por otro lado, existe y debe existir cierto grado de *Responsabilidad*, *Cooperación* y *Coordinación* entre dos amigos que comparten algún vínculo de reciprocidad. Existen algunos estudios, en escolares de 7 a 8 años, en el que se codifican y analizan dichas características de intimidad a partir de cinco categorías: reír, sonreír, mirarse, hablarse y tocarse (Foot, Chapman y Smith, (1977); Newcomb y Bagwell (1995). En cada una de estas categorías, las frecuencias observadas y las duraciones fueron más altas para las parejas de amigos que para las que no lo eran.

Otra característica relevante es el efecto de la similitud, pues se sabe que existen mayores similitudes entre amigos que entre los que no son amigos. O bien porque los amigos se han hecho amigos y han acabado creciendo y compartiendo similitudes, o bien porque estas similitudes es lo que les ha unido como tal. Existen varios estudios que apoyan la hipótesis que subyace a la similitud-atracción (Byrne y Griffit, 1966) y es un componente clave de la amistad. A comienzo de los años preescolares, los niños parecen ser atraídos, y llegar a ser amigos con compañeros cuyas tendencias de comportamiento son similares a las suyas (Rubin *et al.*, 2006).

Por otra parte, para entender la importancia de las relaciones de amistad, cabe destacar las *funciones* a las que se asocia así como sus *beneficios*. Para Guifford-Smith y Brownell (2003), la amistad cumple varias funciones cruciales: provee de *compañía*, promueve el desarrollo de habilidades interpersonales, alienta la sensibilidad de los pensamientos y deseos de los otros, y la preocupación por su bienestar, y previene la soledad o la percepción de soledad. Además, las amistades promueven las habilidades de aprendizaje y ayudan a establecer una cultura normativa que conforma la conducta. De otro lado, Sullivan (1953) concibe que la experiencia de la reciprocidad y el intercambio en la amistad da a los niños la sensación de bienestar y *validación del propio yo*, que a su vez tendría un efecto particularmente fuerte en el desarrollo del concepto del sí-mismo. Esta validación se deriva del reconocimiento de los niños de la consideración positiva y la atención que el amigo tiene para ellos. Asimismo, también se sabe que la amistad funciona como *protección contra los factores de riesgo relacionados con la familia y los procesos de victimización*. Las experiencias positivas de tener un «amigo» podrían ser suficientes para permitir superar el trauma que puede haber resultado de experiencias familiares anteriores. De hecho, existen diferentes figuras de protección entre las

numerosas funciones que se han atribuido a la amistad (Bukowski, 2001). Como hemos señalado, la propuesta de Sullivan, es una teoría de referencia sobre las relaciones interpersonales a partir de experiencias positivas con los compañeros, en especial las experiencias de amistad, en el que son consideradas como válvulas de protección hacia conflictos y factores de riesgo, y prevención de estrés y estresores futuros. Por ejemplo, el compañerismo, intimidación, e incluso el conflicto, han demostrado estar presentes en las amistades y ofrecer beneficios directos, así como las oportunidades para desarrollar competencias sociales (Furman y Robins, 1985; Hartup, 1983). Hodges, Malone y Perry (1997), demostraron que los niños que están en riesgo de victimización por sus propias características personales (por ejemplo, la agresión) son menos propensos a experimentar victimización dentro del grupo de iguales, por el hecho de tener algún amigo, y más aun una relación de amistad satisfactoria.

Finalmente, es inevitable considerar las ideas expuestas por Piaget, y Kohlberg, también en los escritos de Sullivan (1953), quienes creían que la confianza, la intimidad, el compromiso y el afecto que caracteriza la amistad puede hacer que sea un lugar único para el *desarrollo de la moralidad*. El primero, reconoció la importancia de los vínculos interactivos entre amigos, y creía que el respeto mutuo y la interacción de la amistad daría lugar a procesos de colaboración y cooperación necesarias para el desarrollo del juicio moral. Kohlberg (1963), en cambio, se refirió al proceso de «unión moral», que consiste en la imitación básica de un niño a partir de la percepción de similitud a un amigo. Así, según Kohlberg, esta sensibilidad mejoraría el propio sentido de obligación o responsabilidad con el bienestar de su amigo y promovería la motivación del niño para mantener la propia amistad. Ciertamente, los niños conceptualizan ya en etapa escolar, a las amistades que como fines morales. Así, en la medida en que centre la atención es una característica de la amistad como clave para la moralidad, amistad y moralidad están íntimamente relacionados (Bukowski y Sippola, 1996).

### *Aprendizaje de la Amistad*

El aprendizaje de la amistad es una intervención dirigida a promover cambios en sus pensamientos y conductas para hacer y mantener amigos, que se fundamenta en el modelo de desarrollo de la coordinación de perspectivas sociales propuesto por Selman (1980), expuesto en *The Pair Therapy* (Selman y Schultz, 1990; Selman, Watts y Schultz, 1997) y en su versión más reciente, *Pair Counseling* (Karcher *et al.*, 2007). El modelo de Selman (1980) comienza a partir de los trabajos sobre el desarrollo moral de Kohlberg. Así, Selman mostró una relación directa entre el nivel de toma de perspectiva y el tipo de negociaciones interpersonales que los niños utilizan. Obtuvo una secuencia a lo largo del tiempo del desarrollo de perspectivas sociales, donde demuestra que el movimiento del egocentrismo a la perspectiva del «nosotros» se produce de una forma evolutiva.

Los trabajos sobre la comprensión de la reciprocidad son posibles gracias a los progresos que se producen en tres capacidades cognitivas: *la comprensión interpersonal* o la forma en la que entiende la amistad y los procesos asociados, *el significado personal* o el valor que se otorga a las relaciones interpersonales, y *las habilidades interpersonales de negociación* o como se piensa sobre las tareas sociales y, en su caso, sobre la forma de resolverlas. De acuerdo con el nivel de estas capacidades la persona tiene acceso a unas *habilidades o estrategias de negociación*, que acabará usando o no, o haciéndolo en unos contextos sí y en otros no, dependiendo de otros factores. Pero la relación entre pensar y actuar también queda afectada por cómo un individuo enfoca la relación, por su *orientación interpersonal* o la tendencia a pensar y actuar sobre qué conductas o necesidades han de transformarse. Algunos niños tienden a cambiar ellos mismos, cediendo (orientación autotransformadora), mientras que otros niños

parecen conseguir predominantemente que otros cambien, mediante estrategias de lucha, amenaza, y manipulación para que los otros se conformen (orientación otro-transformadora). Estas orientaciones interpersonales pueden ser rígidas o cambiantes.

El desarrollo de la amistad refleja las transformaciones en la comprensión del niño de la reciprocidad en cinco niveles secuenciales desde la infancia hasta la adultez.

Selman encontró que los niños pequeños son egocéntricos y no hacen distinciones entre sus propios deseos y los de los demás (Nivel 0). Los primeros años de vida resultan en numerosos intentos de tratar de satisfacer necesidades e impulsos. Este egocentrismo indiferenciado da paso a la comprensión del niño de que «Yo tengo gustos, sentimientos y deseos que son diferentes de otras personas.», adquiere la perspectiva subjetiva o de primera persona (Nivel 1). Se le dice al niño que hay otras maneras de ver el mundo, además de la propia, pero el niño solo puede expresar y tratar de satisfacer sus propios deseos. Los niños más mayores desarrollan la capacidad de reflexionar tanto sobre su propia perspectiva como sobre la de los otros (la perspectiva de la «segunda persona» o Nivel 2). Los niños llegan a entender que así como ellos tienen deseos y necesidades, también los demás los tienen. Esta reciprocidad conduce a un proceso de inferir a partir de las declaraciones y las acciones de los demás como sus perspectivas pueden diferir de la propia. Con esta comprensión reflexiva. Se gana en autoconciencia, comprender dobles significados, la noción de «mentira blanca», pero también se genera el hecho de que lo que alguien hace o dice no siempre refleja sus verdaderos sentimientos. Más tarde, cerca de la adolescencia, se desarrolla la capacidad de formar un punto de vista sobre la relación entre dos personas y sus puntos de vista coordinados (perspectiva de la «tercera persona» o Nivel 3). Es decir, pueden entender lo que ambas partes quieren, y pueden anticipar lo que será mejor para la relación, «nosotros». Por último, se menciona la adopción de una perspectiva sociológica en el que la persona permite conceptualizar las relaciones en términos de dependencia de y de interdependencia (Nivel 4). Así, el desarrollo efectivo de las relaciones sociales requiere el avance gradual de una perspectiva del «yo» al «nosotros».

De esta forma el objetivo principal del Aprendizaje de la amistad es ayudar a los niños a aprender cómo establecer y mantener relaciones duraderas de amistad, y a negociar con eficacia sus relaciones. De forma específica se les ayuda a mejorar su capacidad para tomar perspectivas cada vez más complejos y para hacer un uso más adaptativo y balanceado de las estrategias auto y otro-transformadoras.

## Método

### Objetivos

Así, el grupo GREI de Investigación (García-Bacete *et al.*, 2010) pretende validar una intervención específica, la cual está enfocada a una muestra con mayor riesgo psicosocial. Por ello en este trabajo, se pretende:

1. Adaptar y aplicar el «consejo de pareja» de Karcher; para una muestra de alumnos de 3.º y 4.º de Primaria de un colegio público de Castellón de la Plana.
2. Evaluar los cambios sobre el Aprendizaje de la Amistad en los participantes.
3. Evaluar la metodología de aplicación de la intervención en base a la formación adquirida por el facilitador. Pues, se pretende principalmente formar al investigador que va a ejercer el papel de facilitador en el desarrollo de las sesiones de Aprendizaje de Amistad.

4. Elaborar un protocolo de intervención para la actuación del facilitador en el desarrollo de las sesiones. Dicho protocolo se llamará «Aprendizaje de la Amistad» a partir de adaptación del «consejo de pareja» de Karcher.

### *Desarrollo de la Intervención*

Se distinguen cinco componentes: los procesos de evaluación, emparejamiento, preparación del entorno, desarrollo de las sesiones y supervisión.

La *evaluación* tiene dos momentos. Antes y después del periodo de sesiones se administra el Cuestionario de relaciones sociales (Rel-Q, *Relationship Questionnaire*, Schultz y Selman, 2005) que proporciona información sobre el nivel de madurez social. Se trata de un cuestionario de opción múltiple que evalúa el nivel de desarrollo de las capacidades interpersonales en el marco de las relaciones con iguales y adultos. El Rel-Q aporta el punto de vista cuantitativo del propio niño y sirve para tomar decisiones respecto de los emparejamientos.

El Aprendizaje de la Amistad para este estudio piloto, se realiza con alumnos considerados con mayor riesgo psicosocial. Para las propuestas de emparejamientos, se usan dos tipos de criterios: a) De similitud: La pareja debe ser lo suficientemente homogénea para favorecer procesos de identificación e intercambios amistosos: nivel de desarrollo parecido, mismo género, edad similar, una historia compartida o intereses comunes sin que se den niveles de mejores amigos o enemistad; otro criterio es que tengan un nivel similar de perspectiva social. b) De heterogeneidad. Otros criterios deben asegurar que entre la pareja hayan diferencias para que puedan surgir conflictos y se pueda practicar habilidades de negociación. Esto se logra emparejando a niños con orientación interpersonal diferente, uno autotransformador y el segundo otro-transformador, lo que posibilita que los niños tengan más oportunidades para aprender a interactuar con otros niños que manejan sus sentimientos de manera diferente.

Simultáneamente se prepara el entorno. Esto incluye informar a los padres sobre el aprendizaje de la amistad y pedirles autorización para que su hijo participe y para ser grabado. De la misma forma se informa a los profesores y se intercambia información sobre la idoneidad de la pareja, cuestiones de confidencialidad, el mejor momento para que el niño salga de clase, etc. También es necesario introducir al niño, primero individualmente y después en relación a la posible pareja, sobre lo que significa el aprendizaje de la amistad, y obtener su consentimiento. Finalmente, se selecciona una sala del centro escolar en la que se puedan grabar las sesiones sin interrupciones, sin ruidos externos, con mobiliario adecuado, donde el facilitador pueda intervenir si fuera necesario, etc.

El Aprendizaje de la Amistad se desarrolló para este estudio piloto con 6 sesiones de juego en pareja (entre 8-10 juegos de mesa habituales), en las que se da la instrucción a los niños que elijan el juego al que desean jugar, y que jueguen durante aproximadamente 30-45 minutos. El objetivo principal es progresar en la coordinación de perspectivas con el objetivo de que se generalice dicha habilidad a otras relaciones y no que esos dos alumnos se hagan amigos.

El facilitador presta atención a la calidad de la experiencia entre los niños y a la calidad de sus negociaciones, y trabaja para que los niños puedan progresar, ayudándoles a reflexionar sobre dos discrepancias: a) entre lo que cada uno quiere y lo que quiere el otro, y b) entre lo que quiere y la forma en que lo logra. El facilitador estructura sus interacciones con los niños de modo a ayudarles a negociar mejor su intimidad y autonomía, y a manejar mejor las experiencias conflictivas en el transcurso de una experiencia compartida. Con el apoyo del facilitador los niños aprenden a abordar las cuestiones de dominancia, falta de respeto y egocentrismo que se producen de forma natural en las interacciones.

Ante los conflictos se estimula la reflexión guiándoles a través de preguntas, tales como *¿Qué crees tú que preferiría tu amigo si...? ¿Cómo resolverían este problema dos buenos amigos...?* Si hay agresiones o conductas inadecuadas, hay que recordar las reglas que no están permitidas, y a través de preguntas, fomentar la reciprocidad. Y finalmente, para los últimos 5 minutos se para, y se comienza una pequeña reflexión sobre las interacciones y lo aprendido en materia de solución de conflictos y generación y mantenimiento de las relaciones de amistad.

La estructura diádica-interactiva proporciona a los niños aprendizaje experiencial (jugando, negociando y reflexionando), en un contexto seguro (sus errores no tienen efecto directo en sus relaciones), de ayuda interpersonal (el facilitador), en una relación continuada nueva. Una parte importante del método es la supervisión, en la que se lleva a cabo por al menos otros dos facilitadores. El objetivo principal de la supervisión es centrarse en casos individuales (en parejas), de tal manera que el facilitador se siente potenciado y eficaz. Se realizan dos o tres sesiones de supervisión por caso/año, en las que el facilitador supervisado presenta un informe del caso, con sus reflexiones y dudas, junto con las sesiones grabadas. El propósito es ayudar al facilitador a ver el crecimiento de cada niño, pensar en temas de intervención y actividades, y que se sienta bien con el trabajo que está haciendo. En estas reuniones, los supervisores aportan ideas, sugerencias y apoyo mutuo. Esto es coherente con la propia teoría que sustenta el aprendizaje de la amistad: los supervisores proporcionan múltiples perspectivas de su trabajo aprendiendo a coordinarlas.

El protocolo de sesiones de Intervención, se diferencia en 3 fases. El *protocolo de sesión inicial*, el *protocolo de sesiones intermedias*, y el *protocolo de sesión final*. En los tres protocolos se enmarcan una serie de pasos y acciones que son comunes dentro del modelo, y que solo se diferencian los pasos iniciales y finales de la sesión inicial y de la sesión final. En este sentido, se ha elaborado un protocolo para guiar el desarrollo de las sesiones. En cada explicación se hará mención expresa a la parte del protocolo a la que nos referimos.

A los niños ya se les introduce en muchas cuestiones del aprendizaje de la amistad y sobre el compañero previamente (qué van a hacer a lo largo de las sesiones, el tipo de juegos, porqué se les va a grabar, dónde se van a hacer...), pero sí es conveniente en la primera sesión hacerles un recordatorio, contestar todas las cuestiones y, sobretodo, presentar las normas, asegurándose de que lo comprenden todo.

Para ello, es conveniente hacerles algunas presentaciones (*parte 1 del protocolo*):

- a) *Presentación de la estructura de desarrollo de las sesiones*: al principio recuerdo de aspectos importantes; elección conjunta de juego; desarrollo del juego; y al final reflexión sobre la sesión, preparación de sesión posterior y despedida.
- b) *Presentación del objetivo principal*: se les cuenta directamente que lo más importante es «aprender a hacer amigos para el futuro», «Y como los amigos juegan juntos, aquí venimos a aprender a jugar».
- c) *Presentación de las normas*. «Ahora os voy a contar algunas normas que tenemos que cumplir cuando estemos aquí jugando».

«Aquí tenemos 10 juegos. Como venís a aprender a hacer amigos lo primero que tenéis que hacer es elegir juntos el juego al que os gustaría jugar».

«Hay que jugar respetando las reglas de cada juego».

«Si cuando estéis jugando surge algún problema tendréis que intentar solucionarlo entre vosotros».

«Se puede cambiar de juego, siempre y cuando os pongáis de acuerdo entre los dos».

«Solo hay dos cosas que No están permitidas: la primera, no está permitido pelearse o hacerse daño. La segunda, No está permitido insultar, decir cosas feas, racistas o motes,

o hacer gestos desagradables. Ningún amigo permitiría que su amigo le hiciera daño o le insultara».

El paso siguiente es la elección conjunta de la actividad (*parte 2 del protocolo*). La orientación es que negocien entre ellos a qué van a jugar. El facilitador dice: «Venga, a elegir el juego». Tras la elección, si es necesario, se recomienda preguntarles si realmente les apetece, de forma que tomen conciencia de su deseo y de cómo se ha llevado a cabo la elección.

Durante el desarrollo del juego (*parte 3 del protocolo*), se consideran, intervenciones obligatorias por el facilitador, cuando surgen conflictos, malentendidos, o falta de comprensión que los niños no pueden resolver por ellos mismos.

Por ejemplo, cuando no se ponen de acuerdo para elegir un juego o dejar de jugar, y el facilitador podría decir: «¿Qué harían en esta situación dos buenos amigos que quisieran seguir siendo amigos y jugar juntos?»; no les apetece jugar a ningún juego o no les gustan los juegos que hay, el facilitador podría decir: «¿Cómo resolverían este problema dos buenos amigos?»; uno ha hecho una trampa, y el facilitador podría decir: «¿Cómo te sentirías tu si tus amigos te hicieran trampas en el juego?», Entonces, ¿Cómo podemos solucionar esto como buenos amigos y seguir jugando?; y en este caso al compañero, «¿Qué piensas de lo que ha dicho tu compañero?».

El facilitador en estos casos interviene mediante preguntas indirectas, para que cuando surjan conflictos los niños interioricen sus propias propuestas de solución a partir de la experiencia compartida y la guía en la interacción del adulto o facilitador. Por otra parte, es aconsejable reforzar al máximo los logros y las conductas aprendidas, p. ej.: «¡Muy bien!», ¡Me gusta mucho que hayáis llegado a un acuerdo»; «¡Buena respuesta: le has recordado a tu compañero que no está permitido...»!

En el Aprendizaje de la Amistad, se utilizan principalmente 3 técnicas: la *Potenciación para el desarrollo del nivel 0 al 1 (Empowering)*, en el que se pretende fomentar la toma de perspectiva y ayudar al niño a identificar mejor sus perspectivas subjetivas, ver cómo estas influyen en sus comportamientos, y tomar consciencia de qué repercusiones tienen para las relaciones sociales. La *Vinculación para el desarrollo del nivel 1 al 2 (Linking)*, pretende ayudar a coordinar puntos de vista diferentes con el fin de tomar decisiones sobre las acciones consideradas más adecuadas. El objetivo del facilitador es ayudar a los niños a mantener su atención en ambas perspectivas simultáneamente mediante la vinculación de los dos puntos de vista y resolver problemas comunicando sus necesidades, deseos y creencias. La *Capacitación para el desarrollo del nivel 2 al 3 (Enabling)*, pretende fomentar la «reciprocidad» y la reflexión compartida más allá de sus necesidades individuales, y centrarse en las necesidades de la relación. El facilitador ayuda a la pareja a reconocer las situaciones anteriores en las cuales han sido capaces de colaborar y llegar a nuevas ideas y soluciones que beneficiaron a los dos.

En cuanto a la reflexión obligatoria sobre las interacciones (*parte 4*), se puede seguir la *actividad 3-2-1*: nombrar tres cosas que salieron bien, dos cosas para mejorar, y una cosa que quieren trabajar durante la siguiente sesión. El facilitador puede recordar eventos positivos y promover que cada participante verbalice los logros del compañero así como los propios, y también su opinión sobre los juegos, el facilitador, las sesiones, etc.

## Resultados

Aunque debemos ser prudentes, sí se puede afirmar que a lo largo de las 6 sesiones, los diferentes facilitadores han observado cambios progresivos en las competencias sociales en las parejas participantes. Se observa cómo los niños van aprendiendo a identificar las conductas de

juego que pueden llevar a conflictos, como por ejemplo, trampas, engaños, alzadas de voz... Los niños verbalizan a menudo la importancia del aprendizaje para conseguir nuevos amigos, para mantenerlos, y evitar los conflictos; «Tenemos que ser buenos amigos, no pelearnos, no pegarnos y no insultarnos para tener muchos amigos». Durante el desarrollo de las sesiones, expresan sus opiniones sobre dichos conflictos, y proponen formas de solucionarlo. También se ve un progreso en cómo aprenden a verbalizar lo positivo de uno mismo, los logros como pareja de juego y sobre todo, lo conseguido y mejorado de su compañero: «A mí me gusta que ahora decidimos entre los dos lo que queremos jugar y quién empieza, o cuando no estamos de acuerdo a qué queremos jugar». También, los niños verbalizan el agrado de su participación en el proyecto, «nos pasa el tiempo volando porque nos lo pasamos muy bien», de su aprendizaje para hacer nuevos amigos, «venimos para saber hacer amigos». También han aprendido a identificar posibles conflictos, y en sus repertorios de conducta empieza a existir la posibilidad de resolverlos de forma más satisfactoria y eficiente que en el pasado.

Por último, es necesario informar que el Rel-Q no registra cambios significativos en ninguna pareja. Por una parte, la medida del Rel-Q no es tan discriminadora como para detectar cambios en periodos tan breves. Además conviene recordar que promover cambios en la amistad es una meta de medio y largo plazo. Seis sesiones son insuficientes, por eso se prevé repetir bloques de 9 sesiones anuales, en el marco del proyecto longitudinal que estamos aplicando.

## Discusión y conclusiones

En definitiva, para todos los objetivos propuestos, la mayoría se han alcanzado satisfactoriamente teniendo en cuenta que este estudio piloto no estaba solo enfocado hacia los propios participantes. No obstante ha sido un estudio con algunas *limitaciones*, como por ejemplo, el tamaño de la muestra, y el número de participantes. Son pocos los estudios específicamente dedicados a investigar cómo se adquieren y desarrollan las estrategias de interacción y cómo evoluciona con la edad, aunque se reconoce que la comprensión de estos cambios evolutivos es un factor de importancia crítica para la realización de programas de intervención que favorezca la competencia social y el establecimiento de relaciones sociales positivas (Asher y Coie 1990; Rubin, 1983).

## Referencias bibliográficas

- Asher, S. & Coie, J. D. (1990). *Peer rejection in childhood*. Cambridge: University Press.
- Bukowski, W. M. (2001). Friendship and the worlds of childhood. En Rubin K. H., Bukowski W. M. & Lauren B. (2009). *Handbook of peer interactions, relationships, and groups*. New York: Guilford Press.
- Bukowski W., Motzoi C. & Meyer F. (2009). Friendship as Process, Function and Outcome. En Rubin K. H., Bukowski W. M. & Lauren B. (2009). *Handbook of peer interactions, relationships, and groups*. New York: Guilford Press.
- Bukowski, W. M. & Sippola, L. K. (1996). Friendship and morality: How are they related? En W. M. Bukowski, A. F. Newcomb & W. W. Hartup (eds.), *The company they keep* (pp. 238-261). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Byrne, D. & Griffit, W. (1966). A developmental investigation of the law of attraction. En Rubin, K. H., Bukowski, W. M. & Lauren, B. (2009). *Handbook of peer interacions, relathionship and groups* (2009). New York: The Guiford Press.

- Damon, W. (1977). *The social world of the child*. San Francisco: Jossey Bass.
- Foot, H. C., Chapman, A. J. & Smith, J. R. (1977). Friendship and social responsiveness in boys and girls. En Rubin, K. H., Bukowski, W. M. & Lauren, B. (2009). *Handbook of peer interactions, relationship and groups* (2009). New York: The Guilford Press.
- Furman, W. & Robbins, P. (1985). What's the point: Selection of treatment objectives. En Rubin, K. H., Bukowski, W. M. & Lauren, B. (2009). *Handbook of peer interactions, relationship and groups* (2009). New York: The Guilford Press.
- García-Bacete, F. J., Sureda, I. & Monjas, I. (2010). El rechazo entre iguales en la educación primaria: Una panorámica general. *Anales de Psicología*. Vol. 26 (1), 123-136.
- GREI: García-Bacete, F. J., Sanchíz, M. L., Martín-Antón, L. J., Monjas, I., Sureda, I., Ferrá, P., Muñoz, V. & Jiménez, I. (2010): *Proyecto 2010*. Trabajo en fase experimental. No publicado.
- Guifford-Smith, M. E. & Brownell, C. A. (2003). Childhood peer relationships: social acceptance, friendships, and peer networks. *Journal of School Psychology*. Vol. 41, p. 235.
- Hartup, W. W. (1983). Peer relations. En P. H. Mussen (series ed.) y Hetherington (vol. ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4 Socialization, personality, and social development* (4.ª ed., pp. 102-196). New York: Wiley.
- Hinde, R. (1997). Towards Understanding Relationships. *Aggressive Behavior*, 7, 275-286.
- Hodges, E. V., Malone, M. J. & Perry, D. G. (1997). Individual Risk as Interacting Determinants of Victimization in the Peer Group. *Developmental Psychology*, 33 (6), 1032-1039.
- Karcher, M. J. (2007). *Pair counseling: A developmental intervention for counseling children in dyads*. This manual is distributed by The Pair Counseling Research Program. The University of Texas at San Antonio.
- Kohlberg, L. (1963). Moral development and identification. In H. W. Stevenson (ed.), *Child psychology: 62<sup>nd</sup> yearbook of the National Society for the Study of Education*. Chicago: University of Chicago Press.
- Newcomb, A. & Bagwell, C. (1995). Children's friendship relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, n.º 117, pp. 306-347.
- Ross, H. S., Cheyne, J. A. & Lollis, S. (1988). Defining and studying reciprocity in young children. En Rubin, K. H., Bukowski, W. M. & Lauren, B. (2009), *Handbook of peer interactions, relationship and groups* (2009). New York: The Guilford Press
- Rubin, K. H. (1983). *Las amistades infantiles*. Madrid: Morata.
- Rubin, K. H., Bukowski W. & Parker, J. G. (2006). Peer interactions, relationships and groups. En N. Eisenberg (ed.), *Social emotional and personality development*. New York: John Wiley.
- Selman, R. (1981): "The development of interpersonal competence: the role of understanding in conduct". *Developmental Review*, n.º 1, 401-422.
- Selman, R. (1976). "Social cognitive understanding", en Lickona, T. (ed.), *Moral development*. New York: Holt.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- Selman, R. L. & Schultz, L. H. (1990). *Making a friend in youth: Developmental theory and pair therapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Selman, R. L., Watts, C. L. & Schultz, L. H. (eds.) (1997). *Fostering friendship: Pair therapy for treatment and prevention*. Hawthorn, NY: Aldine deGruyter.
- Schultz L. H. & Selman, R. L. (2005). The Relationship Questionnaire: The Assessment of Psychosocial Maturity in Children and Adolescents. *The Journal of Research in Character Education*, 2(1), 19-87.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.



## Estimación de la edad de un niño basándonos en sus rasgos faciales: un estudio exploratorio

MARÍA SÍGRID GALLEGO MOYA  
moyam@uji.es

FRANCISCO LOZANO NOMDEDEU  
flozano@uji.es

CARLOS HERNÁNDEZ BLASI  
blasi@psi.uji.es

### Resumen

Este es un estudio exploratorio sobre la capacidad que muestran los adultos para estimar con precisión la edad de los niños/as. En concreto, presentamos a un grupo de 60 estudiantes de primero de magisterio una serie de 26 fotografías del rostro de otros tantos niños/as cuyas edades oscilaban entre los 6 y los 8 años, y les pedimos que nos indicaran cuál creían que sería aproximadamente su edad.

Los resultados mostraron la dificultad de los adultos para indicar de manera precisa la edad de los niños/as (Diferencias Medias entre edad real y edad atribuida = 20,74 meses), siendo en un 70 % de los niños/as de la muestra, un error de atribución por exceso en la predicción. También indicaron que las mujeres de la muestra se mostraron en general más precisas que los hombres en sus predicciones (unos 2 meses más precisas que los hombres). Finalmente, y aun no siendo las diferencias significativas en términos estadísticos, las predicciones para estimar la edad de las niñas fueron más precisas que la edad de los niños.

**Palabras clave:** estimación de edad, niños, procesamiento de caras, psicología evolutiva.

### Abstract

This is an exploratory study on adults ability to estimate children age. Namely we presented a series of 26 children's faces photographs aged 6 to 8, to a group of 60 fresh men college of education students, and asked them for a prediction on their probable age.

The results indicated how difficult was for adults to predict accurately children's age. In fact, in 70 % of the cases they committed an overestimation error. (the mean difference between real age and estimated age was 20.74 months). It was also found that women were, in general, more accurate than men in their predictions (about 2 months more accurate). Eventually, and although these differences were not significant in statistical terms, estimation of girls' age was more accurate than boys' age.

**Keywords:** age estimation, children, face processing, developmental psychology.

## Introducción

La estimación exacta de la edad de una persona es importante en diferentes situaciones de la vida cotidiana, como, por ejemplo, en aquellas en las que edad es una condición necesaria para el acceso a un producto, como sucede en el caso del alcohol o el tabaco (p. ej., Jason *et al.*, 2003; Merrill *et al.*, 2000), o en el caso de los pacientes pediátricos, en el que la inexactitud en la estimación de la edad puede dar lugar a un tratamiento incorrecto que conlleve efectos potencialmente dañinos a corto plazo (Boyle y Williams, 2007).

El método más comúnmente empleado para estudiar la capacidad de estimación de la edad es probablemente también el más intuitivo: a los participantes, se les pide simplemente que vean la fotografía de la cara de una persona/conjunto de personas y que hagan una estimación de la edad del individuo fotografiado, ya sea mediante el redondeo global de su edad o la estimación de años y meses. Otras metodologías requieren a los participantes categorizarlas fotografías presentadas en diferentes grupos preestablecidos (p. ej., adultos jóvenes, adultos mediana edad o personas mayores) (Rhodes, 2009). Diversas investigaciones han examinado si la edad de un individuo interactúa con la edad de la persona que es juzgada (p. ej., George *et al.*, 2000). Entre los hallazgos más importantes, destaca el llamado «sesgo hacia los sujetos de la propia edad» (*own-age bias*), que indicaría que las estimación de la edad de las personas que pertenecen al mismo grupo de edad que el sujeto evaluador serían más precisas que la estimación de sujetos pertenecientes a otros grupos de edad (Anastasi y Rhodes, 2006). Asimismo, también se ha encontrado que la edad de las personas jóvenes tendería, en general, a estar sobreestimada principalmente por parte de personas mayores (George y Hole, 1995). Sin embargo, rara vez se han constatado diferencias importantes de género en las estimaciones de edad, si bien existe alguna evidencia que indicaría que las mujeres son más precisas que los hombres (Nkengne, Bertin, Stamatias *et al.*, 2008).

El objetivo de este estudio es explorar si existen realmente diferencias entre la edad original de una serie de niños y la edad atribuida; si estas diferencias son, sobre todo, por exceso o por defecto; y, por último, si están condicionadas por el género de los participantes y el de las fotografías.

## Método

### *Muestra*

Para este estudio se utilizó una muestra formada por 60 estudiantes de Magisterio (Especialidad: Educación Primaria) de la Universitat Jaume I, con un rango de edad de 17 a 44 años (53,3 % mujeres) y  $X = 20,80$  años ( $DT = 4,85$ ).

### *Instrumentos*

El conjunto de estímulos (fotografías de niños/as) estaba formado por 26 fotografías (11 fotografías de niños y 15 fotografías de niñas). El rango de edades oscilaba entre los 6 años y 7 meses, y los 8 años y 5 meses.

Elaboramos una escala expresamente para este estudio en la que los participantes debían de seleccionar la edad estimada de los niños entre una serie de opciones.

### Procedimiento

La evaluación de la muestra se llevó a cabo en la misma aula de la Universitat Jaume I en la que los estudiantes reciben clases normalmente. La escala se administró de forma colectiva,

Mediante una presentación en PowerPoint, en la que se presentaban sucesivamente las 26 fotografías de los niños/as.

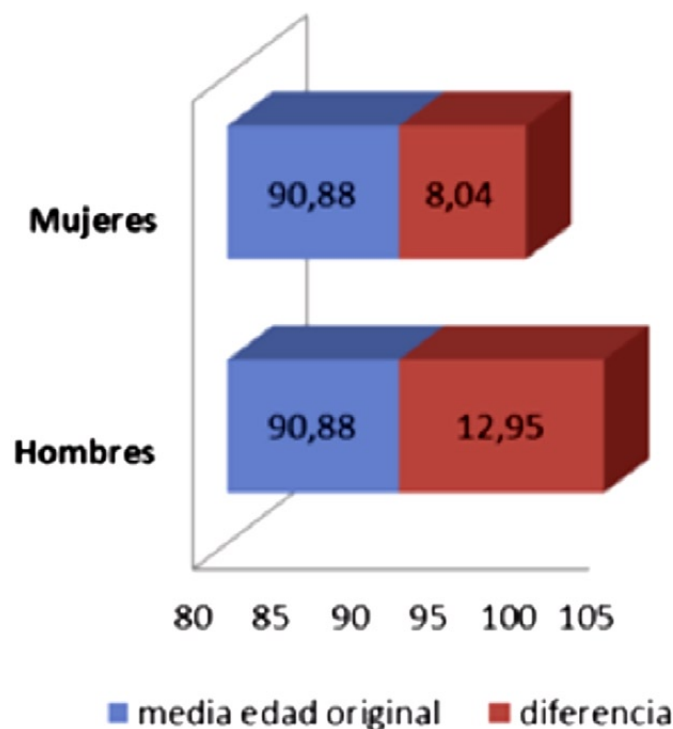
### Análisis

Para el análisis de los resultados se emplearon pruebas t de Student para contrastar: 1) las diferencias entre las de la edad reales y las edades estimadas; 2) las diferencias entre las predicciones realizadas por hombres y mujeres; y 3) las diferencias entre las predicciones realizadas sobre los niños y sobre las niñas.

Para realizar estos análisis, se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistic, versión 19.

### Resultados

Tabla 1  
Diferencia media entre la edad real y la edad estimada de los niños/as en mujeres y hombres



La diferencia media entre la edad real y la edad estimada por toda la muestra fue 20,74 meses, y resultó ser estadísticamente significativa ( $t(1559) = 56,617$   $p. = ,000$ ).

Aquellos participantes que realizaron una estimación por exceso, mostraron una diferencia media de 23,33 meses en comparación con la edad real ( $t(1038) = 49,193$   $p. = ,000$ ). Por

su parte, aquellos que realizaron una estimación por defecto mostraron una diferencia media de 15,59 meses ( $t(520) = 32,285$   $p. = ,000$ ).

Las diferencias en la estimación de la edad (en meses) de los niños/as, en valor absoluto, fueron estadísticamente significativas ( $t(1558) = 3.306$   $p. = ,001$ ) entre hombres ( $X = 22,04$ ) y para mujeres ( $X = 19,62$ ); también lo fueron para el sumatorio de las diferencias de estimación de la edad, en meses, por exceso y defecto (véase tabla 1).

Finalmente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la estimación media, en meses, de la edad tanto de niños como de niñas.

## Discusión

El objetivo de este trabajo era realizar un estudio exploratorio sobre la estimación de la edad de un grupo de niños/as basándonos en sus rasgos faciales. Más específicamente, se exploraron las posibles diferencias entre la edad original y la edad atribuida (y si estas se producían por exceso o defecto), y las posibles diferencias debidas al género de los participantes y de las fotografías.

Los resultados indicaron: 1) la existencia de diferencias moderadas aunque significativas entre la edad real de los niños y la edad atribuida; 2) la existencia de diferencias de género, a favor de las mujeres, en la precisión de las estimaciones, y 3) la inexistencia de diferencias de género en relación con los niños/as de las fotografías. Las principales conclusiones indican que los participantes no se aproximan a la edad.

Creemos que aún es pronto para realizar una interpretación fiable y contrastada de los resultados de este estudio piloto. Esperamos, sin embargo, que los resultados de las investigaciones futuras nos ofrezcan una oportunidad para realizarla.

## Referencias bibliográficas

- Anastasi, J. S. & Rhodes, M. G., 2006. Evidence for an own-age bias in face recognition. *North American Journal of Psychology*, 8, 237-252.
- Boyle, M. & Williams, B. (2007). Are undergraduate paramedic students able to accurately estimate a patient's age? - a short report. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 5(3).
- George, P. A. & Hole, G. J. (1995). Factors influencing the accuracy of age estimates of unfamiliar faces. *Perception* 24, 1059-1073.
- George, P. A., Hole, G. J. & Schaife, M. (2000). Factors influencing young children's ability to discriminate unfamiliar faces by age. *International Journal of Behavioural Development*, 24, 480-491.
- Jason, L. A., Pokorny, S. B., Sherk, J. L., Helzing, D. M. & Rebus, P. J. (2003). Selling tobacco to minors: Can merchants accurately determine a customer's age? *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 8, 67-73.
- Merrill, R. M., Stanford, E. J., Lindsay, G. B. & Neiger, B. L. (2000). The relationship of perceived age and sales of tobacco and alcohol to underage customers. *Journal of Community Health*, 25,401-410.
- Nkengne, A., Bertin, C., Stamatias, G. N., Giron, A., Rossi, A., Issachar, N. & Fertil, B. (2008). Influence of facial skin attributes on the perceived age of Caucasian women. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 22, 982-991.
- Rhodes, M. G. (2009). Age estimation of faces: a review. *Applied Cognitive Psychology* 23, 1-12.

## Perfil del menor con expediente judicial en el equipo técnico del juzgado de Castellón

MARTA PÉREZ MIRALLES  
martaptuky@gmail.com

KEREN CUERVO GÓMEZ  
cuervo@psi.uji.es

LIDÓN VILLANUEVA BADENES  
bvillanu@psi.uji.es

### Resumen

Han sido numerosos los estudios que muestran en España diferentes características de los menores con expediente judicial, analizando aspectos relacionados con el sexo, tipo de delito, edad y número de expedientes. En España, en relación al sexo de los menores, existe un porcentaje de chicos del 87.3 % y un 12.7 % en chicas (Capdevila, 2005). En relación a los tipos de delitos cometidos, el 32.68 % pertenecen a robos con fuerza, el 24.44 % hurtos, y el 23.24 % a robos con violencia e intimidación (De la Rosa, 2009). Se producen más detenciones en menores con edades comprendidas entre 18 y 20 años, a continuación entre 16 a 17 años, y por último, entre 14 a 15 años (centro Reina Sofía, 2009). En cuanto al número de expedientes, diferentes estudios realizados en España recogen que la mayoría de los menores cuentan con un único expediente, es el caso del País Vasco con un 78.3 % de menores pertenecientes a este tipo de trayectoria (San Juan y Ocáriz, 2009).

Esta investigación se realiza con el objetivo de elaborar un perfil de los menores que acuden a los juzgados de Castellón y determinar la relación entre distintas variables, comparando los resultados con los de otros estudios. Los datos se recogen en 2011 con una muestra de 206 menores que acuden al equipo técnico del Juzgado de Menores por la incoación de un expediente delictivo.

A modo de conclusión, se puede afirmar que el perfil de los menores que acudían a los juzgados de Castellón tenía unas características similares a los estudios analizados y un perfil predominante de bajo nivel de riesgo en relación a la comisión de delitos.

**Palabras clave:** juzgado de menores, delincuencia, tipo de delito, número de expedientes judiciales, perfil delictivo.

### Abstract

In Spain there are many studies showing different characteristic of juvenile with criminal files, analyzing issues related to sex, type of crime, age and number of files. In relation

to gender, 87.3 % of the minors are boys and 12.7 % are girls (capdevila, 2005). Regarding types of crimes committed by minors, 32.68 % were robberies, 24.44 % were thefts, and 23.24 % were robbery with violence and threats (De la Rosa, 2009). Most arrests occur in juveniles aged between 18 and 20 years old, followed by the group of 16 to 17, and finally, between 14 and 15 years old (centro Reina Sofia, 2009). In regard to number of convictions, different studies in Spain concluded that most children have at most one, for example in País Vasco 78.3 % of minors belongs to this type of trajectory (San Juan and Ocáriz, 2009).

The aim of this research is to develop a profile of the juveniles that attend to the Court of Castellón and to determine the relationship between different variables, comparing results with those of other studies. Data were gathered in 2011 from a sample of 206 minors prosecuted in the Juvenile Court.

In conclusion, it was found that the profile of minors who came to the Court of Castellon had similar characteristic to the studies analyzed and a predominant profile associated to low risk of committing crimes.

**Keywords:** juvenile court, delinquency, type of crime, number of criminal files, criminal profile.

## Introducción

En la legislación española que rige el sistema judicial para los menores, se encuentra la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, y su modificación actual, Ley Orgánica 8/2006. Esta ley ha sufrido sucesivas modificaciones hacia un endurecimiento legal, debido a algunas estadísticas en relación a la delincuencia y a la presión social (Montero, 2008). Según los datos sobre delincuencia juvenil del Centro Reina Sofía de Madrid y el Ministerio del Interior del Gobierno de España, el porcentaje de jóvenes detenidos respecto del total en 2006 fue del 17.49 %. Por otra parte, y según un estudio mediante encuestas a menores, Rechea y Fernández en el mismo año confirman que el 98.8 % de los jóvenes ha cometido algún tipo de conducta antisocial o delictiva alguna vez en su vida y el 72.4 % lo han hecho en el último año.

Otros estudios indican que algunos delitos se empiezan a más temprana edad, es más, la edad de inicio se sitúa ya en 12 y 13 años (Moffitt, 1993 y De la Rosa, 2008). Por tanto, las estadísticas indican que la mayoría de los menores han cometido alguna vez en su vida un delito y que la edad de inicio para alguno de esos delitos es cada vez más joven, a pesar de que el total de menores detenidos respecto de otros grupos de edad sea bajo. Si se observan estadísticas sobre la relación del sexo de los menores en la comisión de actos delictivos, los datos indican que existe una predominancia general de participación de chicos, 87.3 %, respecto de las chicas, 12.7 % (Capdevila, 2005).

Al examinar el tipo de delito cometido en mayor medida por los menores, se encuentra que los resultados varían según la población estudiada, por lo tanto se expondrán los resultados a rasgos generales. Varios estudios encuentran que el mayor porcentaje de delitos se sitúa en los cometidos en contra de la propiedad (Capdevila, Ferrer y Luque, 2005; Graña, 2006; Garrido, 2009), mientras que otros datos apuntan a delitos de robos y robo con violencia o intimidación (San Juan y Ocáriz, 2009). Aunque las detenciones de menores, por delitos o faltas, han descendido en general (Centro Reina Sofía y Ministerio del Interior, 2006), en los

últimos años se ha constatado un incremento en algunos tipos de delitos: los violentos y contra la libertad sexual (Capdevila, Ferrer y Luque, 2005; Centro Reina Sofía y Ministerio del Interior, 2006), actos violentos relacionados con el ámbito familiar y escolar (Benavente, 2009), y por homicidios dolosos o asesinatos y lesiones (Reina Sofía y Ministerio del Interior, 2006). Uno de estos tipos de delitos que se ha incrementado en la actualidad son los relacionados con la violencia en el entorno familiar, pues se ha observado que son las chicas las que prácticamente duplican el porcentaje de participación en ellos respecto de los chicos (Berga, 2005). Estos resultados siguen la tendencia de los países en el extranjero, lo que muestra que en general no aumenta la delincuencia juvenil pero si lo hacen algunos delitos violentos (Rennie y Dolan, 2010).

En cuanto al número de expedientes acumulados en la trayectoria delictiva de los menores, muchos de ellos al ser analizados en diferentes estudios, cuentan con un único delito o expediente en el juzgado; 78.3 % en el País Vasco, 46.9 % en Cataluña o fuera de nuestro país, 80 % en Reino Unido (San Juan y Ocariz, 2009; Capdevila, 2005 y Jennings, 2002). Así, este grupo de menores cometería delitos con carácter anecdótico y con una tasa de reincidencia baja: como ejemplos de reincidencia general el 22.73 % (Capdevila, 2005), o el 26.92 % de Graña, Garrido y González (2006).

Todos estos factores se pueden relacionar con las conclusiones de Moffitt (*Dual Taxonomy Theory*, 1993), que afirma que existen dos trayectorias delictivas en los menores. En primer lugar, los menores que tienen un contacto puntual y breve con los sistemas judiciales, cuyos delitos o faltas son episodios aislados y desaparecen en poco tiempo (*trayectoria puntual*). En segundo lugar, los menores que delinquen de forma continuada y que generalmente empiezan más jóvenes, pudiendo prolongarse estas conductas delictivas a su vida adulta. Estos últimos menores suelen ser los que acumulan más expedientes judiciales (*trayectoria persistente*).

Basándonos en todo lo anterior, con este estudio se pretende establecer un perfil del menor con expedientes judiciales, permitiendo identificar con claridad cuáles son los individuos de mayor riesgo en la comisión de conductas delictivas y sus características, con el fin de establecer las medidas educativas adecuadas. Estos menores componen un sector importante de la población debido a su vulnerabilidad, debiendo utilizarse todos los medios disponibles cubrir sus necesidades evitando que reincidan en estos comportamientos delictivos.

## Método

### *Participantes*

Los participantes de la muestra son 206 menores del Juzgado de Menores de Castellón de la Plana. El rango de edades de los jóvenes es de 14 a 20 años en una franja temporal delimitada de un año de seguimiento. El 86.9 % son chicos, y el 13.1 % corresponde a chicas.

Es preciso puntualizar que, según la legislación española, los menores cumplen su mayoría de edad a los 18 años y que en la muestra se incluyen menores hasta los 20 años debido a que siguen formando parte de la población del juzgado, aun así estos menores representan un número muy bajo.

## Objetivos

El objetivo principal de este estudio es el análisis del perfil del menor con expediente judicial en el juzgado de menores de Castellón, en relación a una serie de variables: sexo, tipo de delitos, y la edad en relación al número de expedientes acumulados en un año de seguimiento.

## Procedimiento

Los datos de este estudio se obtienen a partir del análisis de los expedientes de los menores en el juzgado de Castellón.

El proceso se inicia con la incoación del expediente judicial de un menor en el juzgado, una vez se tramita el expediente a fiscalía de menores, se le cita para que comparezca a una entrevista con el equipo técnico asignado del mismo juzgado. Esta fecha de primera entrevista es la que marca el inicio del año de seguimiento, por tanto, la franja temporal utilizada en el estudio será diferente para cada menor, ya que cada uno es citado en fechas diferentes. Las entrevistas se realizan entre marzo de 2010 y noviembre de 2011. Cuando el menor comete un nuevo delito en el año de seguimiento, se le considera reincidente ya que sumará un expediente posterior.

## Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos sobre las variables sexo, tipo de delitos, y la edad en relación al número de expedientes acumulados en un año de seguimiento. En cuanto al sexo de los menores que acuden al juzgado con expedientes, podemos decir que los datos indican una clara prevalencia de chicos (86.9 %) respecto de chicas (13.1 %) (tabla 1).

Tabla 1  
*Frecuencia del sexo en los delitos*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Chico	179	86.9 %
Chica	27	13.1 %
TOTAL	206	100 %

A continuación, se examinan los tipos de delitos encontrados en la línea base de los participantes de este estudio, es decir, aquellos delitos ocurridos antes del periodo de seguimiento y por los que su expediente llegaría al juzgado iniciando el proceso judicial y su trayectoria delictiva (tabla 2). Se obtiene la frecuencia de cada tipo de delito, el más frecuentemente es el de lesiones (18.4 %), posteriormente el de robo con fuerza (17.5 %), a continuación el de robo con violencia (14.1 %), y daños a la propiedad (12.6 %). Por el contrario, los delitos menos frecuentes son estafa y allanamiento de morada (0.5 % en ambos). En cuanto a la violencia en el entorno familiar (2.4 %), se encuentra que los delitos son cometidos por cuatro chicos y una chica.



Tabla 2  
Tipología de delitos

TIPOS DELITOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amenazas	5	2.4 %
Daños	26	12.6 %
Hurto	20	9.7 %
Falso testimonio	2	1 %
Estafa	1	.5 %
Atentado	6	2.9 %
Robo y hurto de uso de vehículos	3	1.5 %
Allanamiento de morada	1	.5 %
Conducción temeraria	17	8.3 %
Robo con fuerza	36	17.5 %
Robo con violencia	29	14.1 %
Lesiones	38	18.4 %
Maltrato familiar	5	2.4 %
Abuso sexual	4	1.9 %
Otras faltas/ Otros delitos	13	6.3 %
TOTAL	206	100 %

A continuación se presentan los delitos anteriores agrupados en cuatro categorías (Capdevila, 2005), estas son: delitos/ faltas contra las personas, delitos/faltas contra la libertad sexual, delitos/faltas contra la propiedad y otros (tabla 3). El delito más frecuente en los participantes es el cometido contra las personas (51.5 %), posteriormente delitos contra la propiedad (44.4 %), y los valores menos frecuentes son contra la libertad sexual (1.5 %).

Tabla 3  
Clasificación agrupada de los delitos

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Delitos/faltas contra las personas	102	51.5 %
Delitos/faltas contra la libertad sexual	3	1.5 %
Delitos/faltas contra la propiedad	88	44.4 %
Otros	5	2.5 %
Total	198	100 %
Valores perdidos	8	
TOTAL	206	

La tabla 4 muestra el número de expedientes que acumula cada menor en el periodo de seguimiento. Se obtiene que el 81.1 % cuenta con 0 expedientes, es decir, que la mayoría de estos menores no ha cometido un nuevo delito o no ha reincidido dentro del año de segui-

miento. El siguiente porcentaje mayoritario (12.6 %), pertenece a los menores que reincidieron con un único delito. Los siguientes porcentajes de los menores con un mayor número de expedientes acumulados son considerablemente bajos como puede apreciarse en la tabla.

Tabla 4  
N.º expedientes en un año de seguimiento

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	167	81.1 %
1	26	12.6 %
2	4	1.9 %
3	4	1.9 %
4	4	1.9 %
5	1	.5 %
TOTAL	206	100 %

En la tabla 5 se relacionan las variables edad y número de expedientes. La muestra ha sido dividida en dos franjas de edad; los menores de 14 a 15.11 años, y los menores de 16 a 20 años. El uso de decimales en las edades hace referencia a la edad en meses de cada menor. Los resultados indican que la mayoría de los menores que poseen 0 expedientes posteriores, es decir, menores que no han cometido un nuevo delito dentro del periodo de seguimiento, se encuentran en la franja de edad de 16 a 20 años (73.1 %). Por tanto, el 26.9 % restante lo componen menores entre 14 y 15.11 años. Los participantes que únicamente acumulan un nuevo delito tienen entre 16 y 20 años (53.8 %), el porcentaje restante (46.2 %) corresponde a la franja de 14 a 16 años.

Si unificamos los menores que cuentan con cero y con un único expediente judicial posterior, obtenemos 193 menores del total de la muestra (206). De los menores que suman dos, tres o cuatro expedientes nuevos en el periodo de seguimiento, los resultados indican que solo existen 4 participantes para cada categoría, y uno con 5 expedientes posteriores, por tanto los porcentajes no ofrecen una diferencia relevante ( $\chi^2(5) = 10.650$ ,  $p = .059$ ).

El total de menores que ocupa cada franja de edad es el siguiente: el 68.9 % (142) pertenece a la franja de más de 16 años, y el 31.1 % (64) se encuentra en la franja de menos de 16 años. Por tanto, hay un mayor número de menores con edad superior a 16 años en la muestra. Es decir, los resultados indican que aunque la franja de edad de 14 a 16 años es menos numerosa, estos menores cometen más delitos. Es en esta edad en la que se acumulan más expedientes en el año de seguimiento en comparación al número de expedientes acumulados de los mayores de 16 años.

Tabla 5  
Clasificación de franjas de edad en relación al n.º de expedientes en el periodo de seguimiento

N.º EXPEDIENTES EN UN AÑO DE SEGUIMIENTO	14-15.11 AÑOS	16-20 AÑOS	TOTAL
0	26.9 % (45)	73.1 % (122)	100 % (167)
1	46.2 % (12)	53.8 % (14)	100 % (26)
2	25 % (1)	75 % (3)	100 % (4)
3	75 % (3)	25 % (1)	100 % (4)
4	50 % (2)	50 % (2)	100 % (4)
5	100 % (1)	0 %	100 % (1)
TOTAL	31.1 % (64)	68.9 % (142)	100 % (206)

## Discusión y conclusiones

Como conclusión, y con la finalidad de establecer el perfil del menor con expediente judicial, en relación al sexo predominante de los menores a la hora de cometer delitos, los resultados indican que la mayoría son chicos. Estos datos coinciden con los expuestos por el Centro Reina Sofía en 2009 en los que los menores detenidos de 14 a 17 años muestran una clara prevalencia masculina, al igual que el estudio de Capdevila (2005).

Sobre los tipos de delitos predominantes se obtiene que el delito que más frecuentemente se produce es el de lesiones. Posteriormente, y con una diferencia muy pequeña, se cometen delitos de robo con fuerza, a continuación robo con violencia, y daños. Por el contrario, los delitos menos frecuentes son estafa y allanamiento de morada en igual proporción. Si estos tipos de delitos se clasifican según la agrupación basada en Capdevila (2005), se obtiene una mayoría de delitos en contra de las personas y posteriormente, y con una diferencia muy ajustada, delitos en contra de la propiedad. Estos resultados difieren respecto a los ofrecidos por De la Rosa (2009), que apuntaban como delito más frecuente el de robo con fuerza, en segundo lugar los delitos de hurtos y, en tercer lugar, delitos de robo con violencia e intimidación. Mientras que otros estudios encuentran que el mayor porcentaje de delitos se sitúa en los que atentan contra la propiedad (Capdevila, Ferrer y Luque, 2005; Graña, 2006; Garrido, 2009), o en los delitos de robos y robo con violencia o intimidación (San Juan y Ocariz, 2009). Por tanto, aunque en este estudio se constata una mayor frecuencia de delitos en contra de las personas, con los resultados obtenidos no se puede identificar un perfil en relación al tipo de delito predominante ya que la diferencia entre ambos es muy pequeña.

Otro tipo de delito relevante en la actualidad es el relacionado con la violencia en el ámbito familiar. Aun siendo poco frecuente en los datos, según autores como Benavente (2009), esta violencia intrafamiliar de los menores está aumentando desde 2006, tramitando a fiscalía cada vez más casos, y obteniendo un mayor número de chicas en cuanto a participación en estos delitos respecto de los chicos (Berga, 2005). Sin embargo, los resultados de este estudio indican una mayoría de participación de chicos respecto de las chicas en este tipo de violencia.

En cuanto a la relación entre las dos franjas de edad y el número de expedientes acumulados a lo largo de las trayectorias delictivas de los menores, son los menores de 16 años los que cometen un mayor número de delitos. Esto coincide con los estudios realizados por el

Centro Reina Sofía (2009) que concluyen que se producen más detenciones en la franja de edad de los 16 a 17 años en comparación con los de 14 a 16 años. Aunque la mayoría de los menores que acuden al juzgado de Castellón son mayores de 16 años en el intervalo temporal analizado, el resto de menores de 14 a 16 años serían los más conflictivos, ya que son los que acumulan más expedientes en el periodo de seguimiento.

Por otra parte, estos menores que acumulan más expedientes serían los más problemáticos según la Teoría de la Trayectoria de Moffitt (1993), que demostró la importancia de distinguir entre dos tipologías de conducta delictiva en menores. Un tipo es la conducta antisocial persistente (trayectoria persistente), que designa un comportamiento delictivo que suele surgir en edad temprana y que se puede prolongar a la edad adulta. Esta tendencia coincidiría con estos resultados en la medida que de se observa que aun siendo este grupo la minoría en la población judicial, son los más jóvenes (14 a 16 años) los que acumulan más expedientes, pudiendo cometer delitos más graves o contra las personas.

A pesar de todo, la mayoría de los menores de este estudio que poseen expedientes judiciales no cometen un nuevo delito en su periodo de seguimiento, por tanto no reinciden. Por lo que los resultados de este estudio apoyan también la otra Trayectoria de Moffitt (1993), es la conducta antisocial limitada al adolescente (trayectoria puntual). Se trata de la conducta más frecuente y se refiere a jóvenes que realizan actos delictivos de menor gravedad. Pueden participar en faltas menores como hurtos en las tiendas o consumo de drogas, pero que procuran seguir las normas. Como indica su nombre, esta conducta antisocial tiene una corta duración, pues generalmente desaparece en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. En este estudio, tal y como describe Moffitt, los resultados indican que esta trayectoria puntual recoge a la mayoría de los participantes de la muestra, ya que estos menores cometen un único delito y no vuelven a reincidir.

Esta investigación intenta dar una visión del panorama delictivo de los jóvenes en la provincia de Castellón. La mayoría de los menores no cometen nuevos delitos, por lo que no se puede concluir desde este estudio que tengan un impacto elevado en relación a las tasas de delincuencia general. Se puede concluir que la población de menores con un mayor riesgo de reincidencia se encuentra en los más jóvenes, y que aun siendo un porcentaje minoritario es en ellos donde se tendría que intervenir y focalizar las estrategias de prevención.

## Referencias bibliográficas

- Benavente, C. (2009). *Conductas antisociales de la juventud, desde una perspectiva jurídica*. Ponencia presentada en las VII jornadas de Orientación, Universidad Politécnica de Valencia.
- Berga, A. (2005). Adolescència femenina i risc social. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 29, 61-76.
- Capdevila, M., Ferrer, M. & Luque, E. (2005). *La reincidencia en el delito en la justicia de menores*. Centre d'estudis jurídics i formació especialitzada. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Centro Reina Sofía & Ministerio del Interior (2007). *Delincuencia juvenil*. Estadísticas del Centro Reina Sofía. Gobierno de España. Recuperado de <http://www.centroreinasofia.es>.
- De la Rosa Cortina, J. M. (2002). *El fenómeno de la Delincuencia Juvenil: causas & tratamientos*. Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org>, n.º 13.
- Garrido, V. (2009). *La predicción & la intervención con los menores infractores: Un estudio en Cantabria*. (Estadísticas, instrumentos, protocolos & evaluación). Gobierno de Cantabria, Conserjería de Empleo & Bienestar social. Cantabria: Dirección General de Políticas Sociales.

- Graña, J. L., Garrido, V. & González, L. (2006). *Reincidencia delictiva en menores infractores de la Comunidad de Madrid: Evaluación, características & propuestas de intervención*. Madrid: Agencia para la Reeducción & reinserción del menor infractor (ARRMI).
- Jennings, D. (2002). *One Year Juvenile Reconviction rates. July 2000 cohort*. UK. Home office National Statistic: London.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A development taxonomy. *Psychological reviews*, 100 (4), 674-701.
- Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2002). Como prevenir a continuidade intergeracional do comportamento anti-social: Implicações da violência entre companheiros. En A. C. Fonseca (ed.), *Comportamento anti-social e família* (pp. 373-396). Coimbra: Almedina.
- Montero, T. (2008). La política criminal juvenil en España & el síndrome de Cristóbal Colón. *Diario La ley*, 6919, Sección tribuna.
- Rechea, C. & Fernández, E. (2006). Continuity and change in the Spanish Juvenile Justice System. En Junger-Tass, J. & Decker, S. (eds.), *Handbook of Juvenile Justice*. (325-350). Holland: Kluwer/Springer.
- Rennie, C. & Dolan, M. (2010). Predictive validity of the Youth level of service/case management. *Journal of Forensic psychiatry and Psychology*, 1, 1-19.
- San Juan, C. & Ocáriz, E. (2009). *Evaluación de la intervención educativa & análisis de la reincidencia en la Justicia de menores en la CAPV*. Victoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.



# **PSICOLOGIA SOCIAL**

---





## Incidencia del apoyo social y familiar en mujeres maltratadas y hombres maltratadores\*

MÓNICA SOLA PINAR  
al096008@uji.es

ANTONI ROMERO FELIP  
antonio.romero.felip@hotmail.com

M.<sup>a</sup> PILAR JARA JIMÉNEZ  
jara@uji.es

### Resumen

El apoyo social y familiar es un factor fundamental en nuestro entorno. En el escenario que rodea un maltrato, tanto la persona que lo sufre como quien lo realiza necesitan este tipo de apoyo. Se ha demostrado que saber que se cuenta con personas cercanas puede representar una diferencia abismal en la resolución de los problemas que se presentan en la vida diaria, pero, pese a que las diferencias de género en las relaciones interpersonales son evidentes a lo largo de todo el ciclo vital, sugiriendo, como indica Belle (1987) que mujeres y hombres difieren en las formas en que participan en las relaciones sociales y en los recursos que buscan en tales relaciones, las diferencias de género en apoyo social no han sido muy estudiadas y por ello aún persisten muchas cuestiones y áreas por explorar; por eso, mediante un estudio empírico cuya muestra fue tomada entre 34 presos de distintas cárceles y 40 mujeres maltratadas pertenecientes a diversos centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana pretendemos estudiar en qué medida existe o no apoyo social y/o familiar y, por último, observar en qué aspectos se produce la incidencia de las variables «apoyo familiar» y «apoyo social» en el comportamiento, actitudes y creencias de ambos colectivos.

**Palabras clave:** violencia de género, apoyo social, apoyo familiar, mujeres maltratadas, hombres maltratadores, creencias, actitudes y comportamientos.

### Abstract

Support is a key factor in our environment. In situations of abuse, both the abuser and the abused suffer need family and social support. It has been shown that people close to them can make a huge difference in the resolution of problems that arise in everyday life, but, gender differences in interpersonal relationships are evident throughout the life cycle, suggesting that women and men differ in the ways they participate in social relations and resources in seeking such relationships (Belle, 1987). Gender differences

\* Este trabajo...

in social support have not been studied and therefore there are still many issues and areas to explore. We performed an empirical study in which the sample was taken from 34 different prison inmates and 40 women from various Prisons of Valencia. We analyzed to what extent that social support and / or familial was present, and analyzed which aspects occurred in each incidence of variables «family support» and «social support» in behavior, attitudes and beliefs of both groups.

**Keywords:** violence, social support, family support, battered women, male abusers, beliefs, attitudes and behave.

## Introducción

La violencia contra las mujeres supone más allá de las secuelas visibles, un conglomerado de consecuencias psicológicas que será necesario tener en cuenta en aspectos tan diversos como la reconstrucción del tejido social o el fortalecimiento psicosocial de las mujeres para afrontar el proceso personal y legal.

Tanto mujeres como hombres necesitan apoyo social y familiar, pero de distinta forma. En este estudio no vamos a justificar, ni etiquetar a ninguno de los dos colectivos (maltratadas-maltratadores), sino que vamos a tener en cuenta ambos colectivos y ver el impacto que tiene el apoyo social y familiar tanto en maltratadas como en maltratadores.

Según la literatura el apoyo social desempeña un importante papel en las mujeres maltratadas. La definición de apoyo social es compleja, al igual que su medición. Se trata de un constructo multidimensional que se puede definir como «el grado en que las necesidades básicas de las personas son satisfechas a través de las interacciones con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación».

En definitiva, el apoyo social se refiere a la ayuda real o percibida por una persona por parte de sus amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc., tanto en el plano emocional como en el instrumental. Las mujeres maltratadas a menudo se encuentran carentes de apoyo, ya que el agresor frecuentemente aísla socialmente a su pareja de su propia familia y amistades con el objetivo de mantener un estado de dependencia y control.

La respuesta que se está ofreciendo a esta problemática es la utilización del derecho penal como primera alternativa pero parece que esto se esté quedando un poco arcaico y por ello es necesario seguir profundizando en la etiología de esta conducta violenta así como en la metodología más adecuada para prevenirla y tratarla.

A finales de los años setenta se empezó a reconocer en la literatura científica que las características comunes de las mujeres maltratadas eran el resultado del maltrato más que su causa. La socialización de género y la ideología que impregna las relaciones cotidianas, la falta de apoyo social para romper lazos que se pretenden que sean de por vida, la dependencia económica y el afán de proteger a otras personas explican más que la personalidad de las víctimas.

Uno de los aspectos más complejos de este tipo de violencia es que, pese a su frecuencia y gravedad, la mayor parte de las mujeres permanecen con su pareja durante muchos años, y vuelven con ellos aunque hayan sido capaces de abandonarlos temporalmente. Se ha demostrado que saber que se cuenta con personas cercanas puede representar una diferencia abismal en la resolución de los problemas que se presentan en la vida diaria.

En uno de los estudios de (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, Sarasua, 2002) se analiza el papel que las fuentes de apoyo –social y familiar– tienen como elemento amortiguador de la gravedad psicopatológica en las víctimas de maltrato. Las fuentes de apoyo son muy importantes desde una perspectiva psicopatológica. De este modo, las mujeres que carecían de apoyo social o familiar presentaban una mayor gravedad psicopatológica, tanto en el estrés postraumático como en el resto de variables que conforman la dimensión de malestar emocional. Las mujeres maltratadas, frente a las no maltratadas, tienen más síntomas de depresión grave, ansiedad e insomnio y síntomas somáticos. Se sienten más inseguras y tienen menos autoestima y apoyo social.

Pese a que las diferencias de género en las relaciones interpersonales son evidentes a lo largo de todo el ciclo vital, sugiriendo que mujeres y hombres difieren en las formas en que participan en las relaciones sociales y en los recursos que buscan en tales relaciones (Belle, 1987), las diferencias de género en apoyo social no han sido muy estudiadas y por ello aún persisten muchas cuestiones y áreas por explorar.

Estas diferencias de género en el apoyo social se deben a una serie de factores, entre los que destaca el aislamiento social al que muchas veces la mujer maltratada está sometida, causando en ella la percepción de la carencia de apoyo social.

Existe evidencia de que el apoyo social ayuda a mitigar los efectos dañinos del maltrato a la mujer, pudiendo protegerla también de abusos posteriores, habiéndose planteado que las personas que apoyan a la mujer maltratada pueden proporcionarle acceso a oportunidades, apoyo emocional e información, que puede protegerle de la violencia y de las amenazas de sus agresores, ya que la importancia de contar con una red de apoyo social radica no solo en que permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también le proporcionará bienestar psicológico.

El objetivo que pretendemos alcanzar es, analizar desde un nivel interpersonal, en qué medida existe o no un grupo de apoyo social y apoyo familiar en las mujeres maltratadas y los hombres maltratadores.

Dependiendo de si existe o no apoyo social y apoyo familiar, observaremos en qué aspectos se produce incidencia diferencial y por último, mediremos el efecto del apoyo social y familiar tanto en creencias, actitudes y comportamientos en mujeres maltratadas y hombres maltratadores.

Desde lo anterior podemos hipotetizar:

Que en mujeres maltratadas habrá:

- Una relación significativa entre apoyo social y apoyo familiar en mujeres maltratadas.
- La creencia «Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario» será mayor entre las mujeres que cuentan con apoyo social y/o familiar respecto de las que no lo tienen.
- La actitud «Me gusta cuidar mi aspecto» será mayor entre las mujeres que cuentan con apoyo social y/o familiar respecto de las que no lo tienen.
- El comportamiento de la «duración del maltrato» será menor entre las mujeres que tiene apoyo social y/o familiar, respecto de las que no lo tienen.

Que en hombres maltratadores habrá:

- Una relación significativa entre apoyo social y apoyo familiar en hombres maltratados.
- La creencia «Es normal que si las mujeres fastidian, los hombres les peguen» será menor entre los hombres que cuentan con apoyo social y/o familiar respecto de los que no lo tienen.
- La actitud «Mi pareja provoca mi ira» será menor entre las hombres que cuentan con apoyo social y/o familiar respecto de los que no lo tienen.
- El comportamiento «Cuando estoy nervioso no sé lo que hago» será menor entre los hombres que tienen apoyo social y/o familiar, respecto de los que no lo tienen.

## Método

### *Muestra de mujeres maltratadas*

La muestra de mujeres maltratadas fue tomada de diversas instituciones de la Comunidad Valenciana, siendo esta de 40 mujeres con una media de edad de 39,31 y ( $D T = 12,5$ ). Un 40,5 % de las mujeres afirman tener los estudios primarios, seguido del 18,9 % que poseen formación profesional, estudios secundarios los tienen un 16,2 %, con un 8,1 % se sitúan las que poseen título universitario y, finalmente, no saben leer ni escribir el 2,7 %. La duración media de malos tratos para estas mujeres con sus respectivas parejas es de 9,47 años. El 57 % dicen haber sufrido un maltrato psicológico y el 42,1 % maltrato psicológico y físico. De esta muestra el 51,4 % experimental apoyo social y el 67,5 % apoyo familiar. Un 46 % de las mujeres maltratadas nunca han denunciado los malos tratos que han sufrido.

### *Muestra de hombres maltratadores*

La muestra de participantes que han contestado al cuestionario es de 34 internos, que se encontraban realizando un programa de reeducación en los Centros Penitenciarios de la Comunidad Valenciana. La edad media de la muestra es 35.88 años ( $D T: 6.772$ ), situándose el rango entre 21-49 años. El nivel cultural que poseen los participantes es de un 65.6 %, los que afirman poseer estudios primarios; un 12.5 % saben leer y escribir; poseen formación profesional y estudios secundarios un 9.4 % y, un 6.1 % afirma poseer estudios universitarios. Cuando se les pregunta por el número de amigos/as con los/as cuales podrían contar si necesitasen su ayuda (apoyo social), el 30.3 % afirma que con ningún/a; con dos o tres amigos/as contestan un 15.2 %; el 9.1 % afirma poder contar con la ayuda de ocho amigas/os; el 6.1 % afirma que puede contar con, siete y diez, y un 3 % puede contar con siete amigas/os. En cambio, cuando se les pregunta por la familia directa con la que pueden contar en caso de necesitar su ayuda (apoyo familiar) hay una gran variabilidad, el 18.2 % afirma contar con 10 miembros de la familia; con un, tres y cinco afirma que puede contar el 12.1 %; con dos, seis y quince familiares puede contar el 6.1 %; con ningún familiar y con ocho puede contar el 6.1 %, y por último el 3 % puede contar con la ayuda de nueve miembros de la familia. En cuanto a la situación penal de los participantes el 90.9 % está penado y el 9.1 % está preventivo, en espera de juicio.

### *Procedimiento*

El primer paso fue contactar con la Unidad de Apoyo de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y con las diversas instituciones de mujeres de la Comunidad Valenciana para proponerles el objetivo de nuestra investigación y obtener, de esta forma, su colaboración y autorización.

Un vez obtenida la autorización contactamos con los/as directores/as de los dos tipos de instituciones de la Comunidad Valenciana.

Por último, se administró el cuestionario a 40 mujeres maltratadas y a 34 internos que, en ese momento, se encontraban realizando un programa de reeducación por parte del y de la psicólogo/a interno y externo al centro penitenciario.

### **Resultados**

En primer lugar, mostraremos los resultados de la muestra de mujeres maltratadas y, en segundo lugar, los de la muestra de los hombres maltratadores, puesto que no queremos comparar una muestra con otra sino ver cómo afectan nuestras variables, apoyo social y apoyo familiar en cada uno de estos grupos por separado.

Para dar respuesta al primer objetivo, que es comprobar si hay o no relación entre el apoyo social y familiar en mujeres maltratadas y hombres maltratadores, hemos utilizado el coeficiente C de contingencia para ver si es significativa o no la relación entre nuestras variables; hemos utilizado también el diagrama de barras para ver las distribuciones de esas variables. Concretamente, ellas discriminan entre apoyo social y familiar ( $c = 0,680$ ;  $sig = 0,001$ ) puesto que hay diferencias significativas entre apoyo social y familiar. Para los hombres esto es diferente, es decir, no hay relación entre el apoyo social y familiar ( $c = 0,513$ ;  $sig = 0,462$ ), es independiente el número de amigos al de la familia.

#### *Resultados mujeres maltratadas*

Con respecto a la creencia «yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario», hay una relación significativa con la existencia de apoyo social ( $c = 0,620$ ;  $sig = 0,018$ ), pues este favorece la idea de que la mujer sea capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario.

La figura 1 muestra cómo se distribuye el apoyo familiar en función de las creencias de la capacidad de realizar un proyecto futuro en solitario, que tiene la mujer maltratada.

La figura 2 muestra cómo se distribuye el apoyo social en función de las creencias de la capacidad de realizar un proyecto de vida futuro en solitario, que tiene la mujer maltratada.

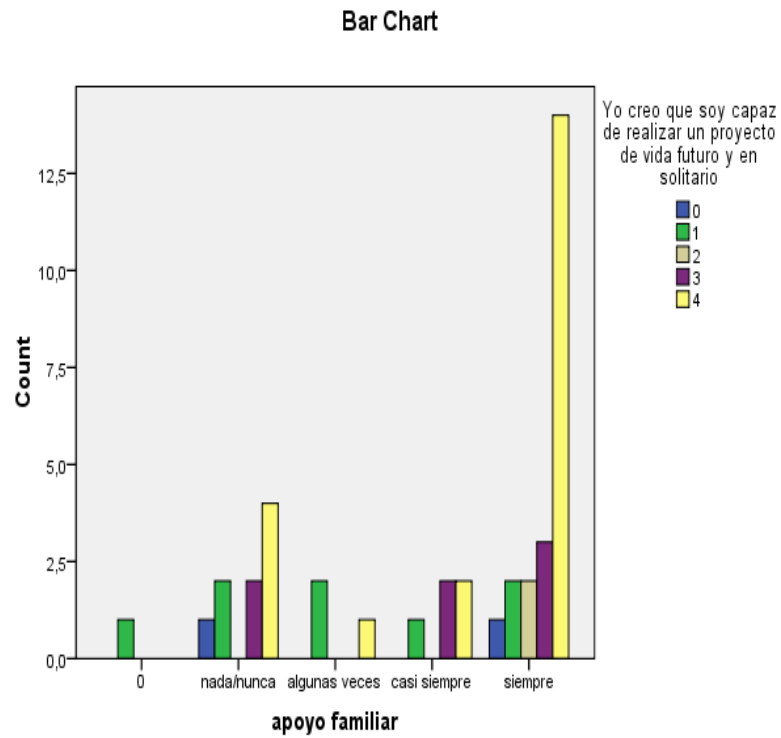


Figura 1. Apoyo familiar \* Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario

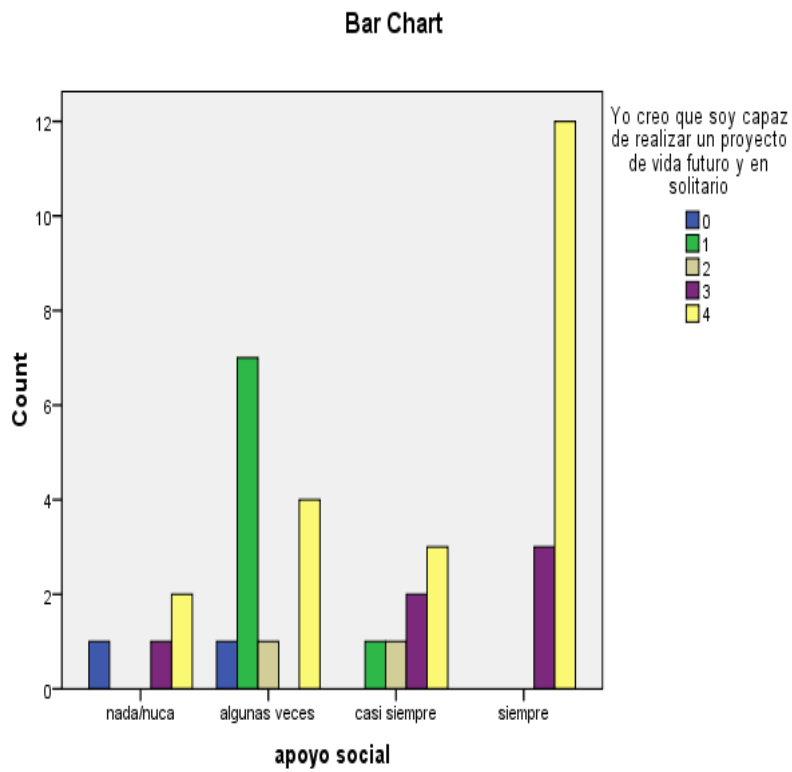


Figura 2. Apoyo social \* Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario

También hemos encontrado una relación significativa entre el apoyo familiar y la actitud «Me gusta cuidar mi aspecto». ( $c = 0,625$ ;  $sig = 0,050$ ), Como muestra el diagrama de barras podemos comprobar que las mujeres que tienen más apoyo familiar también les gusta más cuidar su aspecto. Sin embargo en el apoyo social no incide en esta actitud. No hay diferencias significativas ( $c = 0,522$ ;  $sig = 0,264$ ).

La figura 3 muestra cómo se distribuye el apoyo familiar en función de la actitud de que a las mujeres maltratadas les guste cuidar su aspecto.

La figura 4 muestra cómo se distribuye el apoyo social en función de la actitud de que a las mujeres maltratadas les guste cuidar su aspecto.

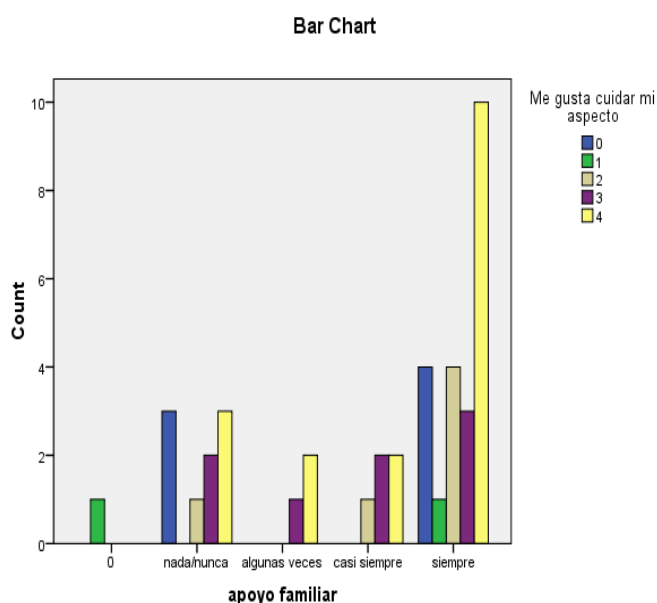


Figura 3. Apoyo familiar \* Me gusta cuidar mi aspecto

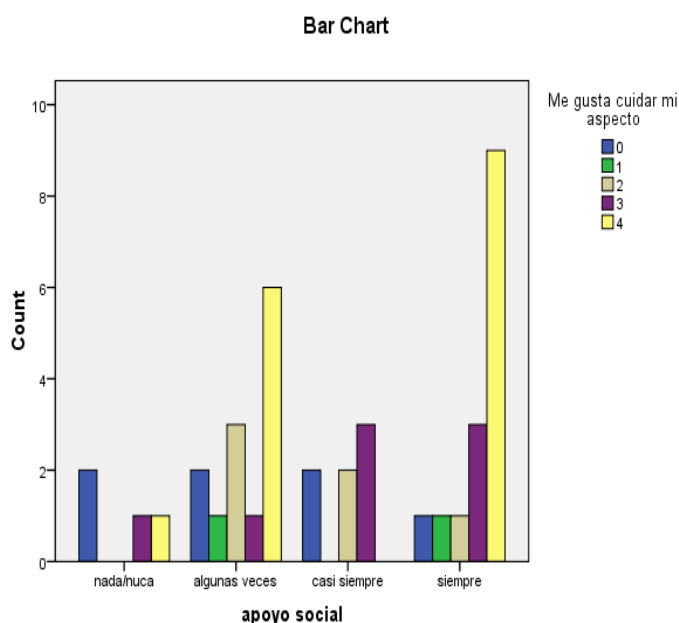


Figura 4. Apoyo social \* Me gusta cuidar mi aspecto

El último resultado en cuanto a las mujeres maltratadas nos muestra que, sí hay relación significativa entre apoyo familiar y la conducta «Duración de maltrato» ( $c = 0,843$ ;  $sig = 0,034$ ), es decir, a mayor apoyo familiar más duración del maltrato.

La figura 5 muestra cómo se distribuye el apoyo familiar en función del tiempo que las mujeres soportan el maltrato.

La figura 6 muestra cómo se distribuye el apoyo social en función del tiempo que las mujeres soportan la situación de malos tratos.

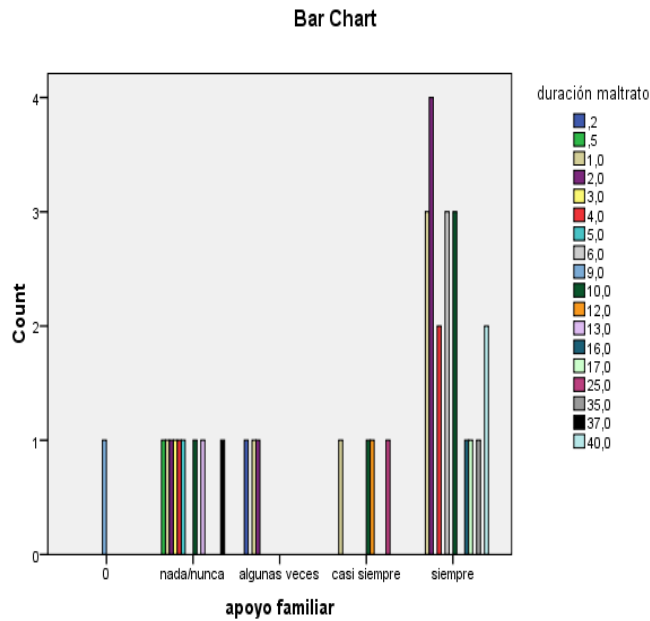


Figura 5. Apoyo familiar \* Duración del maltrato

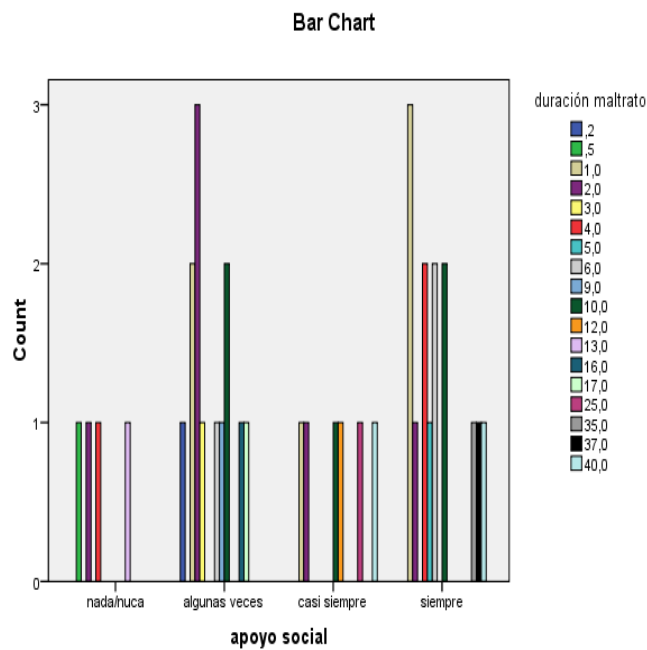


Figura 6. Apoyo social \* Duración del maltrato



### Resultados hombres maltratadores

Anteriormente hemos visto que ellos no diferencian el apoyo social del apoyo familiar, es decir no muestran diferencias significativas entre un apoyo y el otro ( $c = 0,513$ ;  $sig = 0,462$ ).

Con respecto a la creencia «Es normal que si las mujeres fastidian, los hombres les peguen», sí hay una relación significativa con la existencia de apoyo familiar ( $c = 0,488$ ;  $sig = 0,035$ ), es decir, solo cuando los hombres maltratadores no tienen apoyo familiar tienen la creencia «Es normal que si la mujeres fastidian, los hombres les peguen», mientras que el apoyo social no muestra relación con esta creencia ( $c = 0,430$   $sig = 0,058$ ).

La figura 7 muestra cómo se distribuye el apoyo familiar en función de que los hombres tengan la creencia de que es normal que si las mujeres fastidian los hombres les peguen.

La figura 8 muestra cómo se distribuye el apoyo social en función de que los hombres tengan la creencia de que es normal que si las mujeres fastidian los hombres les peguen.

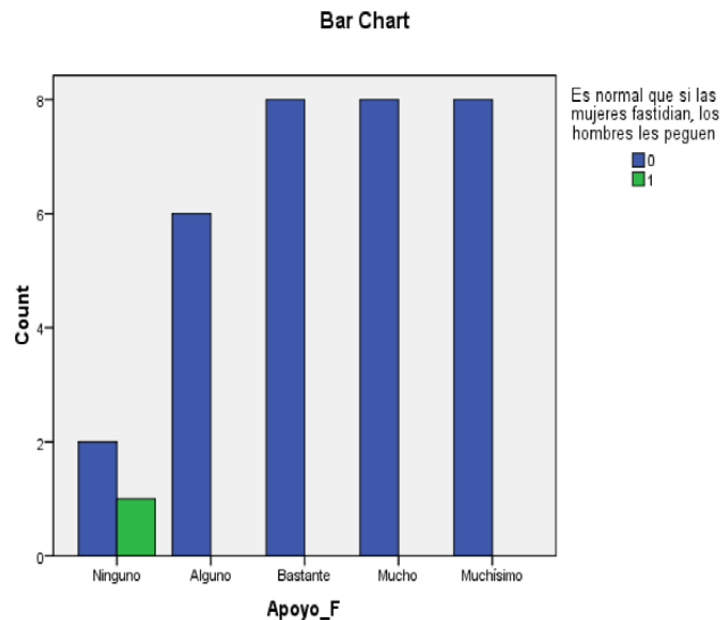


Figura 7. Apoyo familiar \* Es normal que si las mujeres fastidian, los hombres les peguen

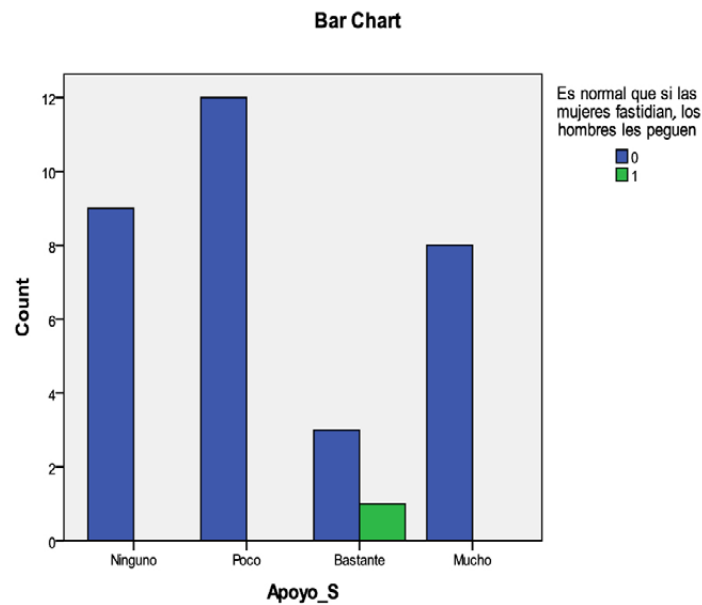


Figura 8. Apoyo social \* Es normal que si las mujeres fastidian, los hombres les peguen

En cuanto a la actitud «Mi pareja provoca mi ira», observamos que no hay relación significativa con el apoyo social ( $c = 0,489$ ;  $sig = 0,321$ ), ni con el familiar ( $c = 0,294$ ;  $sig = 0,782$ ); es decir, tener esta actitud es independiente de la existencia de apoyo social y/o familiar.

La figura 9 muestra cómo se distribuye el apoyo familiar en función de que los hombres tengan la actitud de que su pareja provoca su ira.

La figura 10 muestra cómo se distribuye el apoyo social en función de que los hombres tengan la actitud de que su pareja provoca su ira.

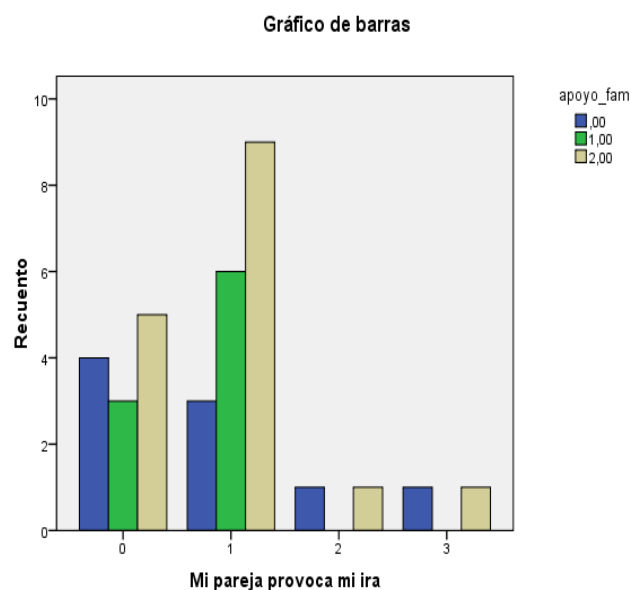


Figura 9. Apoyo familiar \* Mi pareja provoca mi ira

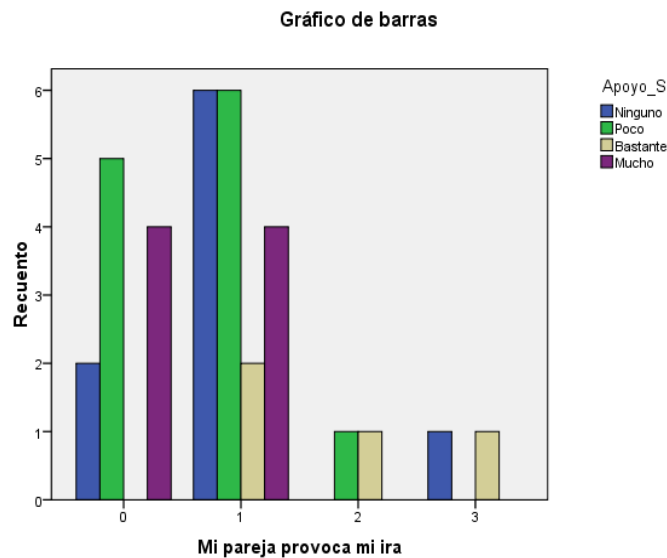


Figura 10. Apoyo social \* Mi pareja provoca mi ira

En el último resultado en cuanto a hombres maltratadores, observamos que sí hay una relación significativa en cuanto a la conducta «Cuando estoy nervioso no sé lo que hago» y el apoyo social ( $c = 0,626$ ;  $sig = 0,050$ ), es decir, solo cuando no hay apoyo social se da la conducta «Cuando estoy nervioso no sé lo que hago», mientras que el apoyo familiar no muestra relación con la conducta «Cuando estoy nervioso no sé lo que hago» ( $c = 0,654$ ;  $sig = 0,093$ ).

La figura 11 muestra cómo se distribuye el apoyo familiar en función de la conducta de que el hombre cuando está nervioso no sabe lo que hace.

La figura 12 muestra cómo se distribuye el apoyo social en función de la conducta de que el hombre cuando está nervioso no sabe lo que hace.

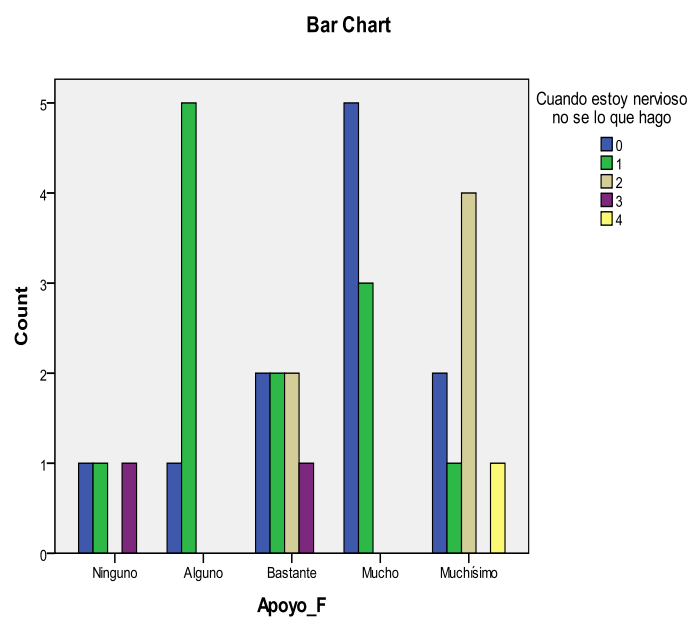


Figura 11. Apoyo familiar \* Cuando estoy nervioso no sé lo que hago

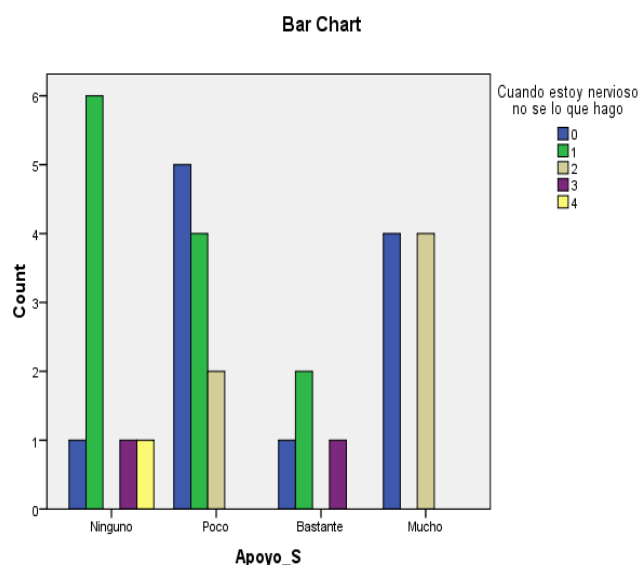


Figura 12. Apoyo social \* Cuando estoy nervioso no sé lo que hago

## Discusión y conclusiones

Aunque los primeros estudios se centraron en los aspectos positivos del apoyo social, recientemente se ha reconocido que las relaciones sociales también tienen su parte negativa, ya que pueden ir acompañadas de obligaciones, por lo que pueden crear tensión y estrés.

En muchas ocasiones la socialización de género, las creencias y actitudes que impregnan las relaciones cotidianas, la falta de apoyo social y familiar para romper lazos que se pretenden que sean de por vida, la dependencia económica y el afán por proteger a otras personas explican el comportamiento de las mujeres en la duración del maltrato.

En contraposición y en la dirección que apuntan nuestros resultados, coincidimos con Juárez, Valdez y Hernández (2005), donde encontraron que tener una red de apoyo más extensa contribuye en algunos casos a tolerar el malestar emocional ocasionado por la relación conyugal insatisfactoria, ya que una red social extensa actúa paradójicamente, como apoyo emocional para la violencia.

En nuestra opinión el apoyo familiar hace que la mujer soporte durante más tiempo la situación de maltrato, porque considera que el maltratador es parte de la solución y no el problema.

En este estudio hemos visto que para las mujeres maltratadas el apoyo social y el apoyo familiar pertenecen a la misma red, cosa que no se da para los hombres maltratados, puesto que al no haber una relación significativa entre apoyo social y apoyo familiar esta relación es independiente. Observamos que la percepción de apoyo es diferente para los hombres que para las mujeres.

El apoyo social, da el impulso a la mujer maltratada para mirar al futuro con la fuerza suficiente como para reconstruir su propio mundo. Esto lo hemos visto en la clara relación significativa que hay en el apoyo social y la creencia «Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario».

El respaldo familiar favorece que a las mujeres les guste cuidar más su aspecto, lo que supone una inyección de fortaleza para sí mismas. La importancia de contar con una red de

apoyo radica no solo en que permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material y emocional en momentos de crisis, sino que también se ha vinculado estrechamente a bienestar psicológico.

En cuanto al estudio de los hombres maltratadores, observamos para esta muestra que ellos no diferencian entre apoyo social y apoyo familiar; en nuestros resultados solo cuando no hay apoyo social se da la creencia «Es normal que si las mujeres fastidian los hombres les peguen» y el comportamiento «Cuando estoy nervioso no sé lo que hago», con respecto a la actitud «Mi pareja provoca mi ira» observamos que es independiente del tipo de apoyo auto-percibido.

Nuestros resultados van en la línea de lo esperado igual que otros estudios señalando que la disminución de la participación en la vida social, así como la pérdida de relaciones importantes entre la red de amistades y familiares, es más dramática a medida que el maltrato se incrementa (Juárez, Valdez y Hernández, 2005).

La familia y los amigos son un eje fundamental en ambos colectivos, unos y otros son piedras angulares que pueden favorecer la aceptación y la salida en las mujeres y la reflexión de la intoxicación de sus propios comportamientos en los maltratadores.

Es interesante reflexionar sobre la posibilidad de que el apoyo familiar para las mujeres maltratadas sea paradójicamente en algunos casos negativo para que la mujer decida no continuar con la situación del maltrato, ya que la familia puede que le aporte la suficiente fuerza como para afrontar el maltrato e intentar salvar la relación de pareja y con sus hijos.

Nos queda mucho que hacer como sociedad en el ámbito del maltrato, por ello continuaremos estudiando y viendo posibles caminos para paliar este problema social.

Agradecimientos.— Agradecemos la colaboración prestada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. También agradecemos la colaboración en la administración del cuestionario a Consuelo Talens García, psicóloga y experta en relaciones personales y a Ana Esteve Gimeno, pedagoga, educadora social y terapeuta familiar.

## Referencias bibliográficas

- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica & de la Salud*, 227-246.
- Babcock, J. C., Miller, S. A. & Siard, C. (2003). Toward a typology of abusive women: Differences between partner-only and generally violent women in the use of violence. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 153-161.
- Bosch, E. & Ferrer, V. A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Cátedra.
- Belle, D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. En R. C. Barnett, L. Bienen & Baruch, G. K. (eds.), *Gender and stress* (pp. 257-277). New York: Free Press.
- Bosch, E. & Ferrer, V. A. (2008). *Violencia de género. Algunas cuestiones básicas*. Jaén: Alcalá. Cap. 2, 84.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 355-384.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa & P. Corral (eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. & Cuesta, J. L. de la (2001). Articulación medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 1(2), 19-31.

- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B., Zubizarreta, I. & Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales*. Vitoria: Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas & distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- Francisca, E. & Sergio, R. (2010). Reeducación de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 145-151.
- Garrido, V., Stangeland, P. & Redondo, S. (1999). Violencia en la familia: la mujer maltratada. En *Principios de criminología*. Valencia. Tirant Lo Blanch.
- Gracia, E. (2003). Social visibility and tolerance to family violence. *Psychology*, 7(1), 39-45.
- Hirigoyen, M. F. (2002). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Ed: Psidós.
- Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona, editorial: Paidós Contextos.
- Jara, P., Romero, A., Herrero, F. & Rosel, J. (2011). Variables predictoras de la duración y denuncias en la violencia de género. *I congreso internacional de educación para la igualdad*. Publicado en actas. ISBN: 978-84-938439-2-2. 217-227. Depósito legal: GR. 4163-2011.
- Juárez, C., Valdez, R. & Hernández, D. (2005). La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. *Salud Mental*, 28(4), 66-73.
- Lorente, M. (2004). *El Rompecabezas. Anatomía del maltratador*. Editorial Crítica, 2004.
- Montero, A. (2001). Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica: una propuesta teórica. *Clínica & Salud*, 12, 5-31.
- Telch, C. F. & Lindquist, C. U. (1984). Violent vs. non violent couples: A comparison of patterns. *Psychotherapy, Theory, Research & Practice*, 3(1), 76-90.
- Yanes, J. M. & González, R. (2000). Correlatos cognitivos asociados a la experiencia de violencia familiar. *Psicothema*, 12, 41-48.

## Diseño de un programa de intervención para el desarrollo de la Inteligencia Emocional\*

AINOA FERRER SUCH  
ferrera@uji.es

EDGAR BRESÓ ESTEVE  
bresos@uji.es

### Resumen

El término Inteligencia Emocional (IE) fue propuesto en 1990 por Peter Salovey y John Mayer, a partir de sus estudios sobre el éxito académico de niños con bajo Cociente Intelectual. Más tarde, en 1997, estos autores darían una definición ampliamente aceptada en la actualidad: «La habilidad para percibir, evaluar y expresar con precisión las emociones, para acceder y/o generar sentimientos cuando estos facilitan el pensamiento, la capacidad para comprender las emociones, y la habilidad para regularlas» (Mayer y Salovey, 1997). En esta misma definición se basa el instrumento creado por los autores para evaluar el constructo, y que consta de ocho pruebas de habilidad que se corresponden con las cuatro ramas de la IE: percepción, facilitación, comprensión y gestión emocional.

El presente estudio tiene como objetivo diseñar una intervención basada en el modelo presentado anteriormente. A tal efecto se idearon seis sesiones de contenidos prácticos que trabajaban cada una de las ramas que conforman la Inteligencia Emocional. El orden de las sesiones se determinó siguiendo el orden jerárquico entre estas cuatro ramas, empezando por las habilidades más básicas y terminando con las de mayor complejidad. La finalidad de todas estas sesiones es la de mejorar la IE de los responsables de distintas secciones de una empresa de Castellón dedicada a la venta de productos de bricolaje, con el fin de que se mejore indirectamente el bienestar de los trabajadores a su cargo y, en última instancia, la percepción de calidad del servicio por parte de los clientes de esta empresa.

**Palabras clave:** Inteligencia Emocional, intervención, organizaciones.

### Abstract

The construct «Emotional Intelligence» was suggested by Peter Salovey and John Mayer in 1990 as a result of their studies about the academic success of children with low Intelligence Quotient scores. Later, in 1997, these authors stand the definition that is currently accepted: «*The ability to perceive accurately, appraise, and express emotion; the ability to access and/or generate feelings when they facilitate thought; the ability to understand emotion and emotional knowledge; and the ability to regulate*

\* Esta investigación está subvencionada por el Pla de Promoció de la Investigació de la Universitat Jaume I (#P11A2010-19).

*emotions*» (Mayer & Salovey, 1997). These authors also developed a survey to assess EI, which is composed by eight tests related to the four branches of Emotional Intelligence: perception, facilitation, understanding and regulation.

The purpose of this study is to design an intervention based on the four branches model. Thus, we have planned six sessions with practical contents in order to work on these four abilities. Sessions are organized following the hierarchical order of the four branches model, starting with easiest abilities and ending with the more difficult ones. The aim of these six sessions is to improve the Emotional Intelligence of the leaders of a retail organization from Castellón. In this way, we predict it will indirectly improve subordinates well-being and, ultimately, users' perception of the service quality.

**Keywords:** Emotional Intelligence, Intervention, Organizations.

## Introducción

La Inteligencia Emocional (IE) es un campo de estudio relativamente reciente que está generando una gran cantidad de investigación en la actualidad. El término fue propuesto por Peter Salovey y John Mayer en 1990, aunque otros autores ya habían destacado la importancia de determinadas competencias emocionales y sociales como parte de la inteligencia. Por ejemplo, Edward Thorndike distinguía la inteligencia social de otros tipos de inteligencia, definiéndola como la habilidad para percibir los estados internos, motivaciones y comportamientos propios y ajenos, y para actuar de manera inteligente basándose en esa información (Thorndike, 1920). También Howard Gardner, en su teoría de las Inteligencias Múltiples hacía referencia a una inteligencia personal, que dividía en dos: la inteligencia intrapersonal y la interpersonal. En su libro *Frames of mind* define la inteligencia intrapersonal como la capacidad para acceder a los propios sentimientos, para hacer discriminaciones instantáneas entre emociones, para etiquetarlas, y utilizarlas para guiar la propia conducta (Gardner, 1983).

Como vemos, la idea de la existencia de una inteligencia que tuviera que ver con las emociones ha ocupado durante años las mentes de algunos de los psicólogos más destacados de nuestra historia. Sin embargo, no es hasta 1990, con el artículo «Emotional Intelligence» de Salovey y Mayer, cuando el término es utilizado por primera vez. Desde entonces, se han dado muchas y variadas definiciones del concepto, aunque la más utilizada en la literatura científica es la siguiente:

La Inteligencia Emocional supone la habilidad para percibir, evaluar y expresar con precisión las emociones, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando estos facilitan el pensamiento, la capacidad para comprender las emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones a fin de promover el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997).

En esta definición es en la que se basa el modelo de las cuatro ramas de la Inteligencia Emocional presentado por los mismos autores. En la figura 1 se muestran estas cuatro habilidades, ordenadas jerárquicamente de izquierda a derecha, de las más básicas a las más complejas. Cada una de estas ramas está formada por cuatro competencias que la representan y describen, de manera que aquellas que aparecen más temprano en el desarrollo evolutivo se muestran más arriba de la columna y aquellas más tardías, progresivamente más abajo.



<b>INTELIGENCIA EMOCIONAL</b>			
<b>Percepción, evaluación y expresión de las emociones</b>	<b>Facilitación emocional del pensamiento</b>	<b>Comprensión y análisis de las emociones</b>	<b>Regulación de las emociones</b>
<i>Habilidad para identificar nuestras propias emociones.</i>	<i>Las emociones priorizan pensamientos al dirigir la atención a la información importante.</i>	<i>Habilidad para etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre la palabra y el propio significado de la emoción, como por ejemplo saber diferenciar “querer” de “amar”.</i>	<i>Habilidad para estar abierto tanto a los estados emocionales positivos como negativos.</i>
<i>Habilidad para identificar emociones en otras personas, diseños, arte, etc. a través del lenguaje, el sonido y la conducta.</i>	<i>Las emociones pueden ser una ayuda al facilitar la formación de juicios y recuerdos respecto a emociones.</i>	<i>Habilidad para interpretar el significado que esconde una emoción en cuanto a las relaciones humanas, p. ej. la tristeza significa pérdida.</i>	<i>Habilidad para vincularse o desvincularse de una emoción dependiendo de su utilidad.</i>
<i>Habilidad para expresar correctamente nuestros sentimientos y las necesidades asociadas a los mismos.</i>	<i>Los cambios emocionales pueden hacer variar nuestra perspectiva hacia una más optimista o pesimista, fomentando la consideración de múltiples puntos de vista.</i>	<i>Habilidad para comprender emociones complejas, combinaciones de emociones y/o sentimientos simultáneos de amor y odio.</i>	<i>Habilidad para vigilar reflexivamente nuestras emociones y las de otros. P. ej. identificando cómo de transparentes, típicas, influyentes o razonables son.</i>
<i>Habilidad para discriminar entre expresiones emocionales adecuadas e inadecuadas.</i>	<i>Los diferentes estados emocionales favorecen formas específicas de abordar los problemas, p. ej. la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad.</i>	<i>Habilidad para reconocer las transiciones de unos estados emociones a otros, p. ej. pasar de la ira a la vergüenza.</i>	<i>Habilidad para regular nuestras emociones y las de los demás, disminuyendo las negativas y aumentando las placenteras, sin minimizarlas o exagerarlas.</i>

Figura 1. Modelo de las cuatro ramas de la IE (Mayer y Salovey, 1997)

Sin embargo, la definición y el modelo presentados por Salovey y Mayer han sido posteriormente debatidos y ampliados por otros autores, como Daniel Goleman, quien popularizó el término con su libro *Emotional Intelligence*. En su obra, Goleman nos define la IE como un conjunto de habilidades que incluyen «el autocontrol, el entusiasmo y la persistencia en lo que hacemos, y la capacidad de automotivarse» (Goleman, 1995: 28). El modelo propuesto por este autor está compuesto por cinco competencias: autoconciencia, autocontrol, automotivación, empatía y habilidades sociales (Goleman, 1998). Esta concepción de la IE se ha incluido dentro de los llamados modelos mixtos, que describen la Inteligencia Emocional como un conjunto de rasgos estables de personalidad, competencias socioemocionales, aspectos motivacionales y diversas habilidades cognitivas, mostrando una percepción de la IE en la que tienen cabida una gran cantidad de constructos (Mayer, Salovey y Caruso, 2000). Estos modelos han recibido numerosas críticas en cuanto a su ambigüedad y a su solapamiento con algunos rasgos de personalidad y medidas del funcionamiento social y psicológico ya existentes (Brackett y Mayer, 2003; Davies, Stankov y Roberts, 1998; Law *et al.*, 2004).

El presente trabajo tiene como objetivo principal diseñar una intervención dirigida a mejorar la Inteligencia Emocional de los líderes de una empresa de bricolaje de Castellón. Para ello, nos basaremos en el modelo de las cuatro ramas de Salovey y Mayer, que es el modelo que más apoyo empírico ha recibido hasta el momento (Brackett y Mayer, 2003; Ciarrochi, Chan y Caputi, 2000; Mayer, Caruso y Salovey, 1999). Desde este modelo, se sostiene que la Inteligencia Emocional está formada única y exclusivamente por habilidades, descartando posibles rasgos de personalidad que son difícilmente modificables, concepción que resulta más coherente con el propósito de este trabajo. Es decir, nuestra propuesta solo tiene sentido si se da bajo la perspectiva de unas competencias que no son estables, sino que se pueden mejorar con el entrenamiento adecuado, por lo que los modelos mixtos quedan descartados. Además, cuanto más delimitado se encuentra un constructo, más fácil es poder determinar si los cambios que se observan son producto de una intervención o no. De esta manera, utilizando el modelo de las cuatro ramas, el éxito o fracaso de nuestra intervención podrá ser más fácilmente atribuible a esta y no a otras posibles variables.

Cabe decir que, desde la aparición del concepto de Inteligencia Emocional y el auge en la investigación en este campo, muchos han sido los intentos por desarrollar estas capacidades. No obstante, la propuesta que presentaremos a continuación trata de cubrir algunas carencias que se han encontrado al respecto. En primer lugar, como señala Clarke (2006) la mayoría de trabajos que se han hecho hasta ahora para desarrollar la Inteligencia Emocional, no han aportado evidencias empíricas que demuestren su validez. Además, los pocos que sí lo han hecho, se han basado en modelos de IE mixtos, y no en modelos científicamente contrastados como el de Salovey y Mayer. Por otra parte, y respecto a los ámbitos en los que se han aplicado estos programas, una gran cantidad han sido implementados en el campo de la educación. En el ámbito de las organizaciones, la mayoría de propuestas se han presentado bajo la forma de programas o cursos de formación, en ocasiones con un carácter notoriamente teórico, y no de intervenciones en el sentido científico. De este modo, se hace difícil determinar si ha habido o no un cambio significativo en los sujetos y, por tanto, si el programa ha sido o no eficaz. Por último, y en el mejor de los casos, se ha visto que los sujetos que reciben estos cursos de formación encuentran dificultades para aplicar los contenidos aprendidos a la realidad de su puesto de trabajo, de manera que el cambio comportamental se hace más difícil (Bresó y Salanova, 2010). Por tanto, nos encontramos ante una serie de necesidades que, hasta la fecha, los programas de desarrollo de la Inteligencia Emocional no han sabido resolver. Nuestra propuesta pretende subsanar estas carencias, afrontando como un reto específico la transferencia de los conocimientos aprendidos al puesto de trabajo concreto de cada sujeto, puesto que este aspecto va a ser clave en la eficacia de cualquier intervención.

En última instancia, la aplicación de programas que tengan como objetivo potenciar la Inteligencia Emocional de los empleados de cualquier organización, se vuelve cada día más necesaria, pues son muchos los estudios que relacionan este constructo con determinadas variables que pueden resultar deseables en una empresa. De hecho, la investigación ha puesto de manifiesto que las personas con mayor IE alcanzan un mayor éxito profesional (Weisinger, 1998), sienten menos inseguridad en el trabajo (Jordan *et al.*, 2002), sufren menos *burnout* (Extremera, Durán y Rey, 2007; Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003), son más eficaces trabajando en equipo (George, 1995), tienen una mayor capacidad para desarrollar un liderazgo efectivo (Bar-On, Handley y Found, 2006), y presentan un mejor desempeño en forma de puestos más elevados, más méritos y una mejor evaluación por parte de sus compañeros y supervisores (Lopes, Grewal, Kadis, Gall y Salovey, 2006). Asimismo, los directivos o ejecutivos superiores con más Inteligencia Emocional obtienen un mayor rendimiento (Watkin, 2000), además de mostrar una mejor orientación al cambio y un mayor compromiso con su organización (Carmeli, 2003; Vakola *et al.*, 2004). Y no solo eso, sino que parece que la IE de los líderes de una organización está relacionada positivamente con la satisfacción laboral y la conducta extra-rol de sus subordinados (Wong y Law, 2002).

Por todo ello, nuestra propuesta irá dirigida a desarrollar la Inteligencia Emocional de los líderes de la empresa, puesto que con ello prevemos un cambio también en sus subordinados. En última instancia, lo que se pretende es aumentar la percepción de calidad del servicio por parte de los usuarios. Bajo el respaldo de un modelo teórico debidamente contrastado y teniendo en cuenta las carencias que han mostrado trabajos similares, presentamos un nuevo modo de desarrollar la Inteligencia Emocional de los líderes en las organizaciones cuya necesidad se hace urgente.

## Método

En cuanto al método que hemos utilizado para diseñar nuestra intervención, principalmente se ha basado en una revisión de la literatura al respecto. Como ya hemos señalado, han sido escasos los programas de desarrollo de la Inteligencia Emocional en organizaciones que se han hecho desde la perspectiva del modelo de las cuatro ramas, y más aún aquellos que han introducido una metodología experimental en su diseño, por lo que en este sentido no hemos tenido oportunidad de apoyarnos en trabajos anteriores.

Sin embargo, sí que se han publicado numerosas guías con ejercicios para desarrollar la IE bajo el modelo de las cuatro ramas (Caruso y Salovey, 2004; Fernández y Ramos, 2004; Brackett, Caruso, Stern y Holzer, 2010), y son precisamente estos manuales los que hemos utilizado como base para seleccionar los contenidos de nuestra intervención. No obstante, algunos de estos materiales están dirigidos a la promoción de la Inteligencia Emocional en otros ámbitos distintos a las organizaciones, como puede ser la educación, por lo que hemos adaptado la idea original a los sujetos con los que íbamos a trabajar, en este caso directivos de una empresa.

Esta última idea ha sido clave en la confección de la intervención, puesto que los contenidos debían ser fácilmente entendibles por parte de los sujetos, y ello nos llevaba a trasladar cada actividad a las características y particularidades específicas del trabajo que desempeñaban. Únicamente de este modo podíamos conseguir que hubiera una mayor facilidad para transferir los conocimientos que estos aprendían a su contexto laboral particular. En la medida en que los sujetos se sientan más identificados con dichos contenidos, encontrarán menos dificultades para aplicarlos a la práctica diaria.

Cabe decir que, aunque algunas actividades han sido extraídas de trabajos anteriores, seleccionadas en función de su utilidad y posteriormente adaptadas a la realidad laboral de los sujetos a los que se dirige la intervención, una gran parte han sido generadas por los investigadores que componen nuestro equipo. En este segundo caso, se partía de la definición de Salovey y Mayer sobre la habilidad que se deseaba trabajar con el ejercicio en cuestión, para así poder crear un nuevo modo de potenciar esta destreza.

Por último, debemos señalar que las actividades fueron seleccionadas o ideadas basándose en criterios prácticos. Es decir, era necesario que la propia actividad sirviera a los sujetos como entrenamiento o práctica en la habilidad que nos interesara en ese momento, de manera que quedaban descartados aquellos ejercicios que tuvieran un carácter eminentemente teórico. Nuestra última intención era convertir las sesiones en un espacio para el desarrollo de cada una de las habilidades que componen la Inteligencia Emocional, a través de la vivencia en primera persona y del continuo *feedback* por parte de los investigadores.

## Resultados

En este apartado haremos referencia al resultado final de nuestro trabajo de diseño. Comentaremos aquellos aspectos relativos a la intervención, como el diseño de investigación que hemos seguido, la organización de las sesiones, los contenidos, etc.

En primer lugar, el diseño de investigación que se seguirá es un diseño A-B-A, en el que se realiza una primera evaluación con la finalidad de observar cuál es el estado basal de los sujetos en la variable de interés, seguida de la correspondiente intervención, y por último una segunda evaluación para poder determinar si ha habido o no cambios en la variable en cuestión en comparación con el estado inicial. En última instancia, este tipo de diseño nos va a permitir aportar datos objetivos que demuestren que nuestra intervención ha tenido éxito o, por el contrario, que los resultados no son los esperados y esta necesita someterse a revisión.

En las fases de evaluación, se llevarán a cabo mediciones de distintas variables en diferentes niveles de la organización. Así, a los líderes o responsables de dicha organización se les evaluará la Inteligencia Emocional mediante la adaptación al castellano del cuestionario de Salovey y Mayer, el MSCEIT (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009). Además, se evaluará su bienestar (*burnout* y *engagement*) a través de la versión en castellano del Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS; Seisdedos, 1997) y de la Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Schaufeli y Bakker, 2003), disponible en varios idiomas en la web [www.schaufeli.com](http://www.schaufeli.com). Por último, tendrán que contestar una escala de competencia percibida, extraída de la tercera dimensión del MBI-GS (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Sin embargo, la evaluación no se realizará únicamente con los sujetos sobre los que se lleve a cabo la intervención. Para comprobar, como bien hemos apuntado ya en la introducción de este artículo, qué efecto tiene un líder emocionalmente inteligente en el bienestar de sus subordinados, se realizará una evaluación, pre y post tratamiento, de ciertas variables. En este sentido, se administrarán a dichos sujetos las mismas escalas de *burnout* y *engagement* que a sus superiores (MBI-HSS y UWES), además de la escala de competencia percibida. En última instancia, dado que un mayor bienestar psicosocial del trabajador supone un aumento de su rendimiento y ejecución (Bakker y Bal, 2010; Cotton y Hart, 2003), esto debería verse reflejado en una mayor calidad de la atención que los clientes reciben. Por este motivo, se les administrará a los clientes un cuestionario de satisfacción con el servicio, que pueda aportar información sobre ello.

En cuanto a la fase de intervención de nuestro diseño, cabe destacar algunos aspectos importantes respecto a su organización, sesiones y contenidos. En primer lugar, nuestra inter-

vención se basa en el modelo de las cuatro ramas presentado en la introducción de este artículo. Por ello, las sesiones que compondrán nuestra intervención se han ideado de manera que se trabajen contenidos relativos a cada una de las ramas o habilidades que aparecen en dicho modelo y que, en definitiva, conforman la Inteligencia Emocional. Además, el orden de las sesiones se ha determinado siguiendo la estructura jerárquica entre estas cuatro ramas, empezando por las habilidades más básicas y terminando por las de mayor complejidad.

Así, se han ideado finalmente seis sesiones de dos horas y media de duración cada una y contenidos prácticos. En las dos primeras sesiones se entrenará la habilidad de Percepción Emocional, en la tercera sesión se trabajará la Facilitación Emocional, a la cuarta sesión le corresponderá la Comprensión Emocional, y en la quinta sesión se enseñarán contenidos relativos a la Gestión Emocional. Entre esta y la última sesión, se comprobará *in vivo* si los participantes están aplicando a su trabajo diario lo que han aprendido. Para ello, se realizarán evaluaciones por parte de «clientes misteriosos», que acudirán a la empresa e interactuarán con los sujetos que están recibiendo la intervención como si se tratara de una interacción cualquiera entre profesional y cliente. Tras la interacción, estos «clientes misteriosos» rellenarán un formulario que nosotros mismos hemos construido y que contiene una serie de preguntas relativas a la conducta extra-rol del sujeto y algunos aspectos importantes de la interacción que se han entrenado durante las sesiones de intervención. Finalmente, estas evaluaciones se expondrán y comentarán durante la última de las sesiones, de manera que los participantes reciban *feedback* sobre su ejecución y puedan hacer hincapié en aquellos aspectos que necesiten mejorar una vez terminada la intervención.

Es importante señalar que todas las sesiones están diseñadas para seguir una misma estructura. En este sentido, cada sesión se abrirá con un repaso de los contenidos que se trabajaron en la sesión anterior, una revisión de las tareas para casa, y una puesta en común de las estrategias que están llevando a cabo los sujetos en su trabajo para aplicar aquello que han aprendido hasta el momento. A continuación, se dará paso a las actividades que correspondan a esa sesión concreta, dirigidas todas ellas a entrenar una habilidad específica de la Inteligencia Emocional. Las sesiones finalizan con un debate sobre cómo pueden los participantes trasladar lo que han aprendido durante la sesión a su puesto de trabajo. La intención es crear un espacio explícito donde se concreten posibles estrategias que pueden llevar a cabo tanto de manera individual como con sus compañeros, y se comprometan a aplicar algunas de ellas. Con ello se pretende cubrir la necesidad de transferencia que hemos señalado en la introducción y que tanta importancia tendrá en el éxito de nuestra intervención.

En cuanto al espacio entre sesiones, creemos necesario un mínimo de una semana entre cada una de ellas. Dado que el propósito de nuestro trabajo se acerca más a una intervención que a un curso de formación, no sería lógico aglutinar todas las sesiones en un espacio corto de tiempo. Para que aparezcan cambios a largo plazo en la conducta de los sujetos, la intervención tiene que alargarse en el tiempo, de manera que se vayan asimilando conceptos, integrando conductas en el repertorio del sujeto y creando hábitos. Es por todo ello por lo que las sesiones se verán separadas entre ellas por un espacio de tiempo de una semana, por motivos de disponibilidad de los sujetos y preferencias de la empresa, abarcando la intervención una duración total de 6 semanas.

## Conclusiones

El objetivo del presente artículo ha sido describir el diseño de una intervención basada en el modelo «de las cuatro ramas de la Inteligencia Emocional» propuesto por J. Mayer y P. Salovey en 1997. En este sentido, las novedades que presenta la propuesta que aquí hemos

expuesto respecto a anteriores trabajos, son evidentes. En primer lugar, pocos proyectos de este calibre se han hecho bajo la seguridad que otorga el basarse en un modelo científico empíricamente avalado. El modelo de Salovey y Mayer es el único que ha podido demostrar ser un modelo de inteligencia, en el sentido científico (Mayer, Caruso y Salovey, 1999). Y esto es muy importante, dado que trabajar con personas se merece seriedad, y ello solo se consigue con un gran rigor metodológico y una base científica sólida.

En segundo lugar, nuestra intervención cubre una carencia que se ha detectado en la mayoría de propuestas anteriores, y es la transferencia del conocimiento de la teoría a la práctica. Así, hemos hecho mucho hincapié en evitar los contenidos de carácter teórico y diseñar nuestra intervención sobre la base de actividades aplicadas, prácticas y que permitieran el entrenamiento de cada una de las habilidades que componen la Inteligencia Emocional durante las propias sesiones. Además, el hecho de que las sesiones sigan el orden jerárquico que se establece en el modelo de las «cuatro ramas de la Inteligencia Emocional», permite un aumento progresivo de la complejidad de los contenidos, lo que, sin duda servirá como motivador y favorecerá el seguimiento e implicación de los participantes.

En tercer lugar, el espacio entre sesiones que, como ya hemos señalado, promueve la generación de cambios a largo plazo más que a corto plazo. Los cursos de formación sobre Inteligencia Emocional que, desde hace algunos años, se vienen programando en las organizaciones, no permiten la generación de cambios a largo plazo, puesto que la información se condensa generalmente en un corto espacio de tiempo, de manera que no se deja tiempo a las personas para asimilarla, integrarla y ponerla en práctica. A este respecto, nuestra intervención va más allá que un curso de formación.

En último lugar, y no por ello menos importante, la estructura de las sesiones es también un aspecto novedoso, puesto que se le otorga un espacio propio a la reflexión sobre las estrategias que van a implementar en su lugar de trabajo para practicar lo que se ha aprendido en cada sesión. Además, con la intención de controlar si realmente se están o no llevando a cabo estas estrategias, las sesiones se inician precisamente con una revisión de las conductas concretas que han trasladado a su lugar de trabajo y de las herramientas de percepción y gestión emocional que han llevado a la práctica.

Con respecto a las limitaciones del presente trabajo, sin duda la disponibilidad de tiempo para aplicar programas de intervención en organizaciones se convierte en un factor limitante. No podemos olvidar que esta intervención será aplicada a un grupo de responsables y jefes de secciones que representan la práctica totalidad de la organización intervenida y esto dificulta la disponibilidad del personal. Además, el hecho de espaciar en el tiempo la intervención complica aún más el proceso ya que la organización, tal y como se ha comentado en este trabajo, se dedica a la venta de productos al pormenor y la disponibilidad de los trabajadores y trabajadoras para realizar cursos de formación en este sector empresarial está limitada por la estacionalidad de las ventas que obliga a no poder «despegarse» del puesto de trabajo en algunas temporadas del año (campañas de navidad, verano, etc.). Para futuros estudios se recomienda planificar intervenciones más dilatadas en el tiempo para favorecer el efecto de la misma. Además, otra limitación está relacionada con el tamaño de la muestra ya que, haber contado con tan solo con 20 empleados puede resultar insuficiente para validar una intervención de esta magnitud.

Tras los resultados obtenidos mediante la aplicación de esta intervención, se espera contrastar empíricamente el efecto que esta metodología de intervención tiene para desarrollar las habilidades vinculadas a la Inteligencia Emocional en el trabajo. Es decir, en líneas futuras, nuestra intención es aplicar la intervención que aquí hemos descrito en distintas organizaciones, además de la que hemos señalado, con el objetivo de comprobar su eficacia y someterla a las modificaciones pertinentes.

Futuros trabajos en este campo deberían ir encaminados a crear métodos de desarrollo de la Inteligencia Emocional debidamente fundamentados y validados en distintos ámbitos como lo puedan ser el educativo, el sanitario, e incluso el clínico. Pero, sobre todo es importante demostrar el éxito de estas intervenciones a través de indicadores objetivos que permitan a otros investigadores replicar los resultados. Solo así podremos contribuir a aumentar nuestro conocimiento sobre este ámbito tan apasionante y novedoso que es la Inteligencia Emocional.

### *Nota final*

Durante mucho tiempo, los programas de formación se han convertido casi exclusivamente en el único método de intervención en las organizaciones. No obstante, la efectividad y rentabilidad de estas acciones, en ocasiones, es como mínimo, cuestionable. En el presente artículo ha presentado una propuesta de intervención distinta que, desde nuestro punto de vista mejora de modo evidente algunas de las principales debilidades de los programas tradicionales de formación en un ámbito concreto como es el de la Inteligencia Emocional.

### **Referencias bibliográficas**

- Bakker, A. B. & Bal, P. M. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 189-206.
- Bar-On, R., Handley, R. & Found, S. (2006). The impact of emotional intelligence on performance. En Druskat, V., Mount, G. & Sala, F. (eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: current research evidence with individuals and groups*. New York: Erlbaum.
- Brackett, M. A., Caruso, D. R., Stern, R. & Holzer, A. (2010). *The ruler approach to social an emotional learning: emotional literacy for educators*. New York: Emotionally Literate Schools.
- Brackett, M. A. & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (9), 147-158.
- Bresó, E. & Salanova, M. (2010). Organizaciones emocionalmente inteligentes como antídoto a los riesgos psicosociales. *Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 67, 12-17.
- Carmeli, A. (2003). The relationship between emotional intelligence and work attitudes, behavior and outcomes: an examination among senior managers. *Journal of Managerial Psychology*, 18, 788-813.
- Caruso, D. R. & Salovey, P. (2004). *The emotionally intelligent manager: how to develop and use the four key emotional skills of leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Ciarrochi, K., Chan, A. Y. C. & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
- Clarke, N. (2006). Emotional Intelligence Training: A Case of Caveat Emptor. *Human Resource Development Review*, 5, 422-442.
- Cotton, P. & Hart, P. M. (2003). Occupational well-being and performance: a review of organizational health research. *Australian Psychologist*, 38, 118-127.
- Davies, M., Stankov, L. & Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.

- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2009). *MSCEIT: Test de inteligencia emocional Mayer-Salovey-Caruso: Manual*. Madrid: TEA.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. & Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 260-265.
- Extremera, N., Durán, A. & Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Fernández, P. & Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 19 (3), 63-93.
- Fernández, P. & Ramos, N. (2004). *Desarrolla tu Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind*. New York: Basic Books.
- George, J. M. (1995). Leader positive mood and group performance: the case of customer service. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 778-794.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Jordan, P., Ashkanasy, N. & Hartel, C. (2002). Emotional intelligence as a moderator of emotional and behavioral reactions to job insecurity. *Academy of Management Review*, 27, 361-371.
- Law, K. S., Wong, C. S. & Song, L. J. (2004). The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of Applied Psychology*, 89 (3), 483-496.
- Lopes, P. N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M. & Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, 18, 132-138.
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory GS manual*. (3.<sup>a</sup> ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mayer, J. D., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey & D. J. Sluyter (eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence*. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R. Sternberg (ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396-420). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Prati, L., Douglas, C., Ferris, G., Ammeter, A. & Buckley, M. (2003). Emotional intelligence, leadership effectiveness and team outcomes. *The International Journal of Organizational Analysis*, 11, 21-40.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2003). *The Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Test manual*. Utrecht, The Netherlands: Department of Social & Organizational Psychology.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: Manual*. Madrid: TEA.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Vakola, M.; Tsaousis, I. & Nikolaou, I. (2004). The role of emotional intelligence and personality variables on attitudes toward organizational change. *Journal of Managerial Psychology*, 19, 88-110.
- Watkin, C. (2000). Developing emotional intelligence. *International Journal of Selection and Assessment*, 8, 89-92.
- Weisinger, H. (1998). *Emotional Intelligence at Work*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wong, C. S. & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13, 243-274.



## ¿Todos los profesores de la Universitat Jaume I son iguales?

### Estudio comparativo del bienestar laboral dependiendo de la relación contractual

JONATHAN PEÑALVER GONZÁLEZ  
al119309@uji.es

IOANA BOSOROGAN  
al117170@uji.es

EDGAR BRESÓ ESTEVE  
breso@uji.es

#### Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar el puesto de trabajo del profesor universitario de la Universitat Jaume I, para observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes estructuras jerárquicas, además de permitirnos realizar un diagnóstico y una intervención adecuadas. Para el presente estudio se utilizó una muestra compuesta por 45 profesores universitarios (21 mujeres y 24 hombres) con diferentes cargos laborales (P. Titular de Universidad, P. Contratado Doctor, P. Titular de Escuela Universitaria, PIC, Ayudante Tipo I y II, Ayudante y P. Asociado laboral). La edad de los sujetos está comprendida entre 29 y 59 años, siendo el grupo más numeroso el de edades comprendidas entre los 40 y los 50 años ( $n = 26$ ). Mediante el programa SPSS Statistic se realizaron análisis descriptivos y de fiabilidad, así como análisis de correlaciones entre las distintas variables del JDS (Job Diagnostic Survey) y pruebas t para observar las diferencias estadísticamente significativas entre los distintos cargos laborales. Los resultados obtenidos mostraron una adecuada consistencia interna de las distintas dimensiones de los instrumentos JDS, MBI-GS y UWES y diferencias significativas entre los distintos cargos laborales de profesor ocupados en la Universitat Jaume I.

**Palabras clave:** calidad de la vida laboral, *burnout*, *engagement*, profesor universitario, cargo laboral.

#### Abstract

The objective of this research is to analyze the job of university professor at the University Jaume I, to see if there were significant differences between different hierarchical structures, as well as allowing a diagnosis and appropriate intervention. For the present

study a sample composed of 45 professors was used (21 women and 24 men) with different job titles (University P. Holder, P. Contracted Doctor, P. Holder School, PIC, Assistant Type I and II, Assistant and Associate P. labor). The age of the subjects is between 29 and 59, being the largest group aged between 40 and 50 years ( $n = 26$ ). Using SPSS Statistic and descriptive analyzes were performed reliability and correlation analysis between different variables and t tests JDS to observe statistically significant differences between different job titles. The results showed adequate internal consistency of the different dimensions of the instruments JDS, MBI-GS and UWES, and significant differences between the different job titles busy professor at the University Jaume I.

**Keywords:** Quality of work life, burnout, engagement, university teacher, job title.

## Introducción

Cuando uno comienza en la universidad puede observar que no todos los profesores tienen las mismas demandas y recursos en su trabajo, lo cual indica que existen muchos perfiles de profesores. Tras una reflexión esto hace pensar qué hay detrás de ello, es decir, factores de personalidad entre otras muchas variables. Pero lo que más llamó la atención son las relaciones contractuales y como estas determinan los factores laborales y que al final producen un efecto en el rendimiento del empleado.

El presente trabajo intenta poner de manifiesto la relación que existe en esos factores laborales, que hemos determinado como bienestar laboral y el cargo que el profesor ocupa dentro de la universidad. Al evaluar el bienestar laboral hemos optado por evaluar además de variables relacionadas con la calidad del puesto, el *burnout* y el *engagement*.

Las primeras características organizacionales en ser estudiadas fueron físicas, y durante años se llevaron a cabo experimentos para medir los efectos de los descansos, la temperatura, la iluminación en la satisfacción del trabajador, etc. Desde entonces se tomaron en consideración como importantes otras variables hasta llegar al Modelo de las Características del Puesto (MCP) de Hackman y Oldham (1974, 1980). El MCP engloba los factores de la Teoría Bifactorial de Herzberg, con la Teoría de las Expectativas de Vroom y la Teoría Motivacional de Maslow, considerando así que las características del puesto inciden sobre los estados psicológicos de los trabajadores, que a su vez incide sobre los resultados de estos trabajadores (Fuentes, Munduate y Fortea, 1996). Los autores desarrollan un instrumento, el Job Diagnostic Survey (JDS), que establece que: la Motivación y Satisfacción del trabajador depende de que perciba que su puesto es significativo, se sienta responsable sobre su trabajo, y conozca la calidad de su ejecución. Estas tres vivencias dependen cada una de ellas, de determinada característica del puesto (véase figura 1). Para que se desencadene este proceso, es además necesario que el trabajador presente suficiente necesidad de autorrealización, y que esté suficientemente satisfecho con los aspectos contextuales (paga, supervisión, compañeros, etc.).



\*tomado de Fuertes et. al., 1996

Figura 1. Esquema para el diagnóstico con el JDS

Las características del puesto y la interacción en el trabajo tienen el potencial de dañar la salud psicosocial del trabajador, hasta producirle consecuencias severas a diferentes niveles. Un ejemplo de ello es el burnout, un tipo específico de estrés laboral o «síndrome de estar quemado» que fue acuñado para describir uno de los daños laborales de carácter psicosocial que más influye en el desempeño del trabajo. Se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización/cinismo y reducida realización profesional que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera, aunque los últimos datos han demostrado que puede incidir en cualquier persona sin importar la profesión (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000). Las consecuencias de sufrir burnout aparecen en tres planos: el individual (depresión, fatiga crónica, dolencias psicosomáticas, etc.), en el laboral (falta de compromiso, intención de dejar el trabajo, etc.) y en la organización (absentismo, bajo rendimiento, etc.) (Bresó, Salanova, Schaufeli y Nogareda, 2007).

El estudio de los factores dañinos llevó a preguntarse sobre la existencia de un estado positivo, el engagement. El término engagement se define como un «estado mental positivo y persistente frente al trabajo, caracterizado por Vigor, Dedicación y Absorción un estado afectivo-cognitivo más persistente que no está focalizado en un objeto, evento o situación en particular.» (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Los trabajadores engaged tienen una fuerte vinculación psicológica con su trabajo y con la organización donde lo desarrollan y su rendimiento excede de lo que habitualmente se les exige (Blanch y Cantera, 2009).

Aunque el burnout y el engagement son teóricamente opuestos, además de que dos de sus dimensiones también lo son (Agotamiento emocional vs. Vigor y Cinismo vs. Dedicación), se asume que no sufrir burnout no implica estar «engaged» y viceversa. Esto lleva a pensar que no son dos extremos del mismo constructo sino dos constructos distintos.

Las causas y consecuencias para explicar tanto el proceso de burnout como el de engagement quedan plasmadas en el Modelo de Demandas y Recursos (Schaufeli y Bakker, 2004). Cuando las demandas sobrepasan a los recursos aparece el burnout, mientras que cuando los recursos hacen frente o superan a las demandas aparece el engagement. En este modelo se refleja la necesidad de aumentar los recursos laborales de los trabajadores, como la autonomía laboral, el apoyo social, *feedback*, oportunidades para aprender y desarrollarse, la variedad de tareas, la responsabilidad, y la justicia organizacional, para aumentar el engagement,

y evitar el burnout y la enfermedad. Las consecuencias del engagement son la actitud positiva hacia el trabajo y hacia la organización (reflejada en satisfacción laboral, compromiso organizacional y baja intención de abandonar el trabajo), alta motivación para aprender cosas nuevas y asumir nuevos retos en el trabajo, conductas de iniciativa personal, desempeño exitoso en la tareas, una mayor calidad del servicio a los clientes y un aumento de la salud de los empleados, siendo uno de los indicadores de esta la disminución de quejas psicosomáticas. Otra importante consecuencia es la extrapolación de emociones positivas de la vida familiar y laboral (Salanova y cols., 2000).

## Modelo de Demandas y Recursos

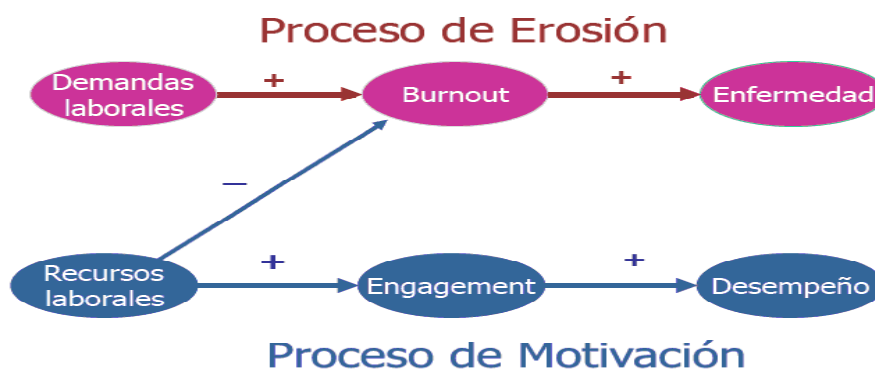


Figura 2. Esquema del Modelo de Demandas y Recursos (Schaufeli y Bakker, 2004)

Los estudios que relacionan burnout con teorías motivacionales, usando JDS como instrumento de medida, son escasos. A pesar de esto, destacan investigaciones como el estudio nacional neozelandés que relaciona burnout con satisfacción laboral en psiquiatras (Kumar, Fischer, Robinson, Hatcher y Bhagat, 2007), pero sin llegar a tener datos concluyentes de porqué en presencia de altos niveles de burnout también hay altos niveles de satisfacción laboral. También está el estudio de Boada, de Diego y Agulló (2004) que asegura que variables del Modelo de las Características del Puesto son preventivas y predictivas de las dimensiones del burnout.

Basándonos en los planteamientos anteriores, el objetivo de la presente investigación consiste en analizar el puesto de trabajo del profesor universitario mediante diferentes instrumentos (JDS, MBI-GS y UWES). El análisis nos permitirá diagnosticar las necesidades de rediseñar el puesto de trabajo, además de realizar una intervención.

De este objetivo se derivan las siguientes hipótesis de investigación:

- *Hipótesis 1 (H1)*: Existencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida laboral, burnout y engagement dependiendo del tipo de relación laboral (i. e., profesorado a tiempo completo y profesorado a tiempo parcial)
- *Hipótesis 2 (H2)*: Existencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida laboral, burnout y engagement en el profesorado a tiempo completo, dependiendo del tipo de posición jerárquica que ocupe dentro del departa-

mento (i. e., profesorado titular universitario, profesorado contratado doctor, ayudante doctor/PIC/ayudante).

## Método

### Descripción de la muestra

La muestra está compuesta por 45 profesores de la Universitat Jaume I de Castellón de la Plana (España), con un rango de edad comprendido entre 29 y 59 años (M: 42,6; DT: 6,9), de los cuales 21 son mujeres (46,7 %) y 24 son hombres (53,3 %).

Los sujetos son profesores que ocupan diferentes cargos dentro de la Universidad: P. Titular de Universidad, P. Contratado Doctor, P. Titular de Escuela Universitaria, PIC / Ayudante Tipo I y II, Ayudante y P. Asociado laboral.

El tipo de jornada laboral se diferenció en completa (25 sujetos) y parcial (20 sujetos). Véase tabla 1 para más detalle.

Tabla 1  
Características y distribución de la muestra (N = 45)

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo		
Hombre	24	53,3
Mujer	21	46,7
Edad	14	31,1
29-39	26	57,8
40-50	5	11,1
51-61	11	24,4
Cargo de profesor	6	13,3
P. Titular de Universidad	2	4,4
P. Contratado Doctor	4	8,9
Titular de Escuela Universitaria	2	4,4
PIC / Ayudante Tipo I y II	20	44,4
Ayudante	17	37,8
P. Asociado laboral	11	24,4
Facultad	9	20
Ciencias de la salud	8	17,8
Ciencias Jurídicas y Económicas	25	55,6
Ciencias Humanas y Sociales	20	44,4
Escuela de ingeniería y tecnología		
Jornada		
Completa		
Parcial		

## Procedimiento

Los cuestionarios se administraron en papel a los profesores universitarios durante el segundo semestre. Los sujetos se seleccionaron al azar, teniendo en cuenta que las variables estuvieran equilibradas para poder realizar los contrastes estadísticos.

Las instrucciones eran siempre las mismas, se estaba realizando un trabajo para la asignatura Psicología de las Organizaciones, que tenía como objetivo analizar la Universitat Jaume I a través del profesorado y, por tanto, era necesaria la colaboración de los profesores. Debía rellenarse completamente, de forma anónima y el tiempo medio para cumplimentarse fue de 25 minutos aproximadamente.

## Instrumentos de medida

El *Job Diagnostic Survey (JDS)* es un cuestionario desarrollado por Hackman y Oldham en la Universidad de Yale en 1974, con la función de diagnosticar lugares de trabajo, y determinar el modo en que el rediseño de dicho trabajo mejora la satisfacción y la productividad del empleado, además de evaluar como el cambio afecta a los empleados. La versión española que fue usada en este estudio es una adaptación de Fuertes, Munduate y Fortea (1996).

Existen tres formas de JDS: A, B y C. La forma A se administra al ocupante del puesto, la forma B se administra a terceras personas como un técnico, compañero o supervisor; y la forma C es como la A, utilizada para un test-retest con el fin de evaluar la intervención. El cuestionario está compuesto por 97 ítems divididos en ocho secciones. Las primeras siete secciones usan escalas de respuesta tipo Likert de 5 y 7 puntos, mientras que en la sección ocho se pide información objetiva sobre el trabajador y la organización. Según el marco teórico hay cuatro grandes dimensiones: *Características del puesto* (crean condiciones objetivas que derivan del diseño del trabajo), *Estados psicológicos* (condiciones subjetivas que permiten la motivación intrínseca), *Resultados personales y organizacionales* (reacciones emocionales y satisfacción específica) e *Intensidad de la necesidad de autorrealización* (fuerza de la necesidad de autorrealizarse).

El *Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)* es una versión del inventario de *burnout* desarrollado por Maslach en 1991 que tiene como objetivo el público en general. El MBI-GS fue desarrollado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), mientras que la versión en español utilizada en este estudio fue adaptada por Salanova y cols. (2000).

Tiene 15 ítems y un formato de respuesta tipo Likert con 6 opciones que van desde «nunca» a «siempre/todos los días». Cuenta con 3 dimensiones: *Agotamiento* (5 ítems), *Cinismo* (4 ítems) y *Eficacia profesional* (6 ítems).

El *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* es un autoinforme desarrollado en 1999 por Schaufeli & Bakker para medir el engagement. La versión en español utilizada en este estudio fue adaptada por Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000).

Se compone de 17 ítems, los cuales factorizan en tres dimensiones: *Vigor* (6 ítems), *Dedicación* (5 ítems) y *Absorción* (6 ítems). Cuenta con un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos que van desde «nunca» a «siempre/todos los días».

### *Análisis estadísticos*

Se realizaron los siguientes análisis estadísticos mediante el programa SPSS (19.0):

- a) Análisis de estadísticos descriptivos de la muestra (medias y desviaciones típicas) para cada dimensión de los instrumentos JDS, MBI-GS y UWES.
- b) Cálculo del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para cada dimensión y subdimensión de los instrumentos JDS, MBI-GS y UWES.
- c) Cálculo de correlaciones entre las variables del JDS.
- d) Prueba t para muestras independientes para comparar las puntuaciones en los diferentes instrumentos entre el profesorado a tiempo completo y el profesorado a tiempo parcial (H1).
- e) Prueba t para muestras independientes para comparar las puntuaciones en los diferentes instrumentos entre el profesorado titular universitario, profesorado contratado doctor y ayudante doctor/PIC/ayudante (H2).

## **Resultados**

### *Análisis preliminares: descriptivos y fiabilidad*

Se calcularon los estadísticos descriptivos para todos los factores de los tres instrumentos de medida, pudiéndose observar que todas las medias del JDS oscilan entre el 3,2 y 5,9; las del MBI-GS oscilan entre 1,39 y 4,63; y por último las del UWES oscilan entre 4,11 y 4,59. Véase la tabla 2 para más detalles.

Los análisis de fiabilidad de las dimensiones de cada uno de los instrumentos arrojan coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach superiores a .70, salvo en los factores VDD, ITT y CR del instrumento JDS que se encuentran entre .322 y .601. Para dos factores del JDS, PMP y INATOT no se ha calculado su fiabilidad debido a que dependen de variables «resumen» de otros factores. Nunally (1978), propone un valor mínimo para los coeficientes de consistencia interna de .70, mientras que para Guilford (1954) una fiabilidad de solo .50 es suficiente para investigaciones de carácter básico. Por otro lado Pfeiffer, Heslin y Jones (1976) indican que .85 es suficiente si se van a tomar decisiones sobre sujetos concretos.

Tabla 2  
Estadísticos descriptivos del JDS, MBI y UWES (N = 45)

INSTRUMENTO/DIMENSIONES	N.º DE ÍTEMS	M	DT	α DE CRONBACH
JDS				
VDD ( <i>Variedad de destrezas</i> )	3	5,9	,75	.529
ITT ( <i>Identidad de las tareas</i> )	3	5,56	,97	.601
IMT ( <i>Importancia de las tareas</i> )	3	5,64	1,11	.786
AUT ( <i>Autonomía</i> )	3	5,69	,96	.766
RP ( <i>Retroalimentación del puesto</i> )	3	5,12	1,16	.760
PMP ( <i>Potencial motivacional del puesto</i> )	*	5,44	,81	.748
RS ( <i>Retroalimentación social</i> )	3	3,67	1,33	.670
CS ( <i>contacto social</i> )	3	5,39	1,15	.689
SPP ( <i>Significado percibido del puesto</i> )	4	5,75	,88	.617
RESP ( <i>Responsabilidad percibida del puesto</i> )	6	5,62	,77	.322
CR ( <i>Conocimiento de los resultados</i> )	4	4,77	,79	.770
SATG ( <i>Satisfacción general</i> )	5	5,64	,99	.754
MOTI ( <i>Motivación laboral interna</i> )	6	5,75	1,01	.923
SATPA ( <i>Satisfacción con la paga</i> )	2	3,2	1,79	.903
SATSE ( <i>Satisfacción con la seguridad del puesto</i> )	2	4,2	2,03	.643
SATSO ( <i>Satisfacción social</i> )	3	5,83	,95	.882
SATSU ( <i>Satisfacción con la supervisión</i> )	3	4,71	1,38	.859
SATAU ( <i>Satisfacción con la autorrealización</i> )	4	5,81	1,01	.765
INAA ( <i>Intensidad necesidad autorrealización A</i> )	6	5,94	,91	.743
INAB ( <i>Intensidad necesidad autorrealización B</i> )	12	4,26	,74	
INATOT ( <i>Autorrealización Global</i> )	**	5,12	,61	
MBI-GS				
Agotamiento	5	1,92	1,14	.851
Cinismo	4	1,39	1,33	.877
Eficacia profesional	6	4,63	,84	.854
UWES				
Vigor	6	4,23	,99	.877
Dedicación	5	4,59	1,08	.915
Absorción	6	4,11	1,04	.813

\*Se obtiene al realizar la siguiente fórmula matemática con los subfactores anteriores:

$$PMP = 3\sqrt{(VDD + ITT + IMT / 3) \times AUT \times RP}$$

\*\* Se obtiene al realizar una media aritmética entre los subfactores INAA y INAB

### Análisis realizados para comprobar la Hipótesis 1

Para observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de calidad de vida laboral (JDS), *burnout* (MBI-GS) y *engagement* (UWES) dependiendo del tipo de relación laboral (i. e., profesorado a tiempo completo y profesorado a tiempo parcial), se ha realizado una prueba t para medias independientes y asumiendo igualdad de varianzas con un nivel de significación de 0,05.

Debido a que la significación es menor que 0,05 en las variables *Variedad de destrezas* (VDD), *Satisfacción con la paga* (SATPA), *Satisfacción con la seguridad* (SATSE), *Intensidad de la necesidad de autorrealización A* (INAA), las cuales pertenecen al instrumento JDS, podemos concluir que la diferencia entre jornada a tiempo completo y jornada a tiempo parcial es significativa. Véase tabla 3 para más detalles.



Tabla 3  
 Estadísticos descriptivos y prueba t entre los factores de los instrumentos JDS, MBI-GS y UWES d  
 el profesorado a tiempo completo (N = 25) y del profesorado a tiempo parcial (N = 20)

INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	PROFESOR	M	DT	T	G.L.	SIG. (BILAT)	ERROR TÍPICO DIFERENCIA
JDS	VDD	Tiempo completo	6,27	,5	3,599	43	,001	,199
		Tiempo parcial	5,55	,83				
	SATPA	Tiempo completo	4,08	1,78	4,358	43	,000	,454
		Tiempo parcial	2,1	1,08				
	SATSE	Tiempo completo	5,22	1,86	4,529	43	,000	,507
		Tiempo parcial	2,93	1,44				
	INAA	Tiempo completo	6,19	,69	2,138	43	,038	,262
		Tiempo parcial	5,63	1,06				

### Análisis realizados para comprobar la Hipótesis 2

Para observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de calidad de vida laboral (JDS), burnout (MBI-GS) y engagement (UWES) dependiendo del tipo de relación laboral (i.e., profesorado a tiempo completo y profesorado a tiempo parcial), se ha realizado una prueba t para medias independientes y asumiendo igualdad de varianzas con un nivel de significación de 0,05. La manera de comprobar la hipótesis ha sido realizando tres pruebas t dos a dos: Profesorado titular universitario – Profesorado contratado doctor (tabla 4), Profesorado titular universitario – PIC/Ayudante doctor/Ayudante (tabla 5) y Profesorado contratado doctor – PIC/Ayudante doctor/Ayudante (tabla 6).

Entre el Profesorado titular universitario y el Profesorado contratado doctor debido a que la significación es menor que 0,05 en las variables *Variación de destrezas* (VDD), *Potencial Motivacional del Puesto* (PMP), *Intensidad de la Necesidad de Autorrealización A* (INAA) y *Intensidad de la Autorrealización Total* (INATOT) del instrumento JDS, *Agotamiento* del MBI-GS y *Dedicación* del UWES, podemos concluir que existe una diferencia significativa. Mientras que entre el Profesorado titular universitario y PIC/Ayudante doctor/Ayudante se encontró dicha diferencia significativa en las variables *Autonomía* (AUT), *Retroalimentación Social* (RS) y *Satisfacción con la Seguridad del Puesto* (SATSE) del JDS, y *Dedicación* del UWES. Por último, entre el Profesorado contratado doctor y el PIC/Ayudante doctor/Ayudante hubo diferencias significativas solo en la variable *Satisfacción con la Seguridad del Puesto* (SATSE) del JDS.

Tabla 4

*Estadísticos descriptivos y prueba t entre los factores de los instrumentos JDS, MBI-GS y UWES del Profesorado titular universitario (N = 11) y el Profesorado contratado doctor (N = 6)*

INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	PROFESOR	M	DT	T	G.L.	SIG. (BILAT)	ERROR TÍPICO DIFERENCIA
JDS	VDD	Titular universit	6,03	,53	-2,263	15	,039	,232
		Contrat doctor	6,56	,27				
	PMP	Titular universit	5,07	,93	-2,732	14	,016	,407
		Contrat doctor	6,18	,41				
	INAA	Titular universit	5,77	,78	-2,739	15	,015	,336
		Contrat doctor	6,69	,34				
	INATOT	Titular universit	4,97	,60	-2,407	15	,029	,277
		Contrat doctor	5,64	,41				
MBI-GS	Agotamiento	Titular universit	2,64	1,2	2,648	15	,018	,555
		Contrat doctor	1,17	,83				
UWES	Dedicación	Titular universit	4,04	1,31	-2,193	14	,046	,574
		Contrat doctor	5,3	,60				

Tabla 5

*Estadísticos descriptivos y prueba t entre los factores de los instrumentos JDS, MBI-GS y UWES del Profesorado titular universitario y el PIC/Ayudante doctor/Ayudante (N = 6)*

INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	PROFESOR	M	DT	T	G.L.	SIG. (BILAT)	ERROR TÍPICO DIFERENCIA
JDS	AUT	Titular universit	5,7	,86	2,395	10	,038	,510
		PIC/Ay doct/Ay	5,28	1,12				
	RS	Titular universit	3,61	1,6	-2,717	10	,022	,532
		PIC/Ay doct/Ay	4,83	,81				
	SATSE	Titular universit	5,86	1,19	4,663	10	,001	,715
		PIC/Ay doct/Ay	2,67	1,54				
UWES	Dedicación	Titular universit	4,04	1,31	2,314	10	,043	1,767
		PIC/Ay doct/Ay	4,4	0,74				

Tabla 6  
 Estadísticos descriptivos y prueba t entre los factores de los instrumentos JDS, MBI-GS y UWES del Profesorado contratado doctor y PIC/Ayudante doctor/Ayudante

INSTRUMENTO	FACTOR	PROFESOR	M	DT	T	G.L.	SIG. (BILAT)	ERROR TÍPICO DIFERENCIA
JDS	SATSE	Contrat doctor	6	,84	4,796	15	,00	,667
		PIC/Ay doct/Ay	2,67	1,54				

## Discusión y conclusiones

El objetivo del estudio era analizar los niveles de calidad de vida laboral, *burnout* y *engagement* del puesto de trabajo del profesor universitario mediante los instrumentos JDS, MBI-GS y UWES. Las escalas utilizadas mostraron una buena consistencia interna.

Al comparar los datos extraídos con los baremos de los instrumentos, se ha podido obtener un perfil del profesor universitario de la UJI. El instrumento JDS indica que existen problemas a la hora de conocer los resultados del propio trabajo, quizás por la falta de un buen programa de *feedback*, además de que hay una insatisfacción hacia su salario, seguridad del puesto y supervisión. La falta de satisfacción en general, según el Modelo de Características del Puesto, haría necesaria un rediseño de puestos. Mientras que el problema de la seguridad del empleo puede ser a causa del momento de recesión económica en que nos encontramos, ya que los recortes en educación hacen que muchos puestos de trabajo peligren. Por otro lado, los niveles en las dimensiones del *burnout* son medios, mientras que los del *engagement* son medio-altos y altos. Esto podría significar que son personas que están muy implicadas y que creen que su trabajo es importante, pero al mismo tiempo están sufriendo una situación continuada de excesiva demanda emocional (con poca reciprocidad). Es decir, que están en el proceso de quemarse, con lo cual debería empezar a considerarse hacer algún tipo de intervención por parte de la organización.

Respecto a la primera hipótesis (H1) que formula que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida laboral, *burnout* y *engagement* dependiendo del tipo de relación laboral (i. e., profesorado a tiempo completo y profesorado a tiempo parcial), hay que señalar que se cumple únicamente para las variables: *Variedad de destrezas* (VDD), *Satisfacción con la paga* (SATPA), *Satisfacción con la seguridad* (SATSE), *Intensidad de la necesidad de autorrealización A* (INAA) que pertenecen al instrumento JDS.

Se esperaba que un profesor a tiempo completo tuviera puntuaciones significativamente más altas que un profesor a tiempo parcial, debido a que este último tiene que dedicar sus limitados recursos entre la universidad y otro trabajo provocando la necesidad de un rediseño en su puesto. Así, los resultados obtenidos apoyan lo pronosticado, que los profesores a tiempo completo poseen mayores recursos y mejores condiciones laborales que los profesores a tiempo parcial.

Por tanto, a la vista de estos resultados se puede afirmar que los datos contrastan la hipótesis planteada.

Respecto a la segunda hipótesis (H2) que formula que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida laboral, *burnout* y *engagement* en el

profesorado a tiempo completo, dependiendo del tipo de cargo que ocupe dentro del departamento (i. e., profesorado titular universitario, profesorado contratado doctor, ayudante doctor/PIC/ayudante) los resultados indican que se cumple únicamente para las variables: *Variedad de destrezas* (VDD), *Potencial Motivacional del Puesto* (PMP), *Autonomía* (AUT), *Retroalimentación Social* (RS) y *Satisfacción con la Seguridad del Puesto* (SATSE), *Intensidad de la Necesidad de Autorrealización A* (INAA) y *Intensidad de la Autorrealización Total* (INATOT) del instrumento JDS; *Agotamiento* del MBI-GS y *Dedicación* del UWES. No se encontraron diferencias comunes en las variables entre los tres grupos.



Figura 3. Representación esquemática de las variables estadísticamente significativas entre los grupos de profesores (H2)

En contra de nuestras expectativas, los resultados obtenidos al comparar el P. Titular Universitario con P. Contratado Doctor, el segundo tiene mejores puntuaciones en: *Variedad de destrezas* (VDD), *Potencial Motivacional del Puesto* (PMP), *Intensidad de la Necesidad de Autorrealización A* (INAA) y *Intensidad de la Autorrealización Total* (INATOT) del instrumento JDS, *Agotamiento* del MBI-GS y *Dedicación* del UWES. No se esperaba encontrar estas diferencias estadísticamente significativas a favor del P. Contratado Doctor, porque se prevé que el puesto de titular universitario tenga unas condiciones y recursos más ventajosos.

Por otro lado, entre el P. Titular Universitario y PIC/Ayudante doctor/Ayudante se encontró que el primero puntúa significativamente más alto en *Autonomía* (AUT) y *Satisfacción con la Seguridad del Puesto* (SATSE), mientras que el segundo lo hace en *Retroalimentación Social* (RS) y *Dedicación*. Los datos a favor del grupo PIC/Ayudante doctor/Ayudante referente a la *Dedicación* van en contra de lo esperado, pues se piensa que un titular debido a la antigüedad en el puesto de trabajo se encuentre más implicado y entusiasmado, además de que va en contra con la relación que existe entre edad y *engagement*. En cambio, si que es esperable el resultado de la *Retroalimentación Social* (RS), ya que en la jerarquía laboral universitaria un PIC/Ayudante doctor/Ayudante se encuentra en la base, recibiendo así información de todos.

Por último, entre el P. Contratado Doctor y el PIC/Ayudante doctor/Ayudante se encontró diferencias significativas en la variable *Satisfacción con la Seguridad del Puesto* (SATSE) a fa-

vor del primero. Estos resultados van en la línea de lo esperable, pues el contrato laboral del puesto de contratado doctor es más estable.

En resumen, se esperaba de forma lógica que el puesto de Profesor Titular Universitario se encontrara en la cúspide de los niveles de calidad de vida laboral, *burnout* y *engagement*, seguido del Profesor Contratado Doctor y del PIC/Ayudante doctor/Ayudante. Cuando según los datos en la cima se encuentra el P. Contratado Doctor, seguido del PIC/Ayudante doctor/Ayudante y, por último, el P. Titular Universitario.

Por tanto, a la vista de estos resultados se puede afirmar que los datos prueban parcialmente las hipótesis planteadas.

### *Aplicaciones prácticas*

Analizar el puesto de trabajo nos ha permitido entender que factores negativos debemos minimizar y que factores positivos debemos aumentar, lo cual al final se traducirá en una mayor y mejor producción, pues este es el fin de toda organización. Como empresa significa ser una «Great Place to Work» (lugar ideal para trabajar), y como centro dedicado a la docencia y la investigación significa que el alumno se sentirá más satisfecho con su carrera, ya que las faltas del profesor repercuten en el alumnado. Crear un ambiente saludable en el que todos quieran trabajar no solo mejora la producción, si no que también es una forma de *marketing*.

### *Limitaciones del estudio*

Entre las principales limitaciones de este trabajo queremos señalar, en primer lugar, el uso exclusivo de técnicas de autoinforme para la recogida de información, los expertos recomiendan que este tipo de instrumentos de medida se combinen con otros más cualitativos.

En segundo lugar, la muestra resulta pequeña en comparación al número total de población de profesores de la Universitat Jaume I, que según los datos obtenidos por la página web en el curso 2010/2011 eran 1226. Esto significa que en este estudio se ha tratado solo con un 3,67 % de profesores. Además, cuando se hacen grupos más reducidos con el fin de compararse entre ellos, la muestra aún se reduce más, con los consiguientes problemas o limitaciones que eso tiene.

En tercer lugar, la administración individual cabe la posibilidad que haya sesgado los resultados obtenidos, más allá incluso del error esperado en una investigación normal. Esto se habría solucionado mediante una administración colectiva de manera presencial o por vía telemática, gracias a la comodidad y a la mayor percepción de anonimato.

En cuarto lugar, pese a que existe el MBI-ES específico para profesores, no se usó debido a la dificultad de acceder a él y de que ya se poseía un baremo de empleados españoles del MBI-GS, lo cual hacía más fácil generalizar conclusiones a otras profesiones.

Y por último, no se tuvo en cuenta en el estudio el efecto modulador que tiene la crisis económica actual en la percepción laboral, haciendo que se perciba todo más negativo o por el contrario que los individuos informen de menos quejas pese a no estar conformes; en ambos casos las respuestas se encontrarían sesgadas y por tanto no serían del todo fiables y válidas.

### *Futuras líneas de investigación*

En este estudio pese a que tuvimos en cuenta efectos laborales como el *burnout* y el *engagement*, también podría haberse completado evaluando riesgos laborales como el *mobbing*, el tecnoestrés y la adicción al trabajo. De esta manera se consideraría tanto los riesgos surgidos a partir de las demandas, como de los recursos y/o resultado de la interacción socio-laboral. Además, podría incluso evaluarse la Inteligencia emocional como forma de afrontar las demandas emocionales que surgen en el trabajo. Existen estudios que afirman que uno de los contextos laborales donde más *mobbing* hay es el universitario (véase Justicia, Benítez, Fernández y Berbén, 2007).

En segundo lugar, otra forma de mejorar la investigación sería analizar el efecto de la crisis sobre la percepción de los empleados de su trabajo y ver en qué sentido afecta a las puntuaciones de los diferentes instrumentos usados en este trabajo.

En tercer lugar, podría analizarse la correlación entre los diferentes instrumentos usados en este estudio, pues actualmente no es muy extensa la investigación realizada con el JDS, lo cual hace que sería interesante observar como se relaciona con otros instrumentos más usados.

Por último, y como medio de aumentar la información sobre esta organización y los efectos en los trabajadores, se podría buscar indicios o características de organizaciones saludables y tóxicas.

### **Referencias bibliográficas**

- Blanch, J. M. & Cantera, L. (2009). El malestar en el empleo temporal involuntario. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, (25) 59-70.
- Boada i Grau, J., Diego Vallejo, R. de & Agulló Tomás, E. (2004). Burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación humana. *Psicothema*, (16) 125-131.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W. B. & Nogareda, C. (2007). Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. Nota Técnica de Prevención, 732, 21 Serie. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Fuertes Martínez, F., Munduate Jaca, L. & Fortea Bagán, M. A. (1996). *Análisis y rediseño de puestos (Adaptación española del cuestionario Job Diagnostic Survey-JDS-)*. Publicacions de la Universitat Jaume I: Castellón de la Plana.
- Guilford, J. P. (1954). *Psychometric Methods*. New York: McGraw-Hill.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1974). The Job Diagnostic Survey: An instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign* (Vol. 72). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Justicia, F., Benítez, E. Fernández, E. & Berbén, A. (2007). El fenómeno del acoso laboral entre los Trabajadores de la universidad. *Psicología em Estudo, Maringá*, 12 (3), 457-463.
- Kumar, S., Fischer, J., Robinson, E., Hatcher, S. & Bhagat, R. N. (2007). Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *International Journal of Social Psychiatry* 53(4) 306-316. Recuperado el 10 de enero de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17703646>.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pfeiffer, J. W., Heslin, R. & Jones, J. E. (1976). *Instrumentation in Human Relations Training*. La Jolla, Ca.: University Associates.
- Salanova, M. (dir.). (2010). *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M. & Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (2), 117-134.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory-General Survey. En Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (eds.), *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W. B. & Bakker A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, (25), 293-315.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A. B. (2002). The measurement of Engagement and burnout: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, (3), 71-92.





## Relación entre género, satisfacción con la vida y expectativas de retorno de inmigrantes rumanos en la provincia de Castellón

LAURA EXPÓSITO NAVARRO  
exposito@uji.es

MARÍA RAQUEL AGOST FELIP  
raquel.agost@psi.uji.es

GRISELA SOTO PERSONAT  
gsoto@uji.es

### Resumen

**Introducción.** El objetivo del presente trabajo, enmarcado dentro del Proyecto de Investigación –Análisis del Apoyo Social y el Capital Social de los Inmigrantes de la Comunidad Valenciana–, es analizar la satisfacción con la vida y las expectativas de retorno al país de origen de inmigrantes rumanos residentes en la provincia de Castellón, y cómo el género y el tiempo de residencia en España juegan un papel modulador. **Método.** La muestra está compuesta por 230 inmigrantes rumanos, procedentes principalmente de las regiones de Muntenia, Moldava y Transilvania (121 hombres y 109 mujeres), con edades comprendidas entre los 19 y los 62 años de edad y residentes en localidades de la provincia de Castellón. **Resultados.** Los resultados obtenidos indican que respecto a la expectativa de regreso al país de origen existen diferencias significativas en función del sexo en el sentido de que las mujeres rumanas inmigrantes tienen una mayor expectativa de regreso a su país de origen que los hombres. En cuanto a la satisfacción vital, la variable moduladora en este caso es el tiempo de residencia en España, es decir, a mayor tiempo de residencia en España mayor satisfacción con la vida, especialmente entre las mujeres incluidas en la muestra. **Discusión y conclusiones.** De los datos obtenidos puede extraerse que la satisfacción con la vida de los inmigrantes rumanos en Castellón depende, entre otros factores, del tiempo de residencia en la sociedad de acogida, especialmente entre las mujeres. Este indicador es clave a la hora de diseñar e implementar programas dirigidos a aumentar la calidad de vida y la satisfacción vital de las personas inmigrantes. Entre estos programas encontramos las iniciativas de retorno voluntario. Las diferencias de género en cuanto a la expectativa de retorno, es decir, las mujeres muestran mayor intención de retorno a su país de origen que los hombres, marcan pautas para poder adaptar mejor estos programas al colectivo.

**Palabras clave:** satisfacción con la vida, género, inmigración, expectativa de retorno, tiempo de residencia.

## Abstract

**Introduction.** The aim of the present work, framed inside the Project of Investigation –Analysis of Social Support and Social Capital of the Immigrants of Valencian Region–, is to analyze the life satisfaction and return expectations of Rumanian immigrant resident in the province of Castellón, and how gender and the time of residence in Spain play a modulating role. **Method.** Sample is composed by 230 Rumanian immigrants, mainly from Rumanian regions of Muntenia, Moldava and Transilvania (121 men and 109 women), aged between 19 and 62 years and resident in the province of Castellón de la Plana. **Results.** Regarding the return expectation, significant sex differences exist in the sense that Rumanian women immigrants have greater return expectations than men. Regarding the vital satisfaction, the modulating variable in this case is the time of residence in Spain, namely, the longer residence time, higher life satisfaction, especially among women. **Discussion and conclusions.** Life satisfaction of Rumanian immigrants in Castellón depends, among other factors, of the time of residence in host society, especially among women. This indicator is essential to design and implement programs aimed to increase the quality of life and life satisfaction of the immigrant people. Initiatives of voluntary return are one of these programs. Sex differences about return expectations, namely, women show greater intention of return than men, mark guidelines to be able to adapt better these programs to the aimed group.

**Keywords:** Life satisfaction, gender, Rumanian immigrants, return expectation.

## Introducción

Uno de los cambios socioeconómicos más importantes que ha experimentado nuestro país durante las últimas décadas ha sido el relacionado con la llegada de población inmigrante. En poco tiempo se ha pasado de ser una sociedad emigrante, a constituir el país receptor de mayor flujo de inmigrantes de toda la Unión Europea. A pesar de la desaceleración de los últimos años derivada de la crisis, es innegable el impacto provocado por los flujos de entrada. Es por ello que los organismos más importantes han comenzado a mostrar interés por conocer las causas y los efectos que se derivan de esta situación, especialmente los relacionados con la contribución de los inmigrantes al desarrollo económico del país, sus pautas de comportamiento y movilidad, su impacto sobre el mercado laboral, etc.

Este interés también se ve reflejado en el ámbito académico, en especial en las universidades, quienes durante mucho tiempo han visto aumentado el número de publicaciones, artículos, informes, etc. sobre inmigración. El presente trabajo se centra en el estudio de la satisfacción con la vida y las expectativas de retorno al país de origen en inmigrantes rumanos afincados en la provincia de Castellón y cómo el género y el tiempo de residencia en España juegan un papel modulador. Se enmarca dentro de otro proyecto más amplio, «Análisis del apoyo y del capital social en la población inmigrante de la Comunidad Valenciana»,<sup>1</sup> cuyo propósito es analizar la convergencia entre los conceptos de capital social y apoyo social y analizar el

---

1. Proyecto financiado a través del Pla de Promoció de la Investigació de la Universitat Jaume I 2010. Acció 1.1. Código: 10I395.05).

capital social de los inmigrantes de la Comunidad Valenciana a través de medidas clásicas de apoyo social.

## 1. Contexto migratorio

La importancia de las migraciones internacionales ha llevado a la proliferación de teorías y modelos que las intentan explicar de la forma más adecuada posible, pero la realidad dinámica y multifacética de este conocido fenómeno limita la utilidad que hasta el momento se ha podido obtener de ellas (Bernat *et al.*, 2010). No obstante, sigue siendo pertinente referenciar algunas de las corrientes explicativas principales.

La teoría más reciente que intenta explicar el flujo de las migraciones internacionales hace referencia al estudio de las redes migratorias, las cuales se caracterizan y cuentan con tradición en la investigación y explicación contemporánea de las migraciones. Estas redes se han definido como «conjuntos de relaciones interpersonales que vinculan a inmigrantes, a emigrantes retornados o a candidatos a la emigración con parientes, amigos o compatriotas, ya sea en el país de origen o en el receptor». Como destacan Massey *et al.* (1998, en Bernat *et al.*, 2010) las redes sociales facilitan la migración al reducir los costes y la incertidumbre que acompaña a estos procesos a través de la información que transmite y el apoyo que prestan en sus distintas formas. La reunificación de la familia y las dificultades para acceder a los países receptores son dos hechos que refuerzan la importancia de contar con las redes, haciendo de ellas el principal mecanismo de perpetuación y siendo útiles para conocer los flujos futuros.

Abordar el fenómeno de las migraciones internacionales en la actualidad desde esta perspectiva de cadenas y redes migratorias permite recuperar la experiencia vivida por los sujetos principales, los cuales son capaces de crear y llevar a cabo estrategias migratorias para moverse entre diversos contextos sociales. Además, las redes migratorias son estructuras extendidas y afianzadas, que desarrollan su propia dinámica, pudiendo desprenderse de estímulos de la sociedad receptora, variando según las características étnico-culturales y el contexto social y político de la sociedad receptora.

Rosa Aparicio y Andrés Tornos (2005) afirman que la evolución de las teorías migratorias ha llevado a los investigadores de las migraciones a tener que ocuparse de las redes sociales de información y ayuda a los migrantes por ser estas un campo privilegiado para el estudio de dichos procesos intermediarios. Por otro lado, Concepción Domingo y Rafael Viruela (2001) definen las redes migratorias como un sistema complejo de relaciones sociales que contribuye de manera eficaz al mantenimiento del proceso migratorio. Desde una perspectiva territorial, el papel de las redes se manifiesta en la ubicación en determinadas zonas de algunos grupos de idéntico origen o nacionalidad. Las concentraciones pueden ser muy numerosas, de manera que desbordan las relaciones de parentesco y vecindad, añadiendo otros nexos como los religiosos, las asociaciones propias o los servicios laborales y comerciales que ellos mismos generan y difunden (Viruela y Domingo, 2001).

### 1.1. Características demográficas de la población rumana en la provincia de Castellón

Según los datos del padrón a 1 de enero de 2012 del INE, en la provincia de Castellón viven 57.143 personas con nacionalidad rumana, de las cuales 29.127 son hombres y 28.016 mujeres. Por lo tanto, el número de hombres supera ligeramente al de mujeres en 1111. Además, al tratarse de una emigración económica, la mayoría de los ciudadanos rumanos que habitan en la provincia de Castellón se encuentran en edad laboral (Bernat *et al.*, 2010).

Este dato se puede ver reflejado de forma clara examinando los datos del padrón del INE de 2011. En la franja de edad de 16 a 44 años encontramos el mayor número de ciudadanos rumanos, tanto en hombres como en mujeres. Otro dato curioso aparece en las franjas de mayor edad, a partir de los 45 años, donde se observa un predominio de ciudadanas rumanas.

La población de Castellón de la Plana ha experimentado un aumento constante desde principios de siglo hasta la actualidad (*Estudio-Diagnóstico 2010. Ayuntamiento de Castellón*) Como se puede observar en la figura 1, la evolución de la población rumana en la provincia de Castellón aumentó de forma progresiva a partir del año 2001, hasta 2008, donde se estancó y el aumento fue más pausado.

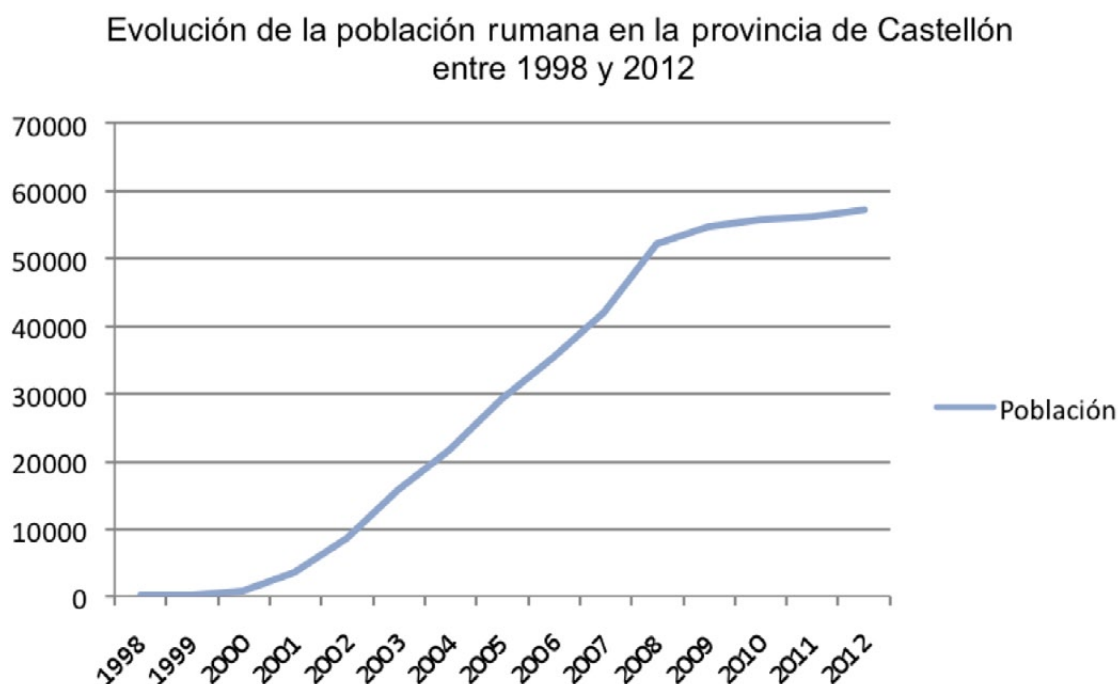


Figura 1

## 2. Satisfacción con la vida

Normalmente, el término «calidad de vida» puede hacer referencia a dos significados. Por una parte hace referencia a la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida; mientras que la otra trata sobre la práctica del vivir bien como tal. Cuando se usan a nivel de sociedad, solo se puede aplicar el primer significado. Cuando decimos que la calidad de vida en un país es mala, queremos decir que faltan condiciones esenciales, como alimentación, vivienda y cuidados médicos suficientes. En otras palabras: el país no es «vivable» para sus habitantes. El segundo significado no se aplica a nivel de sociedad, ya que no podemos decir que un país vive bien. Un país no «vive», solo lo hacen sus habitantes (Veenhoven, 1994).

A nivel individual, el término se usa en sus dos acepciones y ambas condiciones pueden coincidir, pero no concurren necesariamente. Es decir, una persona puede presentar todas las

condiciones consideradas necesarias para una buena vida pero tener un desarrollo mental o físico deficiente o al contrario.

Por otro lado, la satisfacción con la vida es uno de los indicadores de la calidad de vida. Es decir, es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida, o en palabras de Diener *et al.* (1985), es el juicio cognitivo que las personas hacen en torno a sus propias vidas, comparando lo que han conseguido, sus logros, con lo que esperaban conseguir, sus expectativas.

El tema de la satisfacción con la vida ha sido siempre un campo de juegos para la especulación filosófica. Por la falta de medidas válidas de la satisfacción con la vida, las proposiciones sobre este asunto no podían ser comprobadas empíricamente. Por tanto, el conocimiento sobre la satisfacción con la vida permanecía especulativo e incierto. Los métodos de investigación estadística introducidos por las ciencias sociales han proporcionado un avance. Se han desarrollado medidas de la satisfacción con la vida en las que se puede confiar de forma objetiva, y por medio de estas medidas se ha desarrollado un importante cuerpo de conocimiento. Podemos resolver ahora varias de las controversias sobre la satisfacción con la vida, como la disputa sobre su relatividad (Veenhoven, 1994).

La dirección de las relaciones estudiadas es otro aspecto importante a mencionar. Algunos trabajos han analizado la satisfacción vital como causa de diferentes variables de salud, y otros la han estudiado como una consecuencia (Castillo-Carniglia *et al.*, 2012).

A modo de ejemplo, diversos estudios prospectivos han encontrado una asociación entre la satisfacción con la vida y la salud autorreportada, los comportamientos de salud y el apoyo social (Mossey y Shapiro, 1982; Korkeila *et al.*, 1998). En otros estudios ha llegado a ser considerada como un predictor de morbilidad psiquiátrica e incluso de mortalidad en adultos y personas de edad avanzada (Koivumaa-Honkanen *et al.*, 1996, 2000). También hay antecedentes que indican que el nivel socioeconómico y la autopercepción del estado de salud se asocian directamente con la calidad de vida y la satisfacción vital en los adultos mayores y que estos resultados se dan diferenciadamente entre hombres y mujeres (Espelt *et al.*, 2010).

En el ámbito que nos ocupa, existen estudios que relacionan migración y satisfacción vital, incorporando a los análisis variables como apoyo social y sentido de comunidad (García Cofrades, 2010), interculturalidad familiar, etc. (Moscato, 2012).

Sin embargo, existen pocos precedentes sobre el estudio de la satisfacción vital de personas inmigrantes asociada a las expectativas de retorno a sus países de origen y atendiendo como variables independientes el sexo y el tiempo de residencia en el país de origen. El trabajo presentado permite conocer cuál es la satisfacción con la vida de los inmigrantes rumanos en Castellón dependiendo, de entre otros factores, del tiempo de residencia en la sociedad de acogida y el género y cómo esta valoración sobre su vida afectará en la previsión de retorno a su país de origen.

Los resultados de este trabajo aportarán indicadores clave para poder diseñar e implementar programas dirigidos a aumentar la calidad de vida y la satisfacción vital de las personas inmigrantes, incluidos aquellos dirigidos a facilitar el retorno.

## Método

### a) *Objetivos e hipótesis*

El carácter del estudio en una primera fase es exploratorio y a través de esta indagación se plantean los siguientes objetivos:

- Conocer cuál es la satisfacción con la vida de los inmigrantes rumanos en la provincia de Castellón.
- Analizar cuáles son las expectativas de retorno de las personas inmigrantes rumanas residentes en la provincia de Castellón.
- Analizar si existe relación entre la satisfacción vital y la expectativa de retorno de las personas inmigrantes rumanas de la provincia de Castellón.
- Conocer cómo influyen otros factores como el tiempo de residencia y el género en estas variables: satisfacción con la vida y expectativa de retorno al país de origen.

En cuanto a las hipótesis de trabajo:

- El sexo no es un factor determinante en cuanto a la satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994) de los inmigrantes rumanos en Castellón.
- El sexo no es un factor determinante en cuanto a las expectativas de retorno de los inmigrantes rumanos en Castellón.
- La satisfacción con la vida y el tiempo de residencia en el país de acogida condicionan las expectativas de retorno de los inmigrantes rumanos en Castellón.

### b) *Muestra*

El tipo de muestreo utilizado es estratificado utilizando los estratos de sexo, nacionalidad y provincia de residencia. El tamaño de la muestra se ha definido en base a un margen de error del 6,5 %, con un nivel de confianza 95 % y con un nivel de heterogeneidad del 50 %.

La muestra final ha estado compuesta por 230 personas de nacionalidad rumana, 121 hombres y 109 mujeres, de edades comprendidas entre los 19 y los 61 años de edad y residentes en distintas localidades de la provincia de Castellón. La distribución se recoge en las siguientes tablas.

Tabla 1  
*Género*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	121	52,6
Mujer	109	47,4
TOTAL	230	100

Tabla 2  
Edad

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 15 a 19	1	0,4
De 20 a 24	5	2,2
De 25 a 29	17	7,4
De 30 a 34	24	10,4
De 35 a 39	52	22,6
De 40 a 44	30	13
De 45 a 49	41	17,8
De 50 a 55	25	10,9
De 55 a 59	27	11,7
De 60 a 64	5	2,2
NS/NC	3	1,3
TOTAL	227	98,7

Tabla 3  
Localidad de residencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Albocàsser	7	3
Benicàssim	18	7,8
Benlloch	28	12,2
Burriana	9	3,9
Cabanes	33	14,3
Castellón	36	15,7
Onda	26	11,3
Oropesa	30	13
Peñíscola	4	1,7
Torreblanca	8	3,5
Vall d'Alba	1	0,4
Vall d'Uixó	11	4,8
NS/NC	19	8,3
TOTAL	211	91,7

Tabla 4  
*Tiempo de residencia en España*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De uno a dos años	1	0,4
De tres a cuatro años	12	5,2
De cinco a seis años	36	15,7
De siete a ocho años	60	26,1
De nueve a diez años	69	30
De once a doce años	34	14,8
De trece a dieciocho años	10	4,3
NS/NC	8	3,5
TOTAL	230	96,5

### c) Desarrollo de la investigación

#### Instrumentos

Para la recogida de muestra se ha utilizado un cuestionario elaborado *ad hoc* que recoge variables sociodemográficas, económicas y laborales, así como una versión adaptada del cuestionario de Apoyo Social Comunitario de Gracia, Musitu y Herrero (2002) y la adaptación de varias preguntas de la Encuesta Mundial de Valores, entre las que se encuentra una escala de 10 puntos sobre satisfacción vital.

#### Variables

A pesar de que el cuestionario incluye variables sociolaborales y otras relacionadas con el apoyo social, la confianza y la satisfacción vital en este trabajo se han tomado como variables de referencia las siguientes:

- Variables independientes: sexo y tiempo de residencia.
- Variables dependientes: satisfacción con la vida y expectativas de retorno.

#### Procedimiento

Para la obtención de la información se ha desarrollado un trabajo de campo durante los meses de mayo a julio de 2012 en la provincia de Castellón, concretamente en las localidades de Albocàsser, Benicàssim, Benlloch, Burriana, Cabanes, Castellón, Onda, Oropesa, Peñíscola, Torreblanca, Vall d'Alba y la Vall d'Uixó.

La recogida de datos ha sido llevada a cabo por el equipo de encuestadores de la asociación rumana de Oropesa del Mar. El equipo fue previamente formado con el fin de capacitarles para la correcta administración del cuestionario. Posteriormente la información recogida



fue introducida en una base de datos creada específicamente para este trabajo y analizada mediante el paquete estadístico SPSS 18.0.

## Resultados

En primer lugar, y a modo descriptivo, los principales resultados respecto a satisfacción con la vida y expectativas de retorno se resumen en las siguientes tablas.

Tabla 5  
*Expectativas de retorno (Quedarse a vivir en España)*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	48	20,9
NO	181	78,7
NS/NC	1	0,4
TOTAL	230	100

La mayoría de las personas incluidas en la muestra, el 78,7 %, no desea quedarse a vivir en España de forma definitiva.

Tabla 6  
*Expectativas de retorno (Volver a su país de origen)*

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antes de 6 meses	9	4,98
Antes de dos años	26	14,36
Antes de 10 años	133	73,48
Cuando obtenga la jubilación	13	7,18
TOTAL	181	100

De los que tienen la intención de regresar a su país de origen, el 73,48 % se lo plantea en un periodo de entre dos y 10 años, el 14,36 % antes de los dos años, un 7,18 % cuando obtengan su jubilación y un 4,98 % antes de los seis meses.

Tabla 7  
Satisfacción con la vida

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0	0
2	0	0
3	6	2,6
4	7	3
5	19	8,3
6	44	19,1
7	66	28,7
8	46	20
9	38	16,5
10	4	1,7
TOTAL	230	100

Respecto a la satisfacción con la vida, el porcentaje más importante (28,7 %) corresponde a los que han valorado su vida con un 7 en una escala de 10, seguido de 8 sobre 10 (20 %), 6 sobre 10 (19,1 %) y 9 sobre 10 (16,5 %). Los resultados muestran niveles elevados de satisfacción con la vida, con 66,9 % de las personas incluidas en el estudio por encima del 6 sobre 10.

En segundo lugar, se presentan algunos de los resultados más destacados respecto a las dos variables dependientes de referencia.

### 1. Satisfacción con la vida

Al relacionar las variables independientes (sexo y tiempo de residencia) con la variable dependiente satisfacción con la vida se han obtenido los siguientes resultados:

- No se observan diferencias significativas en función del sexo respecto a la satisfacción con la vida de los inmigrantes rumanos de la provincia de Castellón. [chi-cuadrado de Pearson (5,686) y significación asintótica bilateral (,577)].
- Se observan diferencias significativas en función del tiempo de residencia en la sociedad de acogida y la satisfacción con la vida en los inmigrantes rumanos de la provincia de Castellón. [chi-cuadrado de Pearson (82,152) y significación asintótica bilateral (,000)]. A mayor tiempo de residencia en España, mayor satisfacción con la vida.

### 2. Expectativas de retorno

Al relacionar las variables independientes (sexo y tiempo de residencia) con la variable dependiente expectativas de retorno se han obtenido los siguientes resultados:

- Se observan diferencias significativas en función del sexo por lo que se refiere a las expectativas de retorno al país de origen de las personas inmigrantes rumanas de la provincia de Castellón. [chi-cuadrado de Pearson (89,796) y significación asintótica bilateral (,000)]. Las mujeres muestran mayores expectativas de retorno que los hombres.
- Se observan diferencias significativas en cuanto al tiempo de residencia y las expectativas de retorno al país de origen en los inmigrantes rumanos de la provincia de Castellón. [chi-cuadrado de Pearson (36,932) y significación asintótica bilateral (,005)]. Cuanto mayor es el tiempo de residencia en la sociedad de acogida, más se retrasa el retorno.

### 3. Satisfacción con la vida y expectativas de retorno

Por último se han relacionado las dos variables dependientes entre sí, obteniendo los siguientes resultados:

- Existe relación significativa entre la satisfacción con la vida y las expectativas de retorno al país de origen en los inmigrantes rumanos de la provincia de Castellón, sobre todo en lo que se refiere al momento del regreso una vez decidido el hecho de no quedarse a vivir permanente en el país de acogida. [chi-cuadrado de Pearson (90,222) y significación asintótica bilateral (,000).] A mayor satisfacción con la vida, más se retrasa el momento del retorno.

## Discusión y conclusiones

Analizados los resultados, y en comparación con las hipótesis propuestas en el trabajo, es posible concluir que existe una clara relación entre las variables dependientes e independientes estudiadas en el trabajo.

Se concluye que existe una clara relación entre la satisfacción con la vida y el tiempo de residencia. Es decir, conforme aumenta el tiempo de residencia en el país receptor, también lo hace la satisfacción con la vida de los inmigrantes rumanos en la provincia de Castellón.

También es importante resaltar la relación entre expectativas de regreso al país de origen y el género. En este caso se observa una mayor intención por parte de las mujeres inmigrantes rumanas por retornar a su país de origen que por parte de los hombres.

Además, es destacable también la relación entre el tiempo de residencia y expectativas de retorno al país de origen, ya que cuanto mayor es el tiempo de residencia en el país receptor, más se retrasa el momento de partir al país de origen en los inmigrantes rumanos de la provincia de Castellón.

Por último, y por lo que se refiere a la relación entre las dos variables dependientes, se observa que, aunque las expectativas de retorno no están claramente relacionadas con la satisfacción con la vida en cuanto al hecho de decidir si se permanece en el país de acogida o se regresa, sí se observa que tras decidir que se desea volver al país de origen, el hecho de tener una mayor satisfacción con la vida condiciona el momento en el que se va a regresar, retrasando la partida.

Destacados estos aspectos del trabajo, se pueden extraer indicadores clave para el diseño de programas dirigidos a aumentar la calidad de vida y la satisfacción con la vida de los inmigrantes rumanos de la provincia de Castellón, así como para la adaptación de programas

existentes como los de retorno voluntario, de forma que los criterios se ajusten a la realidad y expectativas del colectivo de forma que permitan, si así lo desean, volver a sus países de origen de forma satisfactoria y beneficiosa.

Este tipo de programas deben de centrar su atención en aspectos básicos de mejora como el empleo, la participación y la integración comunitaria o el acceso a los recursos de sanidad y educación. Por ello, las líneas de actuación de estos programas deben promover la actividad empresarial de los inmigrantes afincados en España, permitiendo la apertura de nuevos establecimientos y comercios que fomenten el empleo tanto entre los inmigrantes como los no inmigrantes.

Otro tipo de actuación sería el aumentar la inclusión social de los inmigrantes, a través de la promoción de recursos como vivienda, empleo, sanidad y educación, ya que estos factores influyen directamente en el progreso social del inmigrante cuando llega al país receptor.

Por último, impulsar y gestionar de forma adecuada los procesos de migración de los inmigrantes, tanto de llegada al país receptor como de regreso a su país de origen a través de recursos administrativos como apoyo y seguridad.

Este tipo de iniciativas activan la economía del país, desarrollando y promocionando nuevas líneas de inversión con las que avanzar y conseguir objetivos que se plantean día a día.

## Referencias bibliográficas

- Ayuntamiento de Castellón (2010). *Estudio Diagnóstico. Población Inmigrante de Castellón de la Plana 2010*. Creas. I+D Social.
- Bernat Martí, J. S., Agost Felip, M.<sup>a</sup> R., Fuertes Eugenio, A. M.<sup>a</sup>, Fuertes Fuertes, I., Montañés Cruz, C., Ramona Bucur, E. *et al.* (2010). Estudio del capital social a partir de las redes sociales y su contribución al desarrollo socioeconómico: el colectivo de inmigrantes rumanos en la provincia de Castellón. *Ceimigra*.
- Castillo-Carniglia, A., Albala, C., Dangour, A. D. & Uauy, R. (2011). Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Elsevier España, S. L.*
- Diener, E., Emmons, R. A. & Larsen R. J. *et al.* (1985) The satisfaction with life scale. *J Pers Assess.* 49: 71-5.
- Espelt, A., Font-Ribera, L. & Rodríguez-Sanz, M. *et al.* (2010). Disability among older people in a southern European city in 2006: trends in gender and socioeconomic inequalities. *J Womens Health (Larchmt)*. 19: 927-33.
- García Cofrades, M.E. (2010) Apoyo social, satisfacción con la vida y salud en mujeres autóctonas e inmigrantes de Málaga. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 48, 55-83.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis
- Instituto Nacional de Estadística (2012). Datos del Padrón 2011. Recuperado 10, diciembre, 2012 de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>.
- Koivumaa-Honkanen, H. T., Viinamaki, H., Honkanen, R. *et al.* (1996). Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand.* 94: 372-8. 12.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H. *et al.* (2000) Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *Am J Epidemiol.* 152: 983-91.
- Korkeila, M., Kaprio, J. & Rissanen, A. *et al.* (1998). Predictors of major weight gain in adult Finns: stress, life satisfaction and personality traits. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 22: 949-57.

- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2011). Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014. Recuperado el 10 de diciembre de 2012 de [http://extranjeros.empleo.gob.es/es/IntegracionRetorno/Plan\\_estrategico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/IntegracionRetorno/Plan_estrategico2011/pdf/PECI-2011-2014.pdf).
- Moscato, G. (2012). Familias interculturales en España: Análisis de la satisfacción vital. *Revista Portularia*, Vol. XII, 35-43.
- Mossey, J. M. & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*. 72: 800-808.
- Tornos, A. & Aparicio, R. (2005). Las redes sociales de los inmigrantes en España: un estudio sobre el terreno. Madrid. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Asuntos Sociales*.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*. Vol. 3, n.º 9. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol3/arti8.htm>.
- Viruela, R. & Domingo, C. (2001). Cadenas y redes en el proceso migratorio migratorio español", *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Recuperado el 19 de noviembre de 2012 de <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-8.htm>.



## Estudio sobre violencia de género en jóvenes universitarios. Universitat Jaume I

RUT HERNÁNDEZ MONSERRATE  
al091528@uji.es

MARÍA RAQUEL AGOST FELIP  
ragost@uji.es

REYES SANTAMARÍA VILLAGRASA  
igualdad@castello.es

### Resumen

La violencia de género es el tipo de violencia física, psicológica o sexual ejercida contra cualquier mujer por el mero hecho de serlo, teniendo estas diferentes manifestaciones. La mayor parte de la violencia que se ejerce contra la mujer ha sido y es invisible, e incluso, está normalizada y naturalizada por la propia cultura.

El estudio de investigación sobre la Violencia de Género, del SIO (Servicio de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres), tiene por objeto de estudio una muestra de la población universitaria. Concretamente, el estudio se lleva a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universitat Jaume I de Castellón, con estudiantes de la asignatura «Psicología de los Grupos» de 2.º de Grado en Psicología.

Las variables que van a ser presentadas, son: la conceptualización de la violencia de género, y el concepto de amor romántico que poseen los y las jóvenes universitarios/as.

El primer grupo de datos obtenidos hacen referencia a los conocimientos que los y las jóvenes participantes en el estudio tienen sobre conceptos importantes relacionados con la violencia de género.

Por otra parte, el segundo conjunto de datos se refieren al concepto del amor romántico, aquel que se idealiza y que difícilmente coincide con una persona concreta.

**Palabras clave:** estudio, población universitaria, violencia de género, amor romántico.

### Abstract

Gender violence is the kind of physical, psychological or sexual exerted against any woman for the mere fact of having these different manifestations.

Most of the violence perpetrated against women has been and is invisible, and even normalized and naturalized by their own culture.

The research study on gender violence, of the SIO (Service Equal Opportunities between Women and Men), is to study a sample of the university population.

Specifically, the study was conducted in the Faculty of Health Sciences at the University Jaume I of Castellón, with students of the course «Psychology of Groups» of 2nd Degree in Psychology.

The variables that will be presented are: the conceptualization of gender violence, and the concept of romantic love that young people have university/as.

The first set of data obtained refer to the knowledge that young people participating in the study have on important concepts related to gender violence.

Moreover, the second set of data relates to the concept of romantic love, one that is idealized and hardly matches a particular person.

**Keywords:** research, university population, gender violence, romantic love.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2002, alertó de que la violencia de género es la primera causa de pérdida de vida entre las mujeres de 15 a 44 años, por encima de las guerras, los accidentes de tráfico o los distintos tipos de cáncer.

Hasta finales de la década de 1980 la violencia contra la mujer no fue un tema prioritario. Los estudios realizados indican que se trata de una problemática social que trasciende aspectos económicos, sociales, psicológicos y culturales. Algunos modelos aseguran que el ser humano es agresivo por naturaleza, pero cuando abordamos el concepto de violencia no debemos omitir la carga social y cultural que influye y actúa en el potencial de la agresión. Por esta razón, la socialización y los constructos emergentes de esta adquieren un papel relevante en dicha cuestión.

Un concepto clave en este aspecto es, la *equidad de género* que consiste en la distribución «justa» de recursos y beneficios entre mujeres y hombres conforme a normas y valores culturales. La equidad de género promueve medidas de acción positivas, y atiende a diferencias en condiciones y valoración social de mujeres y varones, producto de los sistemas de relaciones de género socialmente construidas.

Se diferencian tres tipos de violencia de género:

1. *Física*. Es aquella que puede ser percibida objetivamente por otros y que, habitualmente, deja huellas externas. Se refiere a empujones, mordiscos, patadas, puñetazos, etc., causados con las manos o algún objeto o arma. Es la más visible, y por tanto facilita la toma de conciencia de la víctima; pero también ha supuesto que sea la más comúnmente reconocida social y jurídicamente, en relación fundamentalmente con la violencia psicológica.
2. *Psicológica*. La violencia psíquica aparece inevitablemente siempre que hay otro tipo de violencia. Supone amenazas, insultos, humillaciones, desprecio hacia la propia mujer, desvalorizando su trabajo, sus opiniones, etc. Implica una manipulación en la que incluso la indiferencia o el silencio provocan en ella sentimientos de culpa e indefensión, incrementando el control y la dominación del agresor sobre la víctima, que es el objetivo último de la violencia de género.



Dentro de esta categoría podrían incluirse otros tipos de violencia que llevan aparejado sufrimiento psicológico para la víctima, y utilizan las coacciones, amenazas y manipulaciones para lograr sus fines:

- a) Se trataría de la violencia «económica», en la que el agresor hace lo posible por controlar el acceso de la víctima al dinero, tanto por impedirle trabajar de forma remunerada, como por obligarla a entregarle sus ingresos, haciendo él uso exclusivo de los mismos (llegando en muchos casos a dejar el agresor su empleo y gastar el sueldo de la víctima de forma irresponsable obligando a esta a solicitar ayuda económica a familiares o servicios sociales).
  - b) También es habitual la violencia «social», en la que el agresor limita los contactos sociales y familiares de su pareja, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo social importantísimo en estos casos.
3. Sexual. «Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que pretenden imponer una relación sexual no deseada mediante coacción, intimidación o indefensión» (Alberdi y Matas, 2002). Aunque podría incluirse dentro del término de violencia física, se distingue de aquella en que el objeto es la libertad sexual de la mujer, no tanto su integridad física. Hasta no hace mucho, la legislación y los jueces no consideraban este tipo de agresiones como tales, si se producían dentro del matrimonio.

Existen dos características que pueden ayudar a comprender y detectar como surge y evoluciona el maltrato. Estas características son, el carácter cíclico de la violencia y, su escalada o intensidad creciente (pirámide).

El proceso de escalada de la violencia no suele ser percibido por la mujer ni por su entorno, hasta que no llega a alcanzar sus niveles más severos y evidentes, con agresiones psicológicas graves y manifestaciones físicas de la violencia. La escalada de la violencia no solo se produce de forma paralela a su visibilización, sino también al deterioro progresivo de la autonomía y la autoestima de la mujer como consecuencia del maltrato.

El ciclo de la violencia propuesto por Walker (1984), y aceptado posteriormente por otros autores, afirma que la violencia frecuentemente tiene lugar de forma cíclica y repetitiva, afianzada por un proceso de refuerzo conductual y que sigue las siguientes fases:

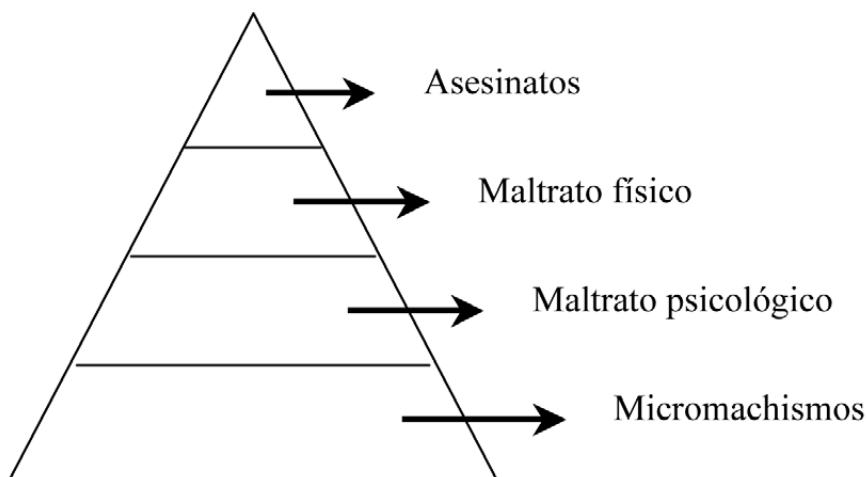


1. Fase de acumulación de la tensión: esta fase, suele estar caracterizada por un incremento progresivo de la tensión y la irritabilidad del maltratador y de cambios repentinos en su estado de ánimo, que darán lugar a la aparición de los primeros roces, tirantezas e incidentes «menores» de maltrato (reproches, gritos, miradas o gestos amenazantes, actitud hostil).

2. Fase de explosión de la violencia: la acumulación de tensión alcanza su límite y se produce su descarga a través de conductas de violencia física, psicológica y/o sexual de manera más intensa y grave. En esta fase, la víctima tiene una mayor probabilidad de sufrir daños o lesiones más graves y, en casos extremos, puede suponer un riesgo muy alto para su propia vida. Suele ser la fase más breve en cuanto a su duración, pudiendo durar desde minutos hasta horas, aunque algunas víctimas informan haberlo sufrido durante varios días.
3. Fase luna de miel: tras el cese de la violencia, el agresor puede disculparse o justificar la violencia en un intento de minimizar la repercusión de su conducta, ya sea de forma genuina o para evitar la marcha de la mujer. En esta fase, el maltratador puede pensar que la mujer ha aprendido la lección y que no será necesario volver a castigarla, o puede atribuir su conducta a una pérdida de control que no volverá a repetirse en el futuro. Es usual que el maltratador realice una serie de promesas sobre la no ocurrencia en el futuro de estos episodios de violencia, que apele a otros miembros de la familia para que intenten convencer a la mujer de que le dé otra oportunidad y no «rompa» así la familia e, incluso, que se muestre de acuerdo con la posibilidad de someterse a algún tipo de terapia, mostrándose cariñoso y procurando una mayor atención con la mujer. En esta fase las mujeres no suelen percibir este ciclo, ni solicitar ayuda y pueden atribuir la conducta violenta de sus parejas a causas externas a él mismo (estrés, alcohol, etc.), a una pérdida momentánea de control, o al azar. Esta fase, puede tener una duración bastante variable, desde unas horas hasta meses, y acaba con una nueva acumulación de tensiones que, tarde o temprano, volverán a desencadenar el ciclo.

Es frecuente que la violencia aparezca de forma progresiva, sutil e indetectable con conductas de abuso de «baja intensidad» en forma de pequeños micromachismos, que buscan reafirmar las bases de una relación asimétrica de pareja, la subordinación y la reducción de la autonomía en la mujer, para continuar su progresión paulatina hacia formas de control y agresión verbal, conductas de maltrato psicológico y manifestaciones de violencia física.

Según Romero (2004), el proceso de visibilización de la violencia puede ser entendido a través de su representación en forma de pirámide, en cuya parte inferior se situarían los micromachismos.



Este tipo de maltrato no es muy notable, pero violenta y mina frecuentemente la autonomía, la dignidad y el equilibrio psíquico de las mujeres.

Se trata de conductas muy habituales que pasan inadvertidas, como intimidar con amenazas encubiertas, tomar decisiones sin consultar, negar el valor del trabajo doméstico y la crianza y cuidado de los hijos, exigir a la mujer explicaciones sobre lo que gasta, opinar sin que se lo pidan, chantaje emocional, etc.

El *amor romántico* es aquel que se idealiza y que difícilmente coincide con una persona concreta. Los mitos del amor romántico, son un factor de riesgo para establecer relaciones de desequilibrio de poder en las parejas y, por tanto, de la violencia de género.

Según la clasificación realizada en la investigación Detecta Andalucía\*, se puede hablar de 19 mitos, falacias y falsas creencias acerca del amor romántico, que podrían agruparse en 4 grupos:

GRUPO 1: «El amor todo lo puede»

1. Falacia de cambio por amor
2. Mito de la omnipotencia del amor
3. Normalización del conflicto
4. Creencia en que los polos opuestos se atraen y entienden mejor
5. Mito de la compatibilidad del amor y el maltrato
6. Creencia en que el amor «verdadero» lo perdona/aguanta todo

GRUPO 2: «El amor verdadero predestinado»

1. Mito de la «media naranja»
2. Mito de la complementariedad
3. Razonamiento emocional
4. Creencia en que solo hay un amor «verdadero» en la vida
5. Mito de la perdurabilidad, pasión eterna o equivalencia

GRUPO 3: «El amor es lo más importante y requiere entrega total»

1. Falacia del emparejamiento y conversión del amor de pareja en el centro y la referencia de la existencia
2. Atribución de la capacidad de dar la felicidad
3. Falacia de la entrega total
4. Creencia de entender el amor como despersonalización
5. Creencia en que si se ama debe renunciarse a la intimidad

GRUPO 4: «El amor es posesión y exclusividad»

1. Mito del matrimonio
2. Mito de los celos
3. Mito sexista de la fidelidad y de la exclusividad

---

\* El Proyecto de Investigación DETECTA 2011 sobre «Sexismo y Violencia de Género en la juventud andaluza e Impacto de su exposición en menores» promovido por el Instituto Andaluz de la Mujer, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, nace en el marco del *I Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Andalucía 2010-2013*. El estudio de Investigación ha sido realizado por Fundación Mujeres, con la cooperación de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

El punto de partida y la base del presente estudio sobre violencia de género en jóvenes universitarios es el «Proyecto Detecta: Investigación sobre sexismo interiorizado en jóvenes» de Fundación Mujeres.

El Proyecto Detecta es un estudio de investigación sobre el sexismo interiorizado presente en el sistema de creencias de la juventud adolescente de ambos sexos y su implicación en la prevención de la violencia de género en el contexto de pareja.

Entre los objetivos de la investigación sobre violencia de género en jóvenes universitarios, se encuentran los siguientes:

- Conocer la conceptualización de la violencia de género en los jóvenes universitarios, así como las causas que la provocan, los falsos mitos o creencias, y los estereotipos que conducen a situaciones de desigualdad.
- Identificar el grado de igualdad de género que percibe el grupo de estudio.
- Estudiar qué concepto o representación mental tienen desarrollada los/las jóvenes objeto del estudio respecto del amor romántico, y cómo este interviene en el establecimiento de un modelo específico de relación de pareja.

## Método

El estudio de investigación sobre la Violencia de Género, del Servicio de Igualdad de Oportunidades entre Hombre y Mujeres de Castellón de la Plana, tiene por objeto de estudio una muestra de la población universitaria. Concretamente, el estudio se lleva a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universitat Jaume I, de Castellón, con estudiantes de la asignatura Psicología de los Grupos de 2.º de Grado en Psicología.

El total de participantes en el estudio ha sido de 56 jóvenes de ambos sexos.

El objetivo principal del estudio de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres con población universitaria es, sensibilizar al estudiantado objeto de estudio respecto de los riesgos de participar de la cultura de la violencia de género, tanto en cuanto a víctimas, como en cuanto a victimario.

Una de las variables más importantes a estudiar es la *conceptualización de la violencia de género*.

También, se pretende observar el *concepto de amor romántico* que poseen los sujetos, y el conocimiento de sus componentes y los *falsos mitos* que a este se refieren.

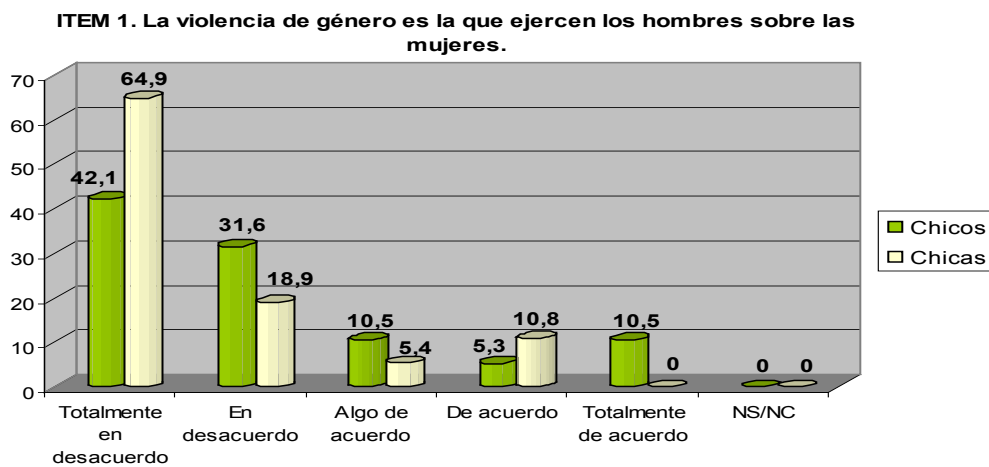
La metodología utilizada para llevar a cabo el estudio, ha sido:

- Recogida de toda la información posible (legislación vigente en materia, memoria de los servicios, planes departamentales, guías de recursos, etc.) para conseguir un acercamiento al conocimiento del área de estudio. Se trata de una aproximación al mundo de los Servicios Sociales, concretamente al funcionamiento de los recursos públicos y privados relacionados con la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
- Elaboración del cuestionario para evaluar los conceptos planteados con anterioridad, tomando como punto de partida el estudio realizado por *Fundación Mujeres* sobre el sexismo interiorizado.
- Validación y administración de los cuestionarios en el aula elegida por la Universitat Jaume I.
- Vaciado de datos mediante el SPSS, análisis de los mismos y elaboración de las conclusiones.

## Resultados

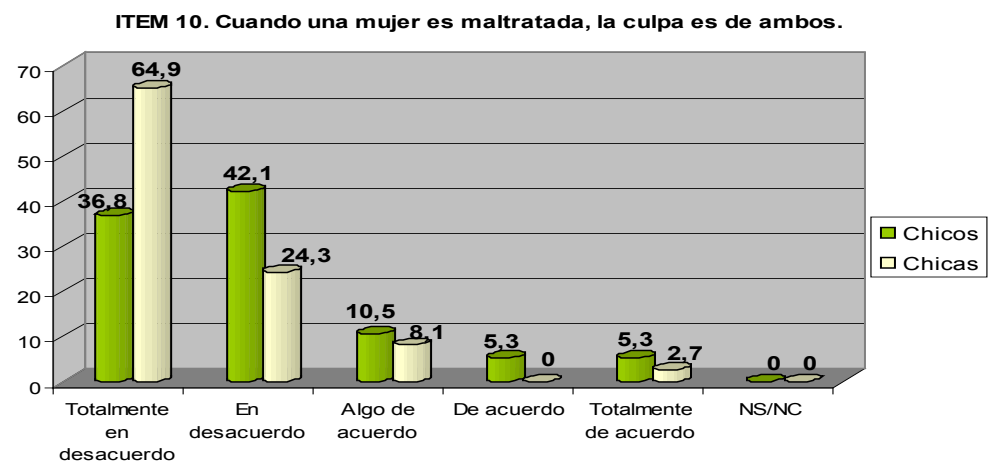
Los datos que se muestran en este primer apartado de resultados, hacen referencia a los conocimientos que los y las jóvenes participantes en el estudio tienen sobre conceptos importantes relacionados con la violencia de género. La información se ha investigado a través de enunciados sobre conocimientos y atribución causal. Se muestran las respuestas de los sujetos participantes dividida por sexo.

Como resultados importantes, que suponen una idea general acerca de la primera variable estudiada, cabe destacar 4 de los ítems presentados en el cuestionario:



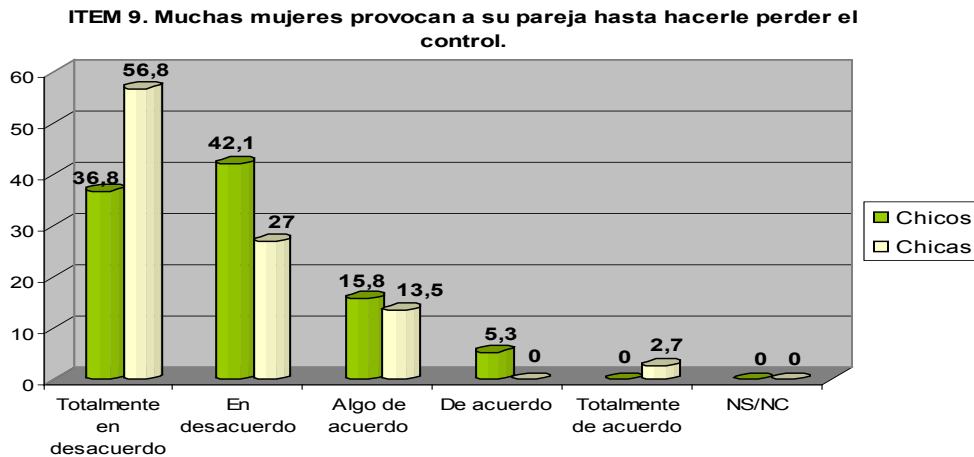
Gráfica 1. La violencia de género es la que ejercen los hombres sobre las mujeres

Los datos mostrados en la gráfica 1 ponen de manifiesto el escaso conocimiento que los sujetos tienen acerca del significado de la violencia de género, puesto que en torno a un 74 % de chicos y un 84 % de chicas, desconocen el significado de «violencia de género».



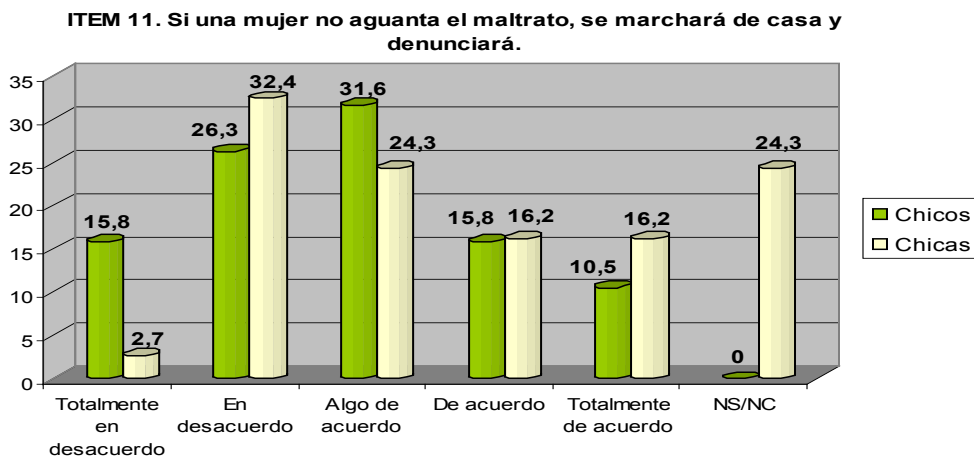
Gráfica 2. Cuando una mujer es maltratada, la culpa es de ambos

Los datos que se recogen en la gráfica 2 ponen de manifiesto que una parte de la muestra cree que cuando una mujer es maltratada, la culpa es de ambos (tanto del hombre como de la propia víctima). Este pensamiento es diez puntos mayor en los chicos (21,1 %) que en las chicas (11,4 %).



Gráfica 3. Muchas mujeres provocan a su pareja hasta hacerle perder el control

En la gráfica 3 se observa que un 21 % de chicos y un 16,2 % de chicas están de acuerdo con que muchas mujeres provocan a su pareja hasta hacerle perder el control; pensamiento que se halla muy relacionado con el ítem de la gráfica 2.



Gráfica 4. Si una mujer no aguanta el maltrato, se marchará de casa y denunciará

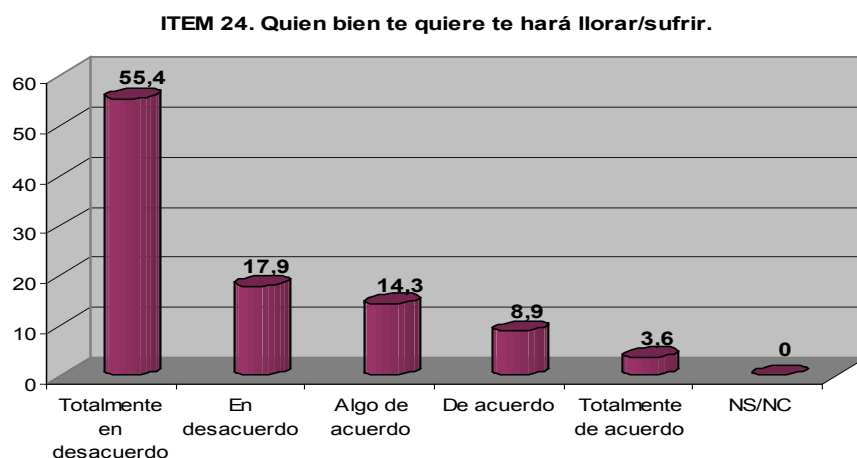
Por último, en la gráfica 4 se encuentra que casi un 58 % de chicos y un 57 % de chicas, piensa que si una mujer no aguanta el maltrato se marchará de casa y denunciará la agresión. Este pensamiento pone de manifiesto el escaso conocimiento acerca de los tipos de violencia y,

también, deja de lado las consecuencias que la violencia psicológica tiene en las víctimas, dejando a estas totalmente anuladas y aisladas de su círculo familiar y de amigos.

En este segundo apartado, se analizarán los resultados obtenidos en los ítems referidos al concepto del amor romántico y a sus falsos mitos.

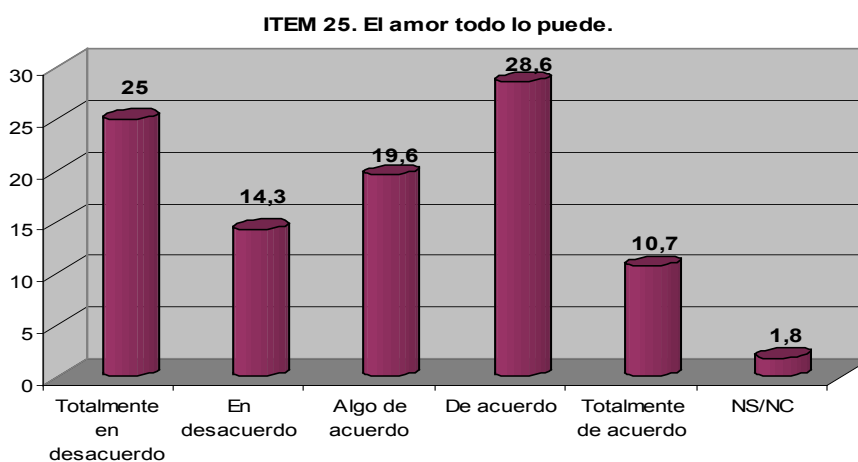
A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada ítem, de forma general.

Como resultados importantes, se destacan 4 de los ítems presentados en el cuestionario:



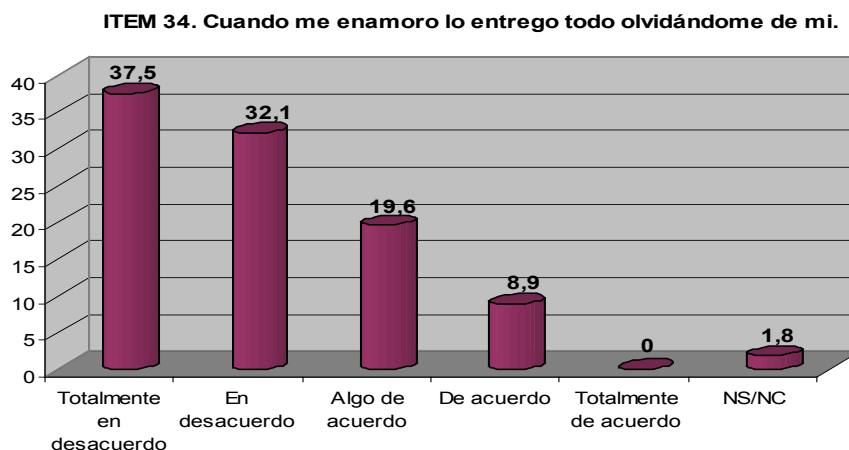
Gráfica 5. Quien bien te quiere te hará llorar/sufrir

El ítem del cuestionario representado en la gráfica 5 se relaciona con el mito de la compatibilidad del amor y el maltrato, siendo una creencia poco anclada en los y las jóvenes encuestados/as (26,8 %). Este porcentaje aunque bajo debe tenerse en cuenta, ya que, en una muestra de población mayor, puede aumentar y presentar un problema.



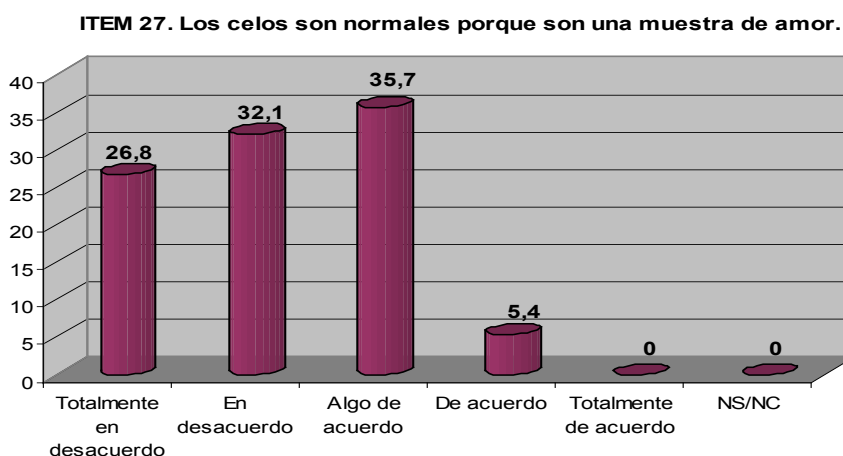
Gráfica 6. El amor todo lo puede

Desde esta creencia, los sujetos harán todo lo posible por superar los obstáculos que puedan surgir en una relación, ya que el poder del amor hará que todo pueda ser superado. Como se observa en la gráfica 6 es una creencia muy arraigada en los sujetos encuestados (59,1 %).



Gráfica 7. Cuando me enamoro lo entrego todo olvidándome de mi

El ítem presentado en la gráfica 7 hace referencia al mito de la entrega total. Se observa que un 28,5 % de la muestra tiene asimilada esta creencia, convirtiéndose en un dato a tener presente.



Gráfica 8. Los celos son normales porque son una muestra de amor

Los celos suelen ser una de las respuestas mayoritarias que expresan los/las jóvenes al preguntarles por la causa de la violencia contra las mujeres, y muestran diferencias individuales en su expresión que vienen explicadas a través del género como variable principal. Por esta razón son relevantes los datos obtenidos sobre la interiorización de este mito basado en



la creencia de que los celos son una muestra de amor, incluso el requisito indispensable de un verdadero amor.

En la gráfica 8 encontramos una notable aceptación de la idea de los celos como prueba de amor en los sujetos encuestados (41,1 %).

Por tanto, se encuentra que la interiorización de este mito es elevada y preocupante puesto que esta falacia sobre los celos suele usarse normalmente para justificar en las parejas comportamientos egoístas, injustos, represivos y, en ocasiones, violentos.

## Discusión y conclusiones

A partir de los resultados obtenidos sobre la muestra de la juventud universitaria de la Universitat Jaume I en general, se ofrece a continuación, las conclusiones que se han alcanzado a partir de los correspondientes análisis:

- La muestra de jóvenes que han participado en este estudio, no se considera representativa de su población, por lo que no podemos generalizar los resultados y consiguientes conclusiones sobre los restantes jóvenes adolescentes, chicos y chicas de su edad. Habría que seguir investigando con más jóvenes para poder validar los resultados y generalizar a toda la población, de sus mismas características.
- La primera conclusión del estudio hace referencia a la notable falta de información y conocimiento de las chicas y chicos participantes sobre el propio concepto de violencia de género.
- Las «creencias románticas» sobre el amor se encuentran presentes en la mente de los jóvenes que han participado en el estudio. Es preciso reeducar a los jóvenes para que se den cuenta de la realidad y se convenzan, de que una relación de amor entre dos personas debe sostenerse en el respeto mutuo, la confianza, la seguridad, etc., y ha de proporcionarles a ambos oportunidades de crecimiento personal, bienestar y felicidad.
- Los jóvenes participantes del estudio, han expresado su conocimiento acerca de los tipos de maltrato. Son conscientes de que no solo existe la violencia física, y que casi siempre a esta, le antecede la psicológica.

En cambio, indican su dificultad de percibir este maltrato psicológico, es decir, las situaciones de violencia de género no son identificables por lo disimulado que suele ser el comienzo.

## Referencias bibliográficas

- Alberdi, I. & Matas, N. (2002). *La violencia doméstica Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Colección Estudios Sociales, n.º 10. Fundación La Caixa.
- Álvarez, A. (2002). *Guía para mujeres maltratadas*, Madrid.
- Fundación Mujeres (2011). *Coeducación y mitos del amor romántico*, n.º 93, Madrid.
- Fundación Mujeres (2010 - 2011). *Investigación sobre Sexismo - Violencia de Género y Juventud: Proyecto DETECTA - ANDALUCIA*.
- Fundación Mujeres (1999 - 2004). *Proyecto Detecta: Investigación sobre sexismo interiorizado en jóvenes*.
- Patró Hernández, R. *Programa de prevención de la violencia de género: conocer para cambiar la mirada. Taller para Jóvenes, n.º 01*. CAM.

- Patró Hernández, R. *Programa de prevención de la violencia de género: conocer para cambiar la mirada. Taller para mujeres, n.º 02*. CAM.
- Romero, I. (2004). *Intervención individual y grupal con mujeres maltratadas*. En E. Pastor & Soler, I. (comp.), *Intervención social con mujeres maltratadas en alojamientos alternativos*. Murcia: Instituto de la Mujer Región de Murcia.
- Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.

## Estudio exploratorio para el análisis de los efectos psicosociales de la violencia en la infancia colombiana

SANDRA MILENA ALVARÁN LÓPEZ  
smalvaranl@gmail.com

MÓNICA GARCÍA RENEDO  
renedo@sg.uji.es

JOSÉ MANUEL GIL BELTRÁN  
jgil@psi.uji.es

ANTONIO CABALLER MIEDES  
caballer@psi.uji.es

RAQUEL FLORES BUILS  
flores@psi.uji.es

### Resumen

Los niños y niñas son el grupo poblacional con mayor vulnerabilidad frente a los hechos desencadenados por las guerras prolongadas, no solamente están en riesgo sus vidas, sino que en los procesos de socialización de la infancia que pervive con situaciones de guerra, se van configurando nuevos valores relacionados al entorno de la guerra. Por ello, en este artículo vamos a centrarnos en los impactos psicosociales que el fenómeno causa sobre los niños y niñas que perviven bajo situaciones límite de riesgo.

**Palabras clave:** infancia, desplazamiento forzado, impactos psicosociales, herramientas de análisis.

### Abstract

Children are the population group most vulnerable to the events triggered by prolonged wars, not only their lives at risk, but in the socialization of children that survives with war situations are setting new values related to the environment of the war. Therefore, in this paper we will focus on the psychosocial impacts cause the phenomenon of children that survive under extreme situations of risk.

**Keywords:** childhood, forced displacement, psychosocial impacts, analysis tools.

El desplazamiento forzado, es una de las tantas formas de violencia que se manifiesta en el contexto colombiano desde hace aproximadamente siete décadas. Los niños y las niñas víctimas del desplazamiento sufren las pérdidas que tienen los adultos, es decir, las pérdidas materiales, las pérdidas de los bienes, de las viviendas, del acceso a los servicios de salud,

educación, etc. Estas son las pérdidas que generalmente se consideran cuando se hace la evaluación de los daños que se generan por el desplazamiento forzado.

Es frecuente encontrar en las narraciones, en los relatos, en las historias que cuentan los niños y las niñas, fragmentos cargados de horror. Es importante recalcar que todas las familias que han estado obligadas a desplazarse, lo hacen porque la violencia irrumpió en sus lugares de vida y en sus lugares de trabajo, en forma de masacres, torturas, desapariciones forzadas, reclutamientos, enfrentamientos armados y amenazas.

Estas experiencias son vividas particularmente por niños y niñas, porque los monstruos con los que se suelen asustar los niños y todos los seres humanos cuando somos pequeños son imaginarios, sin embargo, aquellos monstruos para los niños y niñas víctimas del desplazamiento forzado son reales. Pueden irrumpir en la noche o en la madrugada y son monstruos reales que no solamente amenazan sino que concretan sus acciones porque desaparecerán sus padres, asesinarán a sus amigos, asesinarán figuras representativas que han tenido especial significado para los niños y para las niñas.

En este artículo, nos vamos a centrar en presentar los impactos psicosociales que el desplazamiento forzado genera en los niños y niñas. Del mismo modo, desde el ámbito investigativo presentaremos una rejilla de recogida de información que permitirá al investigador sistematizar los datos que ha recogido después de hacer un estudio exploratorio de una situación concreta.

## 1. Desarrollo evolutivo de la infancia en contextos de violencia sociopolítica

Los niños y niñas en situación de desplazamiento son sometidos a espacios físicos completamente diferentes a los que tenían antes. Las posibilidades de correr y jugar libremente se reducen, la habitación se comparte con toda la familia en condiciones de hacinamiento y se modifica drásticamente el entorno social. Para ayudar económicamente a sus padres, o a la mujer que es cabeza de familia, terminan vinculados al comercio informal o a trabajos como ayudantes de construcción. En el caso de las niñas, se vinculan al servicio doméstico y, en algunas ocasiones, la prostitución se convierte en una alternativa.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) considera la etapa de la niñez como un periodo del ciclo de vida del ser humano, esencial para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades, ya que este periodo de la vida, está conformado por varias etapas secuenciales, cada una base para la siguiente, con las cuales se van logrando niveles de complejidad crecientes en los planos afectivo, comunicativo y cognitivo.

Desde el periodo de gestación, los niños y las niñas cuentan con capacidades físicas, cognitivas y emocionales, que deben promoverse para constituir el fundamento de procesos posteriores como el aprendizaje, la comunicación y la socialización. Cada una de estas etapas está definida por las actitudes de niños y niñas frente al mundo y unas exigencias a los adultos con respecto a sus necesidades e intereses, todo esto teniendo en cuenta que la niñez no es una categoría homogénea, sino que es un sector poblacional de una gran diversidad, con múltiples identidades, donde entra en juego tanto lo material como lo simbólico, así como también lo cultural, lo socioeconómico, la dimensión de género, lo político, lo étnico y lo religioso, factores que se conjugan en un momento histórico determinado (Centro de Estudios Sociales, 2011).

Podemos encontrar en diversas fuentes diferentes conceptualizaciones sobre cómo establecer las etapas en que se divide la niñez. Nosotros hemos optado por la división de la infancia en tres momentos: primera infancia, edad escolar y adolescencia, entendiendo cada uno de estos momentos de la siguiente manera:

*Primera infancia (0 a 6 años).* Contempla la franja poblacional desde la gestación hasta los seis años. Estos primeros años de vida son cruciales para el futuro, ya que en ellos se sientan las bases para las capacidades y las oportunidades que se tendrán a lo largo de la vida. En contextos donde la guerra no está presente en las cotidianidades de sus habitantes,

los niños y niñas entre los 0 y 6 años están a merced del cuidado de los padres, rodeados de afecto, estimulación para la supervivencia, vínculos familiares que les proporcionan confianza, curiosidad, capacidad de relacionarse y comunicarse con los demás, un complejo que le rodea de protección y le garantiza unos mínimos vitales para que su desarrollo sea satisfactorio. En contextos de guerra, los niños y niñas entre los 0 y 6 años, víctimas del desplazamiento forzado, ven alterado el deber ser de su desarrollo. En primer lugar, en el desplazamiento forzado casi todas las familias sufren la pérdida de una figura representativa del hogar, el padre, la madre, hermanos, tíos o abuelos, figuras protectoras para la infancia que van desapareciendo en el destierro. El afecto, la estimulación para la supervivencia, la confianza, la curiosidad y la capacidad de relacionarse con los demás, se ve alterada notablemente, ya que las familias desplazadas se ven obligadas a vivir en la clandestinidad para la protección de los supervivientes. El silencio, la desconfianza y el miedo se instauran entonces en el desarrollo de la infancia víctima del desplazamiento forzado. Frases como «No diga nada de su papá», «No diga de dónde venimos», «No hable con extraños», «No salga de la casa» son mecanismos de protección que permiten a las familias reinventar sus historias en los sitios donde llegan.

*Edad escolar (7 a 11 años).* En esta fase del ciclo vital los niños y las niñas transitan a una etapa de mayor socialización e independencia y se fortalece la autonomía, ingresan a escenarios educativos formales y a espacios de socialización más amplios, donde adquieren importancia los grupos de pares. Se hace esencial el acceso al proceso educativo como promotor del desarrollo cognitivo y social que incluye el fortalecimiento de habilidades y competencias para la vida. En el caso de los niños y niñas víctimas del desplazamiento forzado en Colombia, este proceso de inserción en los escenarios educativos, presenta un sin número de variables que dependerá de las regiones de dónde fueron desplazados y los lugares de llegada. Hay un sin número de casos donde se pueden evidenciar las alteraciones en esta etapa vital. En un primer caso, los niños y niñas después del desplazamiento se vinculan directamente a sus actividades escolares. Son muy pocos los niños y niñas que al llegar a las ciudades después de su destierro, pueden vincularse directamente a los centros educativos y continuar su formación. Esto dependerá del momento de llegada, ya que si llegan cuando el calendario académico está avanzado no son recibidos en los centros escolares. Hay que tener en cuenta que el calendario escolar en Colombia es de febrero a diciembre, lo que nos permite concluir que si un niño o niña llega desplazado en el mes de julio en adelante, no será recibido en ningún centro escolar. Para que los niños y niñas sean vinculados directamente a sus actividades escolares deben llegar en los primeros inicios del calendario académico, sin embargo, no podemos olvidar que los cupos para instituciones estatales en Colombia deben solicitarse tres meses antes de iniciar el periodo académico. En un segundo caso, muchos niños y niñas antes del desplazamiento no estaban vinculados a centros escolares, por lo cual al llegar a las ciudades después del destierro, ingresan por primer vez a un centro educativo. Esto genera unos impactos importantes, ya que pueden presentarse casos donde niños y niñas con diez u once años inician su primer curso, dentro de un curso donde la mayoría son niños y niñas entre los siete y nueve años de edad.

En un tercer caso, los planes curriculares son diferentes, no es igual un plan de una ciudad capital, a un plan de una zona rural. Este fenómeno genera que los niños y niñas desplazados encuentren dificultades en el proceso de inserción. En un cuarto caso, muchos de los niños, niñas y profesores de los centros de acogida, no están sensibilizados frente a la problemática de la infancia desplazada, por lo que la integración se vuelve dificultosa, la infancia desplazada, se ve en muchas ocasiones discriminada, rechazada y estigmatizada. En un quinto caso, la infancia desplazada ingresa a centros de educación no reglada, centros de educación popular dirigidos por líderes sociales, donde se presta mayor atención a su situación. En estos centros de educación popular, se recibe a la infancia desplazada en cualquier fecha del calendario académico, la formación es especializada y en un entorno que posibilita la integración. Sin embargo, estos centros no son avalados por el Estado, lo que no permite certificar su educación. Estos centros de educación popular se convierten en un lugar escolar

no reglado que recibe a la infancia desplazada, mientras las familias consiguen un cupo en instituciones estatales. Sin embargo, hay pocas de estas escuelas de educación popular. En último lugar, hay regiones rurales en el país donde no existen instituciones educativas. En este caso, el desplazamiento ha propiciado que muchos niños y niñas puedan acceder en las ciudades a la educación. Resulta paradójico entonces, que una situación tan dramática como lo es el destierro, propicie nuevos accesos a mínimos vitales. Podemos concluir entonces, que la edad escolar en la infancia desplazada presenta un sin número de variables que alteran de manera significativa esta etapa vital de la infancia.

*La adolescencia (12 a 17 años).* Es un periodo especial de transición en el crecimiento y el desarrollo, en el cual se construye una nueva identidad a partir del reconocimiento de las propias necesidades e intereses. En contextos normalizados, en esta etapa los adolescentes avanzan en su formación para la plena ciudadanía, exploran el mundo que los rodea con mayor independencia y se hacen cada vez más partícipes de conocimientos y formación para la vida. Las amenazas de mayor incidencia en su desarrollo están asociadas con situaciones y manifestaciones de violencia y adicciones, siendo relevante el proceso de desarrollo de la sexualidad.

Para los adolescentes desplazados, hay un sin número de situaciones que les vuelve más vulnerables a las amenazas que se presentan en esta etapa, la pobreza, la marginación y la estigmatización, se conjugan en un ambiente desfavorable para el reclutamiento forzado por parte de bandas delincuenciales y grupos armados legales e ilegales. El desarrollo de esta etapa en la población desplazada se reviste de una serie de problemáticas como lo son el embarazo adolescente, la delincuencia, el sicariato, entre muchas otras.

## **2. Impactos psicosociales del desplazamiento forzado en la infancia colombiana**

En la infancia, los impactos psicosociales del desplazamiento adquieren unas connotaciones diferentes, en tanto, los niños y niñas están estructurando sus proyectos de futuro, están construyendo formas y modos de afrontar la vida. Los niños y niñas, absorben del medio los daños y transformaciones de los adultos, el cambio abrupto del campo a la ciudad y el abandono de su entorno. Sumado a estos daños y transformaciones que los niños y niñas perciben del medio que les rodea, se encuentran con un sin número de pérdidas y daños que se recubren de particularidades propias de los niños y niñas.

La pérdida de juguetes, de lugares de juego, de mascotas, de historias construidas en su entorno, son rupturas que pasan desapercibidas para los adultos en el momento del desplazamiento, ya que «hay cosas más importantes» como la sobrevivencia misma de la familia.

Para Bello, Mantilla, Mosquera y Camelo (2000), hay tres aspectos particulares que caracterizan las experiencias de la infancia desplazada en Colombia:

a) Los niños y niñas han vivido y visto la guerra: los niños y niñas víctimas del desplazamiento forzado, han presenciado masacres, quema intencionada de viviendas, torturas, enfrentamientos, violaciones, han padecido la zozobra de los bombardeos y de las incursiones armadas. Como indican Bello, Mantilla, Mosquera y Camelo (2000: 123):

El haber sido testigos de estas escenas, que hacen parte de la realidad cotidiana de algunos, es una experiencia intensamente dolorosa, capaz de deshacer su mundo, no pueden comprenderlas y carecen de mecanismos para enfrentarlas porque todas ellas exceden los parámetros de lo previsible.

Basta con leer los relatos espontáneos de los niños y niñas víctimas del desplazamiento, relatos cargados de dolor, muerte, sangre, miedo, contenidos en la memoria que se consolida en una cotidianidad signada por la guerra.

Para la infancia colombiana, las historias de terror, los monstruos, los «malos» que atacan los superhéroes, los combates que en otros escenarios son escenas de la ficción, de lo impensable, para la infancia colombiana son historias reales, los monstruos no son ficción, son personas reales que pueden interrumpir su sueño en la noche o en la madrugada y causarles daños reales.

b) La infancia desarraigada ha sido socializada para sobrevivir en la guerra: el silencio es una forma de sobrevivencia de las comunidades que se encuentran en medio de los actores armados.

En Colombia, todos los actores armados legales e ilegales han «utilizado» a los niños y niñas como informantes, recaban información de sus enemigos en los menores. Los padres instauran el silencio como ley en el hogar, como mecanismo de sobrevivencia.

De igual manera, se construyen visiones particulares de la realidad según Bello, Mantilla, Mosquera y Camelo (2000: 123), los comportamientos aprendidos para la sobrevivencia se basan en:

La desconfianza hacia los demás, extraños y próximos, porque pueden ser posibles agresores o enemigos. Se basan también en una visión polarizada de la realidad, orientada por la lógica del bueno y el malo, el amigo y el enemigo. Son comportamientos que se basan en la legitimación del autoritarismo, la fuerza y la arbitrariedad como los únicos mecanismos eficaces para vivir en sociedad. Comportamientos donde la justicia por mano propia es una solución, ya que la impunidad anima sentimientos de venganza, y finalmente el uso estratégico de la palabra o el silencio.

Los niños y niñas víctimas del desplazamiento forzado, construyen memoria e identidad a partir de comportamientos exigidos para la sobrevivencia, deben comportarse dependiendo del actor armado que lo exija, ya que cada actor tiene pautas de comportamiento instauradas en los territorios donde se establece a partir del uso del poder militar, social, económico y político.

c) La infancia errante ha tenido pérdidas abruptas y significativas: según Bello, Mantilla, Mosquera y Camelo (2000: 126) hay tres pérdidas que implican mayor importancia en la infancia, por un lado, la pérdida de sus espacios vitales, que son:

los lugares en los que han construido sus formas particulares de moverse, de usar el tiempo y, en general, de relacionarse con el entorno. Los animales (que revisten un significado especial para los niños y niñas), los ríos y las plantas hacen parte de su espacio vital, con ellos tejen relaciones y afectos: quieren la tierra, al caballo y a la quebrada.

Por otro lado, la pérdida de sus seres queridos que se reviste de un drama particular ya que significa para los niños y niñas el desamparo, la sensación de desprotección debido a la separación obligada por muerte de sus figuras protectores, padres, abuelos, vecinos o madres.

Y finalmente, otra pérdida significativa en la infancia desplazada, y que es olvidada frecuentemente, tiene que ver con la pérdida de las pertenencias y señales distintivas de la infancia, tales como ropa y juguetes. De adultos solemos recordar, la muñeca, la mantita, el coche de batería, la ropa que más nos gustaba, pues estos rasgos o señales distintivas se ven drásticamente quebradas por el desplazamiento forzado.

En definitiva, entendemos que debemos tener presente que estos impactos son generados en el momento del desplazamiento, en el instante en que son arrancados de su lugar de origen, sin embargo, es imperativo indicar que en la extensión de la pobreza, la exclusión, la impunidad y la desigualdad en Colombia, debe hablarse de efectos acumulativos de la adversidad.

Esto significa que, cuando el niño y la niña son despojados de sus pertenencias simbólicas y materiales durante el desplazamiento, se enfrentan a unos impactos que van profundizándose en los nuevos contextos que les reciben, contextos signados por la vulnerabilidad, lo que significa que hay menos posibilidades de superar con éxito lo ocurrido.

Hay tres escenarios que consideramos indispensables para el análisis de los impactos psicosociales del desplazamiento en la infancia colombiana, ya que son los ámbitos de interacción del sujeto que se está construyendo, que se está proyectando. En la figura 1 presentamos los ámbitos que están en constante interacción y son: el individual (el ser), el familiar y el comunitario-educativo.



Figura 1. Ámbitos de interacción de los niños y niñas

Los ámbitos de interacción se ven afectados por el fenómeno del desplazamiento forzado ya que este, es un acto pensado y planificado para causar daño, se planea y se ejecuta con el fin de dañar las relaciones sociales, económicas y políticas de un grupo poblacional determinado. Las víctimas sufren una fuerte confrontación subjetiva que implica asumir nuevas formas, pautas y formas de ser y hacer que no son las propias. Esta confrontación tiene implicaciones más profundas en los niños y niñas, ya que se gesta en el proceso de consolidación del sistema de valores que acompañará las cotidianidades de su desarrollo personal y social.

Es importante reiterar, que muchas secuelas del desplazamiento forzado son superables a mediano y corto plazo, pero requieren de condiciones mínimas que les permitan a los niños y niñas la reconstrucción de nuevos proyectos de vida.

Para la superación de las secuelas generadas por el desplazamiento forzado, es indispensable analizar los impactos que se generan en los elementos constitutivos del ser. Consideramos que para que los niños y niñas superen los daños generados por la violencia, es obligatoria una intervención integral que atienda la seguridad vital, la autonomía, la identidad y la seguridad existencial.

En la figura 2 presentamos una rejilla que hemos elaborado como equipo de investigación, en la que planteamos los cuatro elementos constitutivos del ser, que se ven afectados en el drama del desarraigo vivido por la infancia colombiana, elementos que deberán ser abordados para cualquier intervención con este tipo de población.





Figura 2. Rejilla para identificar los daños generados por el desplazamiento forzado en la infancia

### 3. Características generales de la investigación exploratoria

Por un lado, la investigación exploratoria no intenta dar explicaciones sobre el problema de estudio, sino que busca por un lado recolectar e identificar observaciones generales, cuantificaciones, hallazgos, tópicos. Por otro lado, realiza sugerencias de aspectos relacionados que deberían examinarse en profundidad en futuras investigaciones. Su objetivo es documentar ciertas experiencias, examinar temas o problemas poco estudiados o que no han sido abordados antes de manera especializada. Para Arias (1999), la investigación exploratoria tiene por objetivo familiarizar al investigador con el problema de estudio y seleccionar, adecuar o perfeccionar, los recursos y los procedimientos disponibles para una investigación posterior.

Es importante recalcar que la investigación exploratoria se caracteriza por la flexibilidad que presenta en el momento de familiarizarse con los fenómenos que para el investigador son desconocidos. Según Hernández, Fernández y Baptista (1997: 70):

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el 'tono' de investigaciones posteriores más rigurosas.

Generalmente las investigaciones exploratorias, se componen de muestras pequeñas que no representan a toda la población, y el análisis de la información suele ser de carácter cualitativo, aunque puede contener datos cuantitativos que permitan la ampliación de la información. Para Hernández, Fernández y Baptista (1997), la investigación exploratoria se carac-

terizan por ser más flexible en su metodología en comparación con los estudios descriptivos o explicativos, y son más amplios que estos otros dos tipos. Este tipo de investigación busca observar tantas manifestaciones del fenómeno estudiado como sea posible.

En el ámbito de las investigaciones exploratorias, no hay un campo metodológico definido para el desarrollo de la investigación. Como se ha recalcado anteriormente, este tipo de investigaciones por lo general se caracterizan por la gran flexibilidad que ofrecen en su metodología, ya que esta puede ser cuantitativa, cualitativa o histórica, según sean las necesidades que identifique el investigador.

Cabe destacar que la investigación exploratoria una vez culminada, entrega al investigador informaciones preliminares sobre el fenómeno estudiado. Los instrumentos más usados en la investigación exploratoria son las entrevistas con los expertos que han abordado de alguna manera el tema, encuestas piloto, fuentes de información secundaria o toda aquella información que ya ha sido recopilada, publicada o que se encuentra disponible.

Generalmente, las investigaciones exploratorias desbordan en información, y toda la información debe ser sistematizada y posteriormente analizada. Según Woods (1987), refiriéndose a la fase final de un proceso etnográfico, lo denomina como «el umbral de sufrimiento», donde se debe aplicar la disciplina de hierro de la escritura. De igual manera, es la etapa de la investigación más temida pero a veces amada, porque en ella se re-experimentan sufrimientos, dolores pero también ilusiones, alegrías y esperanzas. Existen diversas modalidades para desarrollar informes etnográficos, sin embargo existen múltiples similitudes en las propuestas de los autores Chilcott (1987), Taylor y Bogdan (1992), Buendía (1992), Ogbu (1993), Wilcox (1993), López (1994), Rodríguez (1996), Del Rincón (1997) y García (2001). A efectos de este trabajo, retomamos los planteamientos de Goetz y LeCompte (1988) al considerarlos complementarios con las propuestas que nos planteamos. Los autores sugieren que para que el informe de una investigación cualitativa pueda considerarse completo, debe abordar las siguientes cuestiones (citado en Axpe, 2003: 68):

- El foco, el fin del estudio y las cuestiones que aborda.
- Marco teórico y conceptual.
- El modelo o diseño de investigación utilizado y las razones de su elección.
- Los participantes o sujetos de estudio y los escenarios y contextos investigados.
- La experiencia del investigador y sus roles en el estudio.
- Las estrategias de recogida de datos.
- Las técnicas empleadas para el análisis de los datos.
- Los descubrimientos del estudio: interpretaciones y aplicaciones.

#### **4. Sistematización de los informes de estudios exploratorios sobre impactos psicosociales**

Uno de los problemas que se presentan en las investigaciones exploratorias es la elevada cantidad de información con la que el investigador debe trabajar. Por ello, y teniendo en cuenta estas dificultades, hemos desarrollado una rejilla para la sistematización de investigaciones exploratorias fundamentada en el diseño de objetivos verificables. En la figura 3 mostramos los puntos que desde nuestra mirada y experiencia debe contener este informe.

INFORME FINAL		
TÍTULO		
DEMANDANTE		
EVALUADOR		
PRESENTACIÓN DEL CONTEXTO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
	DIVISIÓN ADMINISTRATIVA	
	TIPO DE POBLAMIENTO Y ASENTAMIENTOS	
	NECESIDADES BÁSICAS	
	INSATISFECHAS	
PRESENTACIÓN DEL GRUPO	MAPEO DE LA VIOLENCIA	
	DESCRIPCIÓN DE RASGOS CULTURALES	
	ANÁLISIS DAÑO	
ÁRBOL DE PROBLEMAS		
OBJETIVOS PROPUESTOS	GENERAL ESPECÍFICOS	
ACTIVIDADES		
RECURSOS	HUMANOS	
	MATERIALES ECONÓMICOS	
METODOLOGÍA	MUESTRA	
	INSTRUMENTOS	
RESULTADOS		
INTERPRETACIÓN ETNOGRÁFICA	MEJORAS CONSEGUIDAS	Antes-Después
	PREGUNTAS SURGIDAS	
	PROPUESTAS DE MEJORA	Metodológicas-Presupuestarias-Pedagógicas-Investigativas
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES PARA AGENDAR POLÍTICA PÚBLICA		
BIBLIOGRAFÍA	Primaria-Secundaria	
ANEXOS		

Figura 3. Rejilla para la sistematización de informes exploratorios

Esta rejilla la hemos diseñado basándonos en las particularidades del contexto colombiano y consideramos que puede ser aplicada a diversos contextos. En la tabla 1 presentamos una guía sobre lo que debe contener cada variable de la rejilla que proponemos.

Tabla 1  
*Guía para la realización de la rejilla de informe final de la investigación exploratoria*

VARIABLE	CONTENIDO
TÍTULO	Nombre del proceso desarrollado, sujeto de intervención, lugar y año de la intervención.
DEMANDANTE	Identificar a quién va dirigido el informe. Puede ser una institución y/o una persona en particular. Qué finalidad tiene el informe, optar a un título, informe de trabajo, etc.
EVALUADOR	El nombre de la persona que realiza el informe. Breve descripción de su formación, su experiencia profesional y el tiempo de trabajo en el campo intervenido.
PRESENTACIÓN DEL CONTEXTO	Ubicación geográfica: es importante la utilización de mapas que ubiquen el espacio donde se desarrolló el proceso. División administrativa: cómo está dividido el lugar de intervención, por provincias, por comunidades, por veredas, departamentos, autonomías, etc. Tipo de poblamiento y asentamientos: descripción de las infraestructuras, viviendas, servicios públicos, formas de tenencia de la tierra, títulos de propiedad, consolidación barrial, etc. Necesidades básicas insatisfechas: identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza. Por lo general, el indicador de NBI está disponible en los censos de población y vivienda, realizados por cada entidad gubernamental. Mapeo de la violencia: realizar un diagnóstico situacional de la zona intervenida, actores armados, problemas sociales relacionados con la violencia. Este mapeo debe orientarse al mapeo de la violencia que afecta directamente al grupo intervenido.
PRESENTACIÓN DEL GRUPO	Descripción de rasgos culturales: identificar las repeticiones cíclicas de elementos mediante los cuales se puede identificar y diferenciar un grupo de otro, por ejemplo, la religión y la cosmovisión, el lenguaje, la comida, la organización social, las formas de vida, condiciones de género, etc. Análisis DAFO: desarrollar un esquema analizando las características internas (Debilidades y Fortalezas) y la situación externa (Amenazas y Oportunidades) del grupo intervenido.
ÁRBOL DE PROBLEMAS	Identificar una situación negativa (problema central), utilizando una relación de tipo causa-efecto. Qué causa el problema central y cuáles son sus consecuencias.
OBJETIVOS PROPUESTOS	Convertir el árbol de problemas en un árbol de objetivos. Describir la situación futura que prevalecerá una vez resueltos los problemas, Identificar y clasificar los objetivos por orden de importancia.
ACTIVIDADES	Descripción de los procesos mediante los cuales se consiguieron los objetivos propuestos.

RECURSOS	Humanos: trabajo realizado por el conjunto de empleados o colaboradores del equipo de intervención. Materiales: bienes tangibles que se utilizaron para el logro de los objetivos. Económicos: coste total de los recursos materiales y humanos. Expresado en moneda.
METODOLOGÍA	Muestra: número de sujetos participantes del proceso etnográfico. Instrumentos: descripción de las herramientas de recolección de datos.
RESULTADOS	Verificación de objetivos. Identificar si los objetivos propuestos fueron cumplidos después del proceso etnográfico.
INTERPRETACIÓN	Mejoras conseguidas: en este punto es importante identificar el antes y el después del proceso etnográfico. Plantear si la situación problema o el problema central ha sido intervenido satisfactoriamente. Preguntas surgidas: qué inquietudes o limitaciones presentó el proceso. Propuestas de mejora: elementos metodológicos, presupuestarios, pedagógicos e investigativos, que puedan mejorarse y servir para futuras intervenciones.
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES PARA AGENDAR POLÍTICA PÚBLICA	Este punto debe contener un escrito argumentativo sobre el proceso. No es un resumen, es una síntesis que implica la unificación de los elementos que han sido descompuestos, primero, por los análisis realizados. El objetivo de esta conclusión etnográfica, es convertirse en artículo investigativo que pueda ser entregado a diversas organizaciones con el fin de recomendar la creación de políticas públicas para favorecer los colectivos intervenidos.
BIBLIOGRAFÍA	Nombrar las fuentes de información del proceso etnográfico. Estas pueden ser: Primarias: que proporcionan datos de primera mano, entrevistas, narraciones, observación directa. Secundarias: cuando se recurre a datos ya publicados o que, sin haber sido publicados, fueron recopilados originalmente por otros.
ANEXOS	Este apartado está destinado a los documentos que el investigador considera imprescindibles en el informe y que pueden ampliar la información sobre un determinado tema.

#### 4. Síntesis

Es importante destacar que los niños y niñas se encuentran en el proceso primario de la estructuración de la identidad. En este proceso de estructuración son socializados a través de los otros dentro de una cultura particular, están internalizando las formas de vivir, de habitar el mundo, de relacionarse, de comportarse. Esta realidad transmitida a los niños y niñas a través de los procesos de socialización, se convierten en su único referente de mundo posible, ese mundo que les es presentado, se convierte en su único mundo, el único que existe.

Como consecuencia de este proceso de socialización de los niños y niñas, nos enfrentamos a situaciones que hacen que la infancia crezca en medio de la disputa militar de diversos actores armados, lo que implica para la infancia la internalización de esta situación de constante confrontación armada, como una situación normalizada, por lo que la desconfianza hacia los demás, la utilización de la violencia como mecanismo para la resolución de los conflictos, el miedo y la visión fragmentada de las relaciones sociales, son mecanismos normales de respuesta frente a una situación de constante confrontación armada.

El crecimiento de la infancia desplazada, se da en medio de un clima de terror, de peligro constante, de desestructuración de las redes sociales y en un contexto de socialización en y para la violencia. Los niños y niñas son sometidos a este proceso de socialización en medio de las confrontaciones armadas de distintos actores, la infancia entonces, asimila símbolos y valores que les convierte en multiplicadores de una cultura bélica, donde la violencia marca las pautas de vida y formas de habitar.

El desplazamiento forzado en la infancia genera impactos psicosociales a nivel individual, familiar y comunitario, dado que se producen una serie de daños, transformaciones y rupturas en la autonomía, la seguridad vital, la seguridad existencial y la identidad.

A partir del análisis realizado hemos elaborado una rejilla que permita a los investigadores identificar los impactos psicosociales del desplazamiento forzado. Del mismo modo, teniendo en cuenta que una de las mayores dificultades del investigador a la hora de analizar los estudios exploratorios es la sistematización de la información abundante con la que se encuentra, hemos diseñado una rejilla que permite sistematizar la información final de la investigación.

Podemos concluir afirmando que la consecuencia más trágica del desplazamiento forzado en Colombia es que los niños y niñas han tenido que renunciar a su vida como niños, les ha tocado vivir una infancia sin juegos, sin cariño, sin ilusiones, una infancia que destaca por la ausencia del derecho a la paz.

## Referencias Bibliográficas

- Aguirre, A. (1995). *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Marcombo Editorial Boixareu Universitaria. Universitat de Barcelona.
- Álvarez, J. & Jurgenson, G. (2003). «*Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*». Paidós Educador. México.
- Anguera, T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J. & Vallejo, G. (1995). *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid. Síntesis.
- Arias, F. (1999). *Introducción a la metodología de investigación en ciencias de la Administración y del Comportamiento*. Editorial Trillas. México.
- Axpe, M. (2003). «La investigación etnográfica en el campo de la educación. Una aproximación meta-analítica». Tesis doctoral. Departamento de Didáctica e Investigación Educativa y del Comportamiento. Universidad de la Laguna. España. Recuperado el 6 de julio de 2012, de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=1129>.
- Bello, M. N., Mantilla, L, Mosquera, C. & Camelo, I. (2000). *Relatos de la violencia. Impactos del desplazamiento forzado en la niñez y la juventud*. Universidad nacional de Colombia PIUPC, Bogotá: Fundación Educativa Amor.
- Buendía, L. (1992). La investigación sobre evaluación educativa. *Revista de Investigación Educativa*, 14, 5-24.
- CES. CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES (2011). «Primera infancia, niñez y adolescencia en situación de desplazamiento, propuesta de indicadores de goce efectivo de derechos». Observatorio Sobre Infancia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Recuperado el 15 de diciembre de 2011, de: <http://www.equidadparalainfancia.org/primera-infancia--ninez-y-adolescencia-en-situacion-de-desplazamiento-propuesta-de-indicadores-de-goce-efectivo-de-derechos-860/index.html>.
- Chilcott, J. H. (1987). Where are you coming from and where are you going? The reporting of ethnographic research. *American Educational Research Journal*, 24, 199-218.
- Del Rincón, D. (1997). *Metodologies qualitatives orientades a la comprensió*. Barcelona: Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya.

- Galeano, M. E. (2004b). *Diseño de proyectos en la Investigación cualitativa*. Fondo editorial Universidad EAFIT. Medellín.
- García, E. (2001). Investigación Etnográfica. En V. García-Hoz. *Problemas y métodos de investigación en educación personalizada* (pp. 343-375). Madrid: Rialp.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana de México. S. A. Colombia. Recuperado el 5 de diciembre de 2012, de: [http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod\\_invest.pdf](http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf).
- López, J. (1994). El pensamiento del profesor sobre el conocimiento de los alumnos. *Investigación en la escuela*, 22, 59-66
- Ogbu, J. U. (1993). Etnografía escolar. Una aproximación a nivel múltiple. En H. M. Velasco, F. J. García Castaño & Díaz de Rada, A. (eds.). *Lecturas de antropología para educadores* (pp. 145-174). Madrid: Trotta.
- Rodríguez, A. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Granada: Aljibe.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Wilcox, K. (1993). La etnografía como una metodología y su aplicación al estudio de la escuela: una revisión. En H. M. Velasco, F. J. García & Díaz de Rada, A. (eds.). *Lecturas de antropología para educadores* (pp. 95-126). Madrid: Trotta.
- Woods, P. (1987). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós/MEC.





## Estudio exploratorio de las historias de vida de mujeres desplazadas por la violencia en Colombia

SANDRA MILENA ALVARÁN LÓPEZ  
smalvaranl@gmail.com

MÓNICA GARCÍA RENEDO  
renedo@sg.uji.es

JOSÉ MANUEL GIL BELTRÁN  
jgil@psi.uji.es

ANTONIO CABALLER MIEDES  
caballer@psi.uji.es

RAQUEL FLORES BUILS  
flores@psi.uji.es

### Resumen

El desplazamiento forzado es un acontecimiento traumático que pone a prueba la estabilidad personal, familiar y social de las comunidades afectadas. Las guerras que se han presentado en el mundo y en particular en Colombia, han dejado un número significativo y dramático de muertos y afectados. En estos contextos, los aspectos psicosociales adquieren una importancia significativa debido a los impactos negativos que se producen en la salud mental de los individuos y de las comunidades. En el presente estudio centraremos nuestra atención en la elaboración de herramientas que permitan distinguir los impactos psicosociales que se generan a partir del hecho traumático del desarraigo, donde las personas que lo sufren se ven enfrentadas a un sin número de situaciones que ponen en riesgo su integridad física y mental.

**Palabras clave:** mujeres, desplazamiento forzado, impactos psicosociales, herramientas de análisis.

### Abstract

Forced displacement is a traumatic event that tests the stability of personal, family and social development of the affected communities. The wars that have occurred in the world and particularly in Colombia, have made a significant and dramatic deaths and affected. In these contexts, the psychosocial aspects acquired significant importance due to the negative impacts that occur on the mental health of individuals and communities. In the present study we will focus on developing tools to distinguish psychosocial impacts that are generated from the uprooting of the traumatic event, where people who suffer are faced with a number of situations that threaten their integrity physical and mental.

**Keywords:** women, forced displacement, psychosocial impacts, analysis tools.

El desplazamiento forzado es un desastre humanitario provocado intencionalmente con la finalidad de causar daño debido a la multiplicidad de intereses de los involucrados. Según Ibáñez (1999: 16):

Lo más perturbador de la guerra para la población que la sufre, es la desestructuración brusca de la vida cotidiana, debido a la ausencia de casi todos los referentes habituales y a la inseguridad absoluta sobre el futuro.

Los desplazados se ven enfrentados a una serie de sufrimientos, daños, pérdidas y transformaciones de sus vidas, de sus ambientes y de sus relaciones. Estos cambios abruptos que se dan en momentos no planeados generan una serie de sufrimientos emocionales que deterioran la salud mental y física de las personas que se ven obligadas a padecer el rigor de la violencia manifestada en el fenómeno del desplazamiento forzado. Son comunes las rupturas y desestructuraciones que están presentes durante y después del éxodo donde las personas están en un constante desasosiego por la inminente posibilidad de ser lastimadas o perder la propia vida.

Los impactos psicosociales de los desastres en general, tienen unas características similares, sin embargo, en desastres derivados de la actividad humana, aparecen una serie de aspectos críticos que van a condicionar de manera decisiva la capacidad de acción del sujeto.

Lo que se produce en este tipo de desastres, como en el caso colombiano, es una desestructuración y ruptura que puede evidenciarse en los siguientes elementos (Pérez, 2002):

- *En un primer momento, el miedo y el aturdimiento* como posibles factores de confusión o de bloqueo de la población. Con frecuencia, además, el miedo sigue más allá del primer impacto. En la población desplazada por la violencia política el estado de miedo a nuevas acciones de violencia acaba por definir las relaciones sociales (desconfianza, silencios y falta de apoyo mutuo).
- *Más adelante, se representan las dificultades para elaborar lo ocurrido*, para asumir la magnitud de lo perdido y para realizar un proceso de duelo. Esto es especialmente cierto cuando no hay restos, como el caso de los familiares de personas desaparecidas.
- *La pérdida de referentes en la vida*: el mundo pasa a ser un lugar inseguro, impredecible, en el que es posible perderlo todo en minutos. Si es posible perderlo todo en un minuto, «¿para qué reconstruir?, ¿para qué volver a organizarse?».
- *La ruptura del entramado social y de las formas de organización y gestión*: sobre todo las de carácter más informal puede aparecer una desestructuración de las redes de apoyo mutuo y una mayor indefensión de las personas.

En este sentido, Arango y Cardona (2001: 1) afirman que:

Por lo general, las personas y los grupos que se enfrentan a situaciones altamente estresantes, que lesionan su integridad, su esfera familiar, económica y cultural, entran en crisis, experimentando una serie de reacciones que corresponden a respuestas normales de sujetos que intentan afrontar situaciones anormales. Cada grupo en crisis actúa de acuerdo al impacto producido por el evento y esto implica tiempo, espacio y conocimiento para reajustar el esquema mental de actuación; a pesar de ello lo más frecuente es que cuando se afronta una crisis se presente una etapa de incredulidad ante el suceso, que consiste, básicamente, en la negación de la vivencia como desplazado, al no reconocer la magnitud de lo ocurrido ni las consecuencias que esto genera. Se constituye este en el primer paso del proceso de duelo ante las múltiples pérdidas que se deben asumir.

Como se percibe en las afirmaciones de los autores, en el fenómeno del desplazamiento forzado acontecen un sinnúmero de situaciones que son particulares a los individuos, familias y comunidades que se ven obligadas a abandonar sus tierras, sus vidas, sus cosmovisiones, sus pertenencias físicas y simbólicas, sus proyectos colectivos, individuales y familiares.

Arango y Cardona (2001) explican que en los grupos de desplazados es común observar situaciones de muerte, lesiones físicas, morbilidad y con ello, algunos síntomas que las expresan personas con diferente intensidad. Esto es, debido a las formas particulares de relación con lo perdido.

Reconociendo los impactos psicosociales generados por el desplazamiento forzado en mujeres colombianas, este artículo tiene como objetivo presentar un esquema de análisis que permita el reconocimiento de tales impactos.

## **1. Etapas identificadas en el fenómeno del desplazamiento forzado de mujeres colombianas**

El estudio exploratorio realizado permitió identificar 4 etapas similares en todas las historias de vida estudiadas. Las etapas identificadas son:

### *a. Primera etapa: antes del desplazamiento. Creación de expectativas futuras*

Se identifica una primera etapa que antecede al momento doloroso de la salida del lugar habitado, es *un antes* donde es construido en una temporalidad particular el proyecto de vida ya que el ser humano, para realizarse en el tiempo en tanto ser libre, debe proyectar su vida. La vida resulta así un proceso continuado de haceres según sucesivos proyectos. Para Hernández (2002: 3):

Los Proyectos de Vida –entendidos desde la perspectiva psicológica y social– integran las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su determinación-aportación dentro del marco de las relaciones entre la sociedad y el individuo. Son estructuras psicológicas que expresan las direcciones esenciales de la persona, en el contexto social de relaciones materiales y espirituales de existencia, que determinan su posición y ubicación subjetiva en una sociedad concreta.

El proyecto de vida es un tejido de aconteceres secuenciales que transcurren en los procesos de socialización llevados a cabo en los periodos de inserción en la vida social, afirma Hernández (2002: 3):

El proyecto de vida es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. De esta manera, la configuración, contenido y dirección del Proyecto de Vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad.

Según el planteamiento de los autores, el proyecto de vida es el cúmulo de discursos recibidos del contexto habitado, de los ambientes, las situaciones, los prejuicios, las expectativas, los sueños y las ilusiones. El proyecto tiene como condición la temporalidad. En el presente decidimos lo que proyectamos ser en el instante inmediato, en el futuro, condicionados por el pasado.

El ser humano para proyectar, vivencia valores, que le permiten escoger entre una infinidad de posibilidades aquella que decide ser en el futuro. Puede privilegiar el valor de la virtud o del bien, el de la justicia, el de la belleza, el de la utilidad, el de la solidaridad, el del amor o cualquiera otro dentro de la inmensa gama bipolar que constituye lo que se conoce como la jerarquía valorativa.

El ser humano, para realizar un proyecto de vida al mismo tiempo que su posibilidad de vivenciar valores, cuenta con sus propias potencialidades psicosomáticas, con los otros y con las cosas del mundo. Todo ello le ofrece un vasto horizonte de posibilidades. Para realizar un proyecto se vale, desde su yo, de su cuerpo y de su psique, de los otros, de las cosas, condicionado por su pasado. Todo ello le sirve como estímulos y como posibilidades para proyectar su vida (Fernández, 1996).

En la elaboración temporal e histórica del proyecto de vida, entran a jugar los contextos, las posibilidades, las potencialidades, las circunstancias adversas o favorables y los discursos de los otros. Por lo tanto, en la cimentación del proyecto de vida, hay un mundo interior y un mundo exterior que perfila la libre decisión del ser humano en su opción proyectada a futuro, condicionada por el pasado, en el presente inmediato de su construcción. Es una obra que tiene consigo misma la contribución de muchas otras obras ya terminada, es la absorción de la cultura que le rodea. Para Fernández (1996: 6):

Los proyectos de vida pudieran concebirse también como las estructuras de sentido individual proyectadas en la dimensión temporal, en la historicidad de los eventos individuales-sociales explicativos de su historia de vida.

Este proceso se da en el marco de la socialización primaria y secundaria, donde el individuo se recubre de un mundo de significados y significantes, donde las expectativas de ese otro social, se van circunscribiendo en el discurso que allí comienza a gestarse.

#### *b. Segunda etapa: inicio del éxodo del desplazamiento*

Una segunda etapa, es el momento de la *salida*, donde hay una multiplicidad de derechos afectados, los cuales desbordan cualquier posibilidad estadística de medición, ya que toca lo más profundo del ser. La población afectada, durante la salida, se encuentra en un estado especial de debilidad, vulnerabilidad e indefensión frente a realidades adversas que se presentan, es el momento en el cual el proyecto de vida comienza a ser. Según Fernández (1996: 6):

Condicionado por las posibilidades como por las resistencias que le ofrece tanto su mundo interior, su unidad psicosomática, como por aquellas del mundo exterior. No solo el cuerpo o la psique pueden frustrar el proyecto de vida, sino también los obstáculos que le ofrecen las cosas y, por cierto, la acción de los demás en el seno de la sociedad.

En el momento de la salida obligada, se conjugan sentimientos de culpa, de dolor, de sufrimiento, de desesperanza, sentimientos que se ven obligados a desvanecerse en el instante, puesto que lo inmediato es la supervivencia. La salida obligada del lugar donde se habían construido identidades, lazos sociales, genera daños profundos en el proyecto de vida construido. El daño al proyecto de vida acarrea como consecuencia un colapso psicosomático de tal magnitud para el sujeto, dependiendo de sus vivencias y sus recursos para afrontarlo, que afecta a su libertad, lo frustra. El impacto psicosomático debe ser de una envergadura tal que el sujeto experimenta un vacío existencial (Fernández, 1996).

En esta situación, el ser humano se enfrenta a la nada al perder su vida y su rumbo axiológico. El desconsuelo invade completamente la estructura del ser, que debido al evento traumático, pierde la fuente de gratificación y el campo de despliegue de su apuesta vital y de sus visiones futuras.

El daño al proyecto de vida, contiene en sí un impacto psicosomático fuerte que ataca el núcleo existencial del sujeto, sin el cual nada tiene sentido. El vacío existencial es el resultado de la pérdida de sentido que sufre la existencia humana como consecuencia de un daño a su proyecto de vida.

Dentro de los daños generados en el momento de la salida obligada del territorio, debemos tener en cuenta la diferencia de grado que existe entre el daño psíquico, cualquiera sea su magnitud y que es siempre el antecedente del daño al proyecto de vida, y de este último. Las consecuencias que cada uno de tales daños generan en la vida del sujeto, tal como se advierte son distintas, según Fernández (1996: 27):

En un caso, se produce tan solo una alteración o modificación patológica del aparato psíquico, mientras que en el daño al proyecto de vida se trunca, de raíz, el sentido valioso de la vida. En síntesis, no podemos confundir un daño a la estructura psicosomática del sujeto, que acarrea consecuencias biológicas –lesiones de todo tipo– y efectos en su salud –es decir, en el bienestar integral–, con el daño a la libertad misma del sujeto, el que se traduce en la frustración de su «proyecto de vida».

El daño al proyecto de vida que bloquea la libertad es la consecuencia de un daño psicosomático, ya que no es posible dañar directamente aquello de lo que se tiene experiencia pero que carece de ubicación, en tanto se trata del ser mismo del hombre. Si el colapso es de una magnitud tal que sume al sujeto en un estado de pérdida de consciencia, que metafóricamente se suele describir y conocer como vegetativo, es decir, de imposibilidad de comunicación, si bien no se aniquila la libertad en sí misma –lo que solo sería posible con la muerte– se está, de hecho, anulando su capacidad de decisión.

En cambio, si el daño es de un grado inferior en lo que se refiere a sus consecuencias, si bien no se anula la capacidad de decisión, se infiere al sujeto un daño que incide decisivamente en su posibilidad de realizar una decisión libre, de actuar un proyecto de vida (Fernández, 1996). En este sentido, el daño al proyecto de vida compromete, seria y profundamente, la libertad del sujeto a ser él mismo y no otro, afectándolo en aquello que se denomina identidad dinámica, es decir, el despliegue de su personalidad, como se mencionó anteriormente.

### *c. Tercera etapa: asentamiento en nuevos lugares con precariedad generalizada*

En una tercera etapa, se reconoce la llegada a diversos lugares en búsqueda de protección y sobrevivencia. Debe tenerse en cuenta, como plantea Bello (2003: 5) que:

Los desplazamientos forzados ocurren generalmente en las zonas veredales, generándose en principio un éxodo hacia las cabeceras municipales, de tal suerte que pequeños municipios del país, registran crecimientos inusitados de población. Sin embargo, el escalonamiento del conflicto obliga a que el éxodo continúe hacia las grandes ciudades, donde son mayores las posibilidades de anonimato.

Las víctimas se ven obligadas a desplazarse a diversas zonas del país buscando un lugar que brinde mayor estabilidad. Llegan entonces a las grandes ciudades del país y se insertan en los cordones de miseria ya existentes en las zonas periféricas.

En esta etapa del primer asentamiento, como se ha mencionado en el transcurso del capítulo II, no se puede dar por finalizado el éxodo, ya que debido a la persistencia y permanencia del conflicto armado en Colombia las víctimas pueden ser perseguidas por los actores armados hasta las zonas donde se asientan, así, las personas se ven obligadas a huir varias veces para salvaguardar sus vidas.

En esta etapa, las personas experimentan un estado de precariedad generalizada. Inicialmente, las víctimas están en la búsqueda de elementos que les permitan la supervivencia, evidenciados en la urgencia de encontrar apoyos que permitan mitigar las necesidades básicas y la adaptación siquiera elemental al nuevo contexto.

Esto trae consigo múltiples problemas entre los cuales se pueden resaltar los de adaptación al nuevo entorno, lo que en vista del proceso de recuperación se ve reflejado en la dificultad para aclarar expectativas. Asimismo, el sufrimiento, la angustia y la ansiedad que produce no tener opciones que les permita ni siquiera superar la etapa de emergencia, genera además en muchas de estas personas profundos conflictos personales, familiares y sociales.

Sin embargo, el daño al proyecto de vida es un daño futuro y cierto, generalmente continuado o sucesivo, ya que sus consecuencias acompañan al sujeto, como está dicho, durante su transcurrir vital; el daño generado en el momento de la salida obligada de su territorio, genera una huella en el ser humano, que permea la vida del ser que fue despojado.

De igual manera, las consecuencias del daño al proyecto de vida lograrán sobrellevarse de algún modo si el sujeto tiene otros valores, de parecida, igual o mayor importancia, cuyo vivenciamiento le otorguen a su vida un nuevo sentido, que podría, de alguna manera, sustituir al que parecía haber perdido. Podría ser el caso de un ser humano de extraordinaria fortaleza moral, de coraje, de un impresionante deseo de vivir, de una honda vocación de servicio a los demás. Tal vez en el servicio al prójimo, si el sujeto es solidario, podría, de superar su trauma existencial, encontrar la nueva razón de su vida.

Un profundo y explicable dolor experimentado por la muerte de un ser querido es muy intenso en un primer momento pero, poco a poco, va diluyéndose, transformándose en otros sentimientos y afectos. Muchas veces el dolor inicial se convierte, con el transcurso del tiempo, en un sentimiento duradero de orgullo por la calidad humana del que ya no nos acompaña en la ruta de la vida, o en uno de gratitud para con el ser querido que dejó de existir por lo mucho que de él recibimos mientras estuvo con nosotros. Más que con dolor, muchas veces evocamos con ternura, nostalgia y afecto la memoria de quien nos abandonó. Con frecuencia, el sufrimiento que experimentamos en el pasado se transforma en una remembranza de sus cualidades personales y, al considerarlo como un paradigma, tratamos de seguir su ejemplo.

En cambio, en el supuesto del daño al proyecto de vida la situación es diferente. Se trata de un daño cuyas consecuencias, que comprometen la existencia misma del sujeto, suelen perdurar. Estas difícilmente logran ser superadas con el transcurso del tiempo. El daño causado es de tal magnitud que frecuentemente acompañan a la persona por toda la vida, por lo que compromete su futuro.

La víctima ha transformado, en gran medida, su propia identidad. Dejó de ser lo que libremente se propuso ser. Dejó de realizarse a plenitud. Es, pues, imposible confundir las consecuencias, a menudo devastadoras del daño al proyecto de vida, con aquellas otras, de naturaleza afectiva, que son constitutivas del daño moral (Fernández, 1996). El daño moral es el daño no patrimonial, es inferido a los derechos de la personalidad o a valores que pertenecen más al campo de la afectividad que al de la realidad económica; el más grave daño que se puede causar a la persona es aquel que repercute de modo radical en su proyecto de vida, es decir, aquel acto que impide que el ser humano se realice existencialmente de conformidad con dicho proyecto libremente escogido, atendiendo a una personal vocación. El daño a la per-

sona significa el agravio o lesión a un derecho, a un bien o un interés de la persona en cuanto tal, comprendiéndose dentro de él hasta la frustración del proyecto existencial de la persona humana, todo ello es más complejo que el sufrimiento o el dolor. Los daños morales y daños al proyecto de vida se presentan en el momento en el cual el ser humano es despojado de su vida social e individual en el momento de la salida obligada, daños que permanecen, puesto que la necesidad de sobrevivencia en los lugares de llegada que niegan los mínimos vitales, distraen la atención y no permiten hacer conciencia en los primeros instantes de las pérdidas y los daños padecidos por el rigor del conflicto.

#### *d. Cuarta etapa: revictimización, desplazamiento intraurbano*

En una cuarta etapa, una vez alcanzan la ciudad, algunas de las víctimas deben afrontar un nuevo tipo de desplazamiento: el intraurbano. En este sentido, además de huir de la violencia, del desempleo y la constante estigmatización social, deben cambiar su lugar de vivienda permanentemente debido a situaciones de inseguridad, pues muchos deben soportar la incansable persecución de parte de uno u otro grupo armado, quienes no descansan hasta cumplir con su sentencia. En esta línea, Arboleda y Londoño (2004: 7) aseveran que:

Muchos pobladores intentan huir de los hostigamientos y salvar su vida de las acciones de milicias urbanas, grupos paramilitares y bandas delincuenciales que se disputan el control de territorios y habitantes, así como de los enfrentamientos permanentes entre estos grupos, y entre Fuerza Pública y los mismos.

La dinámica del conflicto en los barrios obliga a muchas personas a cambiar de residencia sin ninguna garantía para sus bienes que, en muchas ocasiones, nunca los pueden recuperar. En definitiva, en esta cuarta etapa podemos afirmar que el proyecto de vida sigue viéndose afectado por la presencia y recurrencia del conflicto social interno del país, aquellos sujetos que a pesar de los múltiples daños provocados a su proyecto de vida, encuentran en su sistema de valores un aliciente para continuar con su proyección inicial, hallan en los lugares de asentamiento posibilidades de subsistencia pero también riesgos inminentes de nuevos posibles daños.

## **2. Investigación exploratoria. Características generales**

Por un lado, la investigación exploratoria no intenta dar explicaciones sobre el problema de estudio, sino que busca por un lado recolectar e identificar observaciones generales, cuantificaciones, hallazgos, tópicos. Por otro lado, realiza sugerencias de aspectos relacionados que deberían examinarse en profundidad en futuras investigaciones. Su objetivo es documentar ciertas experiencias, examinar temas o problemas poco estudiados o que no han sido abordados antes de manera especializada. Para Arias (1999), la investigación exploratoria tiene por objetivo familiarizar al investigador con el problema de estudio y seleccionar, adecuar o perfeccionar, los recursos y los procedimientos disponibles para una investigación posterior.

Es importante recalcar que la investigación exploratoria se caracteriza por la flexibilidad que presenta en el momento de familiarizarse con los fenómenos que para el investigador son desconocidos. Según Hernández, Fernández y Baptista (1997: 70):

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la

revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el 'tono' de investigaciones posteriores más rigurosas.

Generalmente, las investigaciones exploratorias se componen de muestras pequeñas que no representan a toda la población, y el análisis de la información suele ser de carácter cualitativo, aunque puede contener datos cuantitativos que permitan la ampliación de la información. Para Hernández, Fernández y Baptista (1997), la investigación exploratoria se caracteriza por ser más flexible en su metodología en comparación con los estudios descriptivos o explicativos, y son más amplios que estos otros dos tipos. Este tipo de investigación busca observar tantas manifestaciones del fenómeno estudiado como sea posible.

En el ámbito de las investigaciones exploratorias, no hay un campo metodológico definido para el desarrollo de la investigación. Como se ha recalcado anteriormente, este tipo de investigaciones por lo general se caracterizan por la gran flexibilidad que ofrecen en su metodología, ya que esta puede ser cuantitativa, cualitativa o histórica, según sean las necesidades que identifique el investigador.

Cabe destacar que la investigación exploratoria una vez culminada, entrega al investigador informaciones preliminares sobre el fenómeno estudiado. Los instrumentos más usados en la investigación exploratoria son las entrevistas con los expertos que han abordado de alguna manera el tema, encuestas piloto, fuentes de información secundaria o toda aquella información que ya ha sido recopilada, publicada o que se encuentra disponible.

Por nuestra parte aplicamos un instrumento para la recolección de la información, instrumento reconocido como relevante para llevar a cabo estudios etnográficos. El instrumento fue la historia de vida. Durante un tiempo aproximado de 2 años, se hizo un acompañamiento a un grupo de mujeres desplazadas colombianas, con las cuales se elaboraron 6 historias de vida.

El estudio cualitativo de las historias de vida de mujeres desplazadas colombianas se centró en 4 variables:

- Un antes del desplazamiento: ¿Quién era antes de ser desplazada?
- El momento de la salida: ¿Cuáles fueron los hechos del momento del desplazamiento? (Pérdidas humanas, materiales, simbólicas)
- El momento del asentamiento en otro lugar: ¿Cómo fue mi llegada a otro lugar después del primer desplazamiento? (Cambios y transformaciones)
- Nuevos desplazamientos (interveredales, inter barriales, intraurbanos, confinamientos, etc.): ¿Cuál es mi situación en la actualidad? (Proyecciones de futuro)

El análisis cualitativo de las historias de vida de las 6 mujeres, demostraron que existían experiencias, hechos y situaciones comunes en los relatos y narrativas de las mujeres. La rejilla que presentamos en la figura 1 contiene estas similitudes, lo que nos permite decir, que aquellas personas que atraviesan por situaciones similares a las que presentamos en la rejilla, posiblemente hallan sufrido un daño al proyecto de vida y requieren urgentemente un proceso de intervención psicosocial.



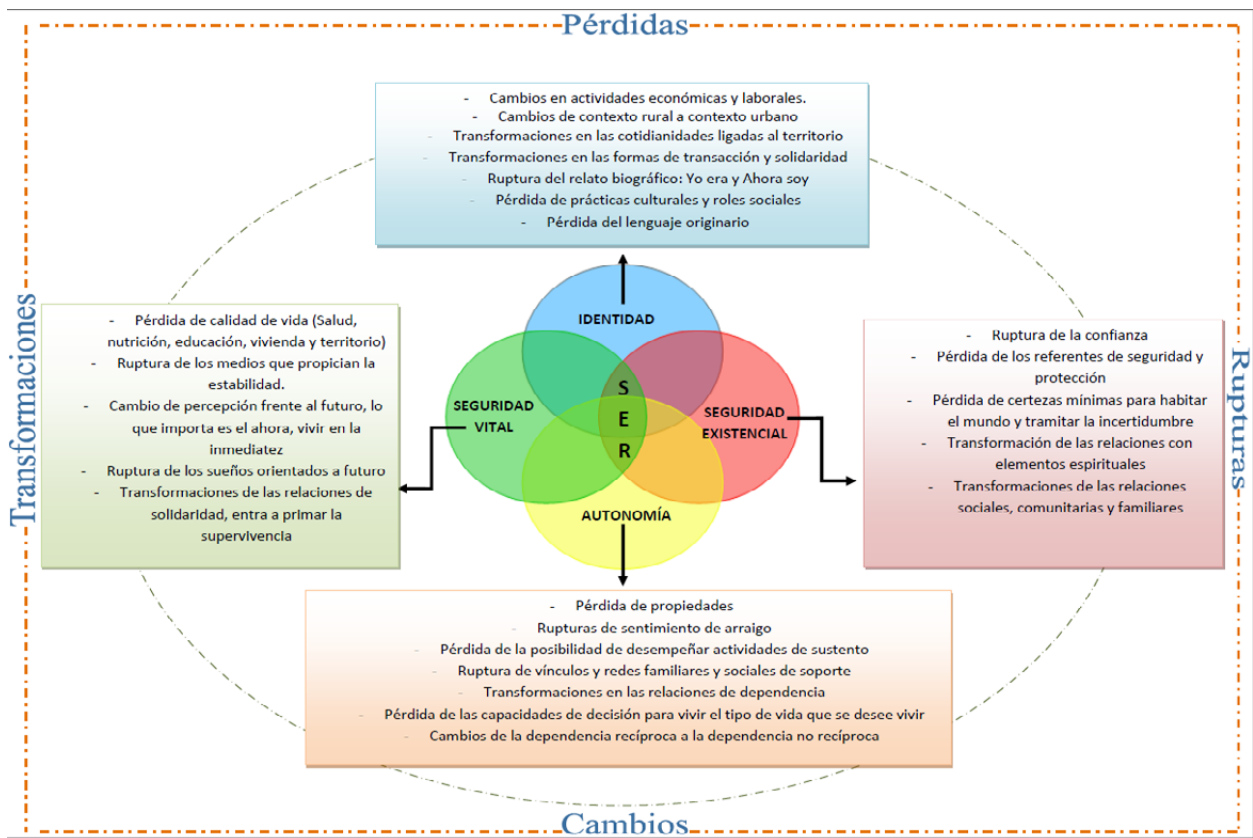


Figura 1. Rejilla para identificar los daños generados por el desplazamiento forzado en las mujeres colombianas

Como queda demostrado en la figura 1, las experiencias, hechos y situaciones comunes en las historias de vida de las mujeres desplazadas, afectan de manera particular la autonomía, la Seguridad vital, la Seguridad existencial y la identidad de quienes abandonan sus cotidianidades para salvaguardar sus vidas, estos cuatro elementos deben ser tenidos en cuenta para cualquier tipo de trabajo de intervención que se realice con este tipo de grupo poblacional.

### 3. Síntesis

Las personas en situación de desplazamiento son víctimas de la violencia sistemática que se plantea en el contexto colombiano. Esta tragedia humanitaria genera una serie de daños, pérdidas y transformaciones abruptas que afectan el equilibrio físico y mental de los y las afectadas. Es por ello que se evidencia en estas personas un sufrimiento emocional exacerbado que se ve reflejado en la salud física y mental, ya que estas personas están sometidas a situaciones extremas de amenaza, riesgo y quedan desprovistas de mecanismos de protección, lo que conlleva a una cotidianidad alterada que repercute en la vida individual, familiar y social.

Los daños causados por el desplazamiento forzado son percibidos de manera diferencial por niños y niñas, hombres y mujeres, indígenas y afrodescendientes, puesto que los acumu-

lados culturales y comportamentales dotan a cada grupo poblacional de maneras específicas para la lectura, el entendimiento, la asimilación y la resiliencia, de cara al evento traumático.

Las personas desplazadas renuncian a sus proyectos individuales y colectivos para salvaguardar sus vidas, intentan rehacerlos una vez se instalan en lugares aparentemente seguros, pero la persistencia del conflicto armado les obliga a renunciar nuevamente y buscar nuevas formas de sobrevivir; en este tránsito doloroso el ser es afectado en su totalidad, por lo que se plantea la necesidad de un acompañamiento psicosocial que reconozca la estrecha relación entre los campos de lo individual y lo colectivo, lo social y lo subjetivo, lo político, lo económico y lo psicológico.

Teniendo en cuenta nuestra experiencia hemos definido las cuatro etapas que configuran el desplazamiento forzado de las personas. Una primera etapa, denominada el antes del desplazamiento, donde se reconocen las elaboraciones de los proyectos de vida de las personas. Una segunda etapa definida como el proceso durante el cual se experimenta el desplazamiento forzado. Una tercera etapa, correspondiente al momento del primer asentamiento de las personas después del desplazamiento forzado. Y finalmente una cuarta etapa, que hemos identificado como el proceso de revictimización de las personas que son obligadas a huir de sus sitios originarios. Este estudio, nuevamente pone de manifiesto la importancia del ámbito psicosocial en la atención a las situaciones de conflicto que se presentan no solo en Colombia sino en diversos países. Se requiere hacer un seguimiento riguroso del antes y el después del desplazamiento en la vida de las víctimas, este ejercicio permite reconocer los impactos, daños y transformaciones generados por situaciones de guerra, por lo que la determinación de las pérdidas materiales y simbólicas de la población desplazada, es de vital importancia, ya que de esta identificación se derivan las necesidades de la intervención psicosocial, pérdidas que deben ser reconocidas y narradas por las propias víctimas, esto como punto indispensable en la reparación o reestructuración social de un país.

## Referencias bibliográficas

- Aguirre, A. (1995). *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Marcombo Editorial Boixareu Universitaria. Universitat de Barcelona.
- Álvarez, J. & Jurgenson, G. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós Educador. México.
- Arango, S. & Cardona, G. (2001). Desplazados: elementos para su caracterización. En: «*Revista Número 28. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Tecnológica de Pereira*». Colombia. Recuperado el 22 de febrero de 2010, de: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev28/acevedo.htm>.
- Arboleda, S. & Londoño, C. (2004). «Desplazamiento Intraurbano como consecuencia del conflicto armado en las ciudades». Informe defensoría del pueblo. Bogotá. Colombia.
- Arias, F. (1999). *Introducción a la metodología de investigación en ciencias de la Administración y del Comportamiento*. Editorial Trillas. México.
- Bello, M. N. (2003). Ponencia presentada en la Conferencia regional «Globalización, migración y derechos humanos», organizada por el Programa Andino de Derechos Humanos. PADH. Quito - Ecuador.
- Fernández, C. (1996). «El daño al proyecto de vida». *Revista de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica*, n.º 50. Lima.
- Galeano, M. E. (2004b). *Diseño de proyectos en la Investigación cualitativa*. Fondo editorial Universidad EAFIT. Medellín.

- Hernández, O. (2002). «Proyecto de Vida y Desarrollo Humano». *Revista Internacional Crece-mos*. Año 6, n.º 1 y 2. Puerto Rico.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1997). «Metodología de la investigación». McGraw-Hill Interamericana de México. S. A. Colombia. Recuperado el 5 de diciembre de 2012, de: [http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod\\_invest.pdf](http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf).
- Ibáñez, R. V. (1999). La respuesta social y comunitaria en las situaciones de guerra y violencia organizada. En P. S. Pau. (ed.), *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. (pp. 15-26). Depto. Comunicación Médicos del Mundo.
- Pérez, P. (2002). «La concepción psicosocial y comunitaria del trabajo en catástrofes. Nuevas perspectivas en el marco de la elaboración de un programa internacional de formación de formadores». Pág. 5. Recuperado el 7 de abril de 2010, de: Centro de documentación GAC. <http://www.psicosocial.net/>.



## Adicción al trabajo

### Estudio de un caso

CELIA PALLARÉS BARRÉS  
al192627@uji.es

CARLA I. CROUSEILLES ESTRADA  
al189461@uji.es

MIRIAM IBÁÑEZ GALLEN  
al189515@uji.es

ANA BELÉN LACUEVA SEGUER  
al188415@uji.es

#### Resumen

El objetivo de este proyecto es profundizar en el concepto de adicción al trabajo basándonos en un estudio retrospectivo de caso único, detectado inicialmente como adicto al trabajo (varón, 53 años) y mostrar así la fina línea existente entre la adicción al trabajo y otros conceptos afines. Para ello, hemos utilizado una metodología múltiple atendiendo a criterios cualitativos y cuantitativos. Los resultados obtenidos mediante el cuestionario DUWAS-10, indican que el sujeto puntúa por encima de la media en la dimensión «Trabajo excesivo», y por debajo en la dimensión «Trabajo compulsivo», estos resultados se confirman mediante la entrevista semiestructurada y la lista de comprobación, por lo que podemos concluir que no se trata de un caso de adicción al trabajo, si no de una sobreimplicación laboral, de modo que no se cumple nuestra hipótesis inicial.

**Palabras clave:** adicción-no adicción al trabajo, sobreimplicación laboral en un caso médico, estrés laboral.

#### Abstract

The objective of this project is to delve the concept of workaholism based on a retrospective single case, initially detected as workaholic (male, 53 years) and thus show the fine line between workaholism and other concepts related. To achieve results, we used a methodology serving multiple qualitative and quantitative criteria. The results from the questionnaire DUWAS-10, indicate that the subject scored above the average on the dimension «Overwork», and below the dimension «compulsory labor», these results are confirmed by a semistructured interview and by the questionarie, so we can conclude that it is not a case of workaholism but labor overinvolvement, so we can not accept our initial hypothesis.

**Keywords:** Addiction-not workaholism, Overinvolvement work in a medical case, work stress.

## Introducción

En la presente introducción abordaremos los conceptos de trabajo, destacando sus funciones y dimensiones, y por otro lado, el concepto de adicción al trabajo centrándonos en aspectos históricos, conceptuales y dimensiones principales.

Entendemos como trabajo aquel conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo, que mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir, o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad la persona aporta energías, habilidades, conocimientos, y otros diversos recursos, y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social (Peiró, 1989).

La importancia del trabajo viene dada por sus importantes funciones, como son, integrativa o significativa, proporcionar estatus y prestigio, identidad personal, función económica, fuente de oportunidades para la integración y los contactos sociales, estructuración del tiempo, mantener al individuo bajo una actividad más o menos obligatoria, fuente de oportunidades para desarrollar habilidades y destrezas, transmitir normas, creencias y expectativas sociales, proporcionar poder, control y comodidad y confort (Peiró y Prieto, 1996).

El trabajo se compone de tres dimensiones que son las normas societales, valores laborales y centralidad, siendo la tercera de ellas la relevante en el caso que nos ocupa. Entendemos como centralidad a la creencia general acerca del valor del trabajar en la vida de una persona y como el grado de importancia general que el trabajar tiene en la vida de una persona en cualquier momento dado del tiempo. Este concepto llevado a su extremo puede conllevar una adicción al trabajo (apuntes tema 2 de Psicología del Trabajo y las Organizaciones). Existen multitud de definiciones de adicción al trabajo, la primera que conocemos fue la propuesta por Oates en la que se entendía como una necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente que afecta a la salud, a la felicidad y a las relaciones de la persona (Oates, 1971).

Ha habido diferentes visiones a la hora de definir la adicción al trabajo como un concepto positivo o negativo. La perspectiva que ve la adicción al trabajo como algo positivo tuvo su predominancia durante los primeros años de estudio con autores como Machlowitz (1980), Korn, Pratt y Lambrou (1987). En la actualidad, la mayoría de los autores lo consideran como un fenómeno totalmente negativo. Así pues en el presente trabajo, nos vamos a basar en la perspectiva actual, tomando como referencia la definición propuesta por Salanova *et al.* (2008) en la que se entiende que la adicción al trabajo es un daño laboral de tipo psicosocial, ya que, el trabajador no se siente bien presentando síntomas de estrés y malestar psicológico, y problemas tanto laborales como extralaborales; caracterizado por el trabajo excesivo que se lleva a cabo debido a una irresistible necesidad o impulso de trabajar constantemente.

Por tanto, el trabajo excesivo y la compulsión por trabajar, son las dos dimensiones principales que definen la adicción al trabajo (Schaufeli *et al.* 2006).

En el siglo XXI este concepto está tomando mucha importancia, a pesar del desconocimiento que se tiene sobre él, ya que en la sociedad actual se valora y recompensa a las personas que dedican mucho tiempo a su trabajo.

El presente proyecto se centrará en profundizar en el concepto de adicción al trabajo basándonos en un estudio retrospectivo de caso único, detectado a priori como adicto al trabajo (varón, 53 años) y ejemplificar con el mismo, la delgada línea que separa la adicción al trabajo de otros conceptos afines.

Descripción del caso práctico: V es un varón de 53 años de nacionalidad española. Posee estudios universitarios ya que cursó la carrera de Medicina. Ejerce la profesión de médico pero en distintos ámbitos (asistencia sanitaria, docencia e investigación). Actualmente está involucrado en distintos empleos y proyectos como: 6 líneas de investigación en el campo de la medicina.

Dirección de 5 proyectos de formación (3 másteres, 2 títulos universitarios de especialista), dirección de 9 tesis doctorales y dirección de 8 proyectos de másteres, aunque sus dos puestos de trabajo principales son de asistencia clínica en consulta privada (Trabajo 1) y 2 proyectos de gestión sanitaria (Seguridad de pacientes y calidad asistencial) (Trabajo 2).

Cabe destacar que ninguno de estos empleos y proyectos tiene un horario definido, ya que todos ellos se caracterizan por cumplir unos objetivos en un tiempo determinado, así pues, V tiene autonomía para organizar su tiempo.

V está casado desde hace 23 años y vive en domicilio familiar con su mujer y sus dos hijos de 16 y 20 años. La responsabilidad económica recae únicamente sobre él y la mujer se dedica al cuidado de los hijos y de la casa. A pesar de esto, V nunca ha descuidado aspectos relacionados con sus hijos como su educación y en ocasiones ha priorizado aspectos familiares a laborales.

Actualmente la mayor parte del tiempo libre lo dedica a su mujer, ya que sus hijos son mayores y por tanto tienen cierta independencia. Sin embargo, su mujer e hijos continuamente le dicen que no trabaje tanto. En estos casos V se justifica diciendo que lo hace para poder dar a su familia una buena calidad de vida.

V en su vida extralaboral realiza actividades diarias como lectura, ciclismo o footing y los fines de semana cocina, ve películas y sale a cenar con su mujer y/o amigos.

El objetivo de este proyecto es profundizar en el concepto de adicción al trabajo basándonos en un caso real detectado inicialmente como adicto al trabajo. Tras realizar el análisis del caso, observamos que no se trataba de una adicción al trabajo, no obstante, seguimos adelante con el proyecto para explicar los conceptos afines a la adicción al trabajo.

## Método

En este apartado vamos a explicar los instrumentos de medida que se pueden utilizar y los que hemos utilizado, para evaluar y diagnosticar de forma válida y fiable si un trabajador está padeciendo o no el trastorno de Adicción al trabajo.

Un aspecto importante es que el técnico conozca qué herramientas se encuentran disponibles para llevar a cabo una adecuada evaluación de la adicción al trabajo, para poder seleccionar aquella con mayores garantías de éxito en función de las necesidades del paciente.

Las herramientas de evaluación de la adicción al trabajo pueden dividirse en 3 grandes bloques:

1. Listas de comprobación
2. Cuestionarios de autoinforme
3. Entrevistas

Existe evidencia de que estas herramientas son complementarias, de manera que una adecuada evaluación de la adicción requiere de su combinación (Llorens, Salanova y Ventura, 2011).

En primer lugar, vamos a hablar de las herramientas que se han utilizado con más tradición en la evaluación de la adicción al trabajo por su sencillez de comprobación. Se trata de listas sobre las que el trabajador debe contestar con un simple Sí/No en función del grado en que las situaciones que se plantean describen su conducta. En la actualidad suelen utilizarse en las primeras fases de evaluación de las empresas para realizar un análisis inicial de la cantidad de personas adictas al trabajo que pueden existir. Las dos listas de comprobación más utilizadas son:

1. La propuesta por Machlowitz en 1980, la cual está compuesta por 10 situaciones cotidianas que se presentan de forma muy sencilla. Se confeccionó para ser completada directamente por la persona que se sospechaba que estaba sufriendo adicción al trabajo.
2. La segunda lista de comprobación es la de Killinger, 1991. Esta es más compleja en cuanto a su extensión, pues consta de 30 preguntas en las que el trabajador tiene que responder con Sí/No a una serie de situaciones. Esta autora sugería que si había más de 19 respuestas afirmativas, lo más probable es que la persona fuese adicta al trabajo.

Estas listas tienen algunos problemas como:

- a) No existe información sobre el procedimiento que se siguió para proponer esas preguntas.
- b) Su excesiva simplicidad supone un problema a la hora de estudiar si ambas escalas poseen buenas propiedades psicométricas.
- c) Ninguna de las dos se utiliza de forma única para evaluar la adicción al trabajo.

Es por eso, que para nuestro caso hemos utilizado una lista de comprobación actualizada que sirva para realizar la primera evaluación rápida de la adicción al trabajo. Esta lista está formada por 10 preguntas y está basada en una escala de respuesta tipo Likert que se contesta de 0 «Nunca» a 6 «Siempre». Está compuesta por preguntas que evalúan aspectos relacionados con el trabajo excesivo y compulsivo, centrales en la adicción al trabajo, así como algunos antecedentes de la misma como la autoeficacia que han recibido evidencia empírica. Además incluye un espacio en el que cada trabajador puede explicar brevemente como trabaja y la forma en la que le influye en la vida cotidiana. Con ello, se consigue mejorar la representatividad de los resultados obtenidos y mejorar la educación de las preguntas (anexo 1).

Por otro lado, los cuestionarios de autoinforme adaptados para la evaluación de la adicción al trabajo, tras pasar una revisión exhaustiva, se puede afirmar que este fenómeno psicosocial puede evaluarse utilizando un total de 6 instrumentos con garantías de calidad: el Work Adicction Risk Test (WART) de Bryan Robinson (1989), el Workaholism Battery (WORKBAT) de Spence y Robins (1992), el de Schedule for Nonadaptative Personality Workaholism Scale (SNAP-Work) de Clark (1993), el Workaholic Adjective Checklist (WAC) de Haymon (1993), el Dutch Work Addiction Scale (DUWAS) de Schaufeli y la versión reducida DUWAS-10 de Schaufeli *et al.* (2009) y Del Líbano *et al.* (2010) en su versión española.

Para nuestro caso hemos utilizado el cuestionario de Schaufeli, el DUWAS-10 (Dutch Work Addiction Scale breve), ya que, tras haber sido sometido a varios estudios se ha mostrado que presenta buenos índices de fiabilidad y validez, lo que indica su adecuación para el estudio de la adicción al trabajo. El DUWAS-10 o DUWAS reducido mantiene las dimensiones básicas consideradas en el cuestionario original, reduciendo el número de ítems a 5 por dimensión (10 ítems en total), ya que eliminaron aquellos ítems que no aportaban información de utilidad.

Una de las herramientas clave que está cobrando mucha importancia en los últimos tiempos como una herramienta complementaria, son las entrevistas, ya que, una vez identificadas las personas que pueden ser adictas al trabajo mediante cuestionarios, es necesario llevar a cabo una entrevista personalizada donde se confirme que, en efecto, la adicción está presente. Incluso puede que sea necesario entrevistar a compañeros de la persona que se considera que sufre adicción, si tras la entrevista al trabajador todavía existen dudas de su adicción. En este caso, vamos a realizar una entrevista a la persona adicta al trabajo. Se trata



de una entrevista semi-estructurada, en la que el entrevistador o persona experta en adicción al trabajo, sigue una serie de preguntas clave en las que el trabajador o trabajadora tiene que explicar qué es lo que hace durante su jornada laboral y también lo que hace fuera de ella, siempre y cuando esté relacionado con temas de trabajo.

Los pasos a seguir para llevar a cabo una buena entrevista son:

1. Establecimiento del «rapport»: tiene la finalidad de destensar al entrevistado para que responda con mayor tranquilidad y veracidad a las preguntas del entrevistador.
2. Se explican las razones por las que se está entrevistando a la persona y se garantiza confidencialidad durante la entrevista.
3. Aspectos laborales: el entrevistado debe explicar en qué consiste un día de trabajo normal, desde que entra a trabajar hasta que acaba la jornada. También se aprovecha esta parte de la entrevista para conocer si la persona se considera autoeficaz en su trabajo, cómo de satisfecha se siente con él mismo y el motivo por el que está trabajando en la empresa u organización.
4. Aspectos sociolaborales: se pretende saber si la persona está manteniendo un equilibrio entre el trabajo y el no trabajo.
5. Aspectos familiares: En este apartado el entrevistador aprovecha para sondear cómo el trabajo afecta a las relaciones personales (familia, pareja) de la posible persona adicta al trabajo.
6. Se da información sobre el nivel de adicción al trabajo obtenido en el cuestionario.
6. Se comentan los resultados con el trabajador o trabajadora para conocer su opinión.
7. Resumen y recapitulación: Se hace un resumen de los aspectos más relevantes comentados durante la entrevista.
8. Preguntas finales: se le pregunta al entrevistado si en su opinión tiene algún problema con la gestión del trabajo. Se le dan las recomendaciones necesarias.
9. Agradecimientos y emplazamientos para otra reunión donde se le darán a conocer las impresiones finales de la entrevista.

## Resultados

Para nuestro caso hemos utilizado una lista de comprobación actualizada que sirva para realizar la primera evaluación rápida de la adicción al trabajo. Tras observar los resultados obtenidos en la lista de comprobación (anexo 1), cabe destacar que V puntúa alto en ítems como: «Es competitivo y por lo general está decidido a ganar», «Es excesivamente crítico consigo mismo si comete un error», «Se lleva trabajo a casa y trabaja por la noche o durante los fines de semana».

Otro de los instrumentos utilizados en nuestro trabajo es el cuestionario de Schaufeli, el DUWAS-10 (Dutch Work Addiction Scale breve), ya que, tras haber sido sometido a varios estudios se ha mostrado que presenta buenos índices de fiabilidad y validez, lo que indica su adecuación para el estudio de la adicción al trabajo.

La puntuación obtenida por V para la dimensión «Trabajo excesivo (TE)» es 2,6 siendo 4 la puntuación máxima, esto nos indica que se encuentra por encima de la media. Por otro lado, para la dimensión «Trabajo compulsivo (TC)», ha obtenido una puntuación de 1,2 siendo 4 la máxima, lo que nos indica que está por debajo de la media. Por último, la puntuación obtenida por V en este cuestionario es 1,9 lo cual nos indica que no es un adicto al trabajo, ya que para ello se necesita obtener una puntuación entre 3,25 y 4 (anexo 2).

En este caso también vamos a realizar una entrevista a nuestro sujeto. Dicha entrevista nos ha servido para confirmar los resultados que ya habíamos obtenido en la lista de compro-

bación de adicción al trabajo y en el cuestionario DUWAS-10. V presenta un exceso de trabajo pero no una compulsión por trabajar, la segunda de las dimensiones centrales, ya que, saca tiempo diario para dedicar a sus hobbies, su familia y amigos (anexo 3).

## Discusión y conclusiones

Al inicio de este trabajo nos planteamos la hipótesis de que V tenía adicción al trabajo, para comprobarlo, utilizamos una metodología múltiple atendiendo a criterios cualitativos y cuantitativos.

En primer lugar, realizamos una aproximación teórica al concepto de adicción al trabajo, con la que observamos que V, presentaba la característica de «trabajo excesivo», que es una de las dimensiones básicas de la adicción al trabajo. Se observan indicios de otras características, como «alta importancia y significado del trabajo», «problemas extralaborales» y también se observan «problemas de salud referidos a estrés y ansiedad», aunque estas no se llegan a dar en su totalidad.

Posteriormente, utilizamos medidas de evaluación sobre el caso detectado, con el objetivo de probar o refutar la hipótesis de su adicción laboral, para lo que empleamos el cuestionario DUWAS-10 obteniendo unos resultados que reflejan que V presenta una puntuación por encima de la media en la dimensión «Trabajo excesivo» pero no en la de «Trabajo compulsivo». La lista de comprobación de la adicción al trabajo, y la entrevista semi-estructurada, nos han reafirmado los resultados obtenidos en el DUWAS-10.

Por lo que podemos concluir, que no se cumple nuestra hipótesis, ya que no se trata de un caso de adicción al trabajo, si no de una sobreimplicación laboral, de modo que se confirma la necesidad de evaluar cuidadosamente aquellos casos que en apariencia pudieran ser susceptibles de categorizarse como adictos al trabajo, para confirmar o, como sucede en el caso presentado, refutar dicha adicción. Parece conveniente la evaluación del caso desde el punto de vista del «engagement», así como la realización de prevención frente a un potencial desarrollo del trastorno adicción al trabajo.

## Referencias bibliográficas

- Apuntes Psicología del trabajo y las organizaciones. Tema 5 «Psicología de la salud ocupacional».
- Clark, L. A. (1993). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Del Líbano, M. & Llorens, S. (2012). Guía de intervención: Adicción al trabajo. Madrid: Síntesis *Guía rápida sobre conciliación de la vida laboral, familiar y personal*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 2010. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Haymon, S. (1993). The relationship of work addiction and depression, anxiety and anger in college males. Doctoral dissertation, Florida State University 1992. *Dissertation Abstract International*, 53, 5401-B.
- Killingier, B. (1991). *Workaholics: The respectable addicts*. New York: Simon & Schuster.
- Korn, E. R., Pratt, G. J. & Lambrou, P. T. (1987). *Hyper-performance: the A.I.M. strategy for releasing your business potential*. New York: John Wiley.
- Llorens, S., Salanova, M. & Ventura, M. (2011). *El Tecnoestrés*. Editorial Síntesis: Madrid.
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholic: Living with them, working with them*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Oates, W. E. (1971). *Confessions of a workaholic: The facts about work addiction*. New York: World.
- Peiró, J. M. (1989). *Desempleo juvenil y socialización para el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Peiró, J. M. & Prieto, F. (1996). *Tratado de psicología del trabajo I: La actividad laboral en su contexto*. Editorial: Síntesis.
- Rivero, A., Del Corral, A., Cabrero, B., Martínez-Pantoja, I., Pescador, G., Antolínez, P. & Rodríguez, A. (2005). *Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Robinson, B. E. (1989). *Work addiction*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Salanova, M., Del Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W. B. & Fidalgo, M. (2008). La adicción al trabajo. *Nota técnica de prevención, 759, 22.ª Serie*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van Der Heijden, F. & Prins, J. T. (2009). Workaholism among medical residents: it is the combination of working excessively and working compulsively. *International Journal of Stress Management, 16*, 249-272.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & Bakker, A. B. (2006). Dr Jekyll or Mr Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. En R. Burke (ed.), *Research companion to working time and work addiction* (pp. 193-217). Cheltenham, UK and Northampton, MA: Edward Elgar.
- Spence, J. T. & Robbins, A. S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment, 58*, 160-178.

## Anexos

### Anexo 1. Lista de comprobación

**Cuadro 3.1**  
Ejemplo de lista de comprobación sobre adicción al trabajo

A continuación se presentan 10 preguntas referentes a lo que suele hacer habitualmente. Responda utilizando la siguiente escala de frecuencias:

Nunca 0 Nunca	Casi nunca 1 Un par de veces al año	Raramente 2 Una vez al mes	Algunas veces 3 Un par de veces al mes	A menudo 4 Una vez a la semana	Frecuentemente 5 Un par de veces a la semana	Siempre 6 Cada día
						0 1 2 3 4 5 <b>6</b>
						0 1 2 3 4 5 <b>6</b>
						0 1 2 3 4 <b>5</b> 6
						0 1 2 3 <b>4</b> 5 6
						0 1 <b>2</b> 3 4 5 6
						0 1 <b>2</b> 3 4 5 6
						0 1 2 <b>3</b> 4 5 6
						0 1 2 3 4 <b>5</b> 6
						0 1 2 <b>3</b> 4 5 6
						0 1 2 3 4 5 6

Piense sobre su trabajo y cómo le influye en su vida. Si considera que tiene algún problema asociado al exceso de trabajo, por favor explíquelo brevemente:

.....

.....

## Anexo 2. Cuestionario de autoinforme DUWAS-10

**Cuestionario DUWAS reducido ©**  
 © Libano, M., Llorens, S., Salanova, M., & Schaufeli, W. (2010). Validity of a brief workaholism scale. *Psicotema*, 22, 143-150.

	(Casi) Nunca 1	A veces 2	A menudo 3	(Casi) Siempre 4
1 Parece que estoy en una carrera contrarreloj	1	2	3	4
2 Me encuentro continuamente trabajando después de que mis compañeros ya lo han dejado	1	2	3	4
3 Para mí es importante trabajar duro incluso cuando no disfruto de lo que estoy haciendo	1	2	3	4
4 Generalmente estoy ocupado, llevo muchos asuntos entre manos	1	2	3	4
5 Siento que hay algo dentro de mí que me impulsa a trabajar duro	1	2	3	4
6 Dedico más tiempo a trabajar que a estar con mis amigos, practicar <i>hobbies</i> o hacer actividades de placer	1	2	3	4
7 Me siento obligado a trabajar duro, incluso cuando no lo disfruto	1	2	3	4
8 Me encuentro a mí mismo haciendo dos o tres cosas al mismo tiempo, como comer y tomar notas mientras estoy hablando por teléfono	1	2	3	4
9 Me siento culpable cuando tengo un día libre en el trabajo	1	2	3	4
10 Me resulta difícil relajarme cuando no estoy trabajando	1	2	3	4

INTERPRETACIÓN: Si obtienes una media entre 3.25 y 4 se te puede considerar adicto al trabajo.

## Anexo 3. Entrevista

*Aspectos laborales*

- Explícame un día normal en tu lugar de trabajo.

Entro aproximadamente a las 8:30 hasta la 13:00 en la consulta (trabajo 1). Como en algún bar o un bocadillo en el coche y a las 14:00, aproximadamente, entro en mi otro trabajo, hasta las 20:00. Mi horario no es fijo, ya que en el trabajo 1, soy autónomo y puedo organizar mi tiempo y en el trabajo 2, tengo flexibilidad horaria pero unos objetivos a cumplir marcados por la empresa, en un tiempo determinado.

- ¿Haces descansos de cuando en cuando, por ejemplo para almorzar?

Sí. Siempre que puedo y el trabajo me lo permite o en función de la agenda.

- ¿Cómo se siente durante las pausas?

Muy bien, ya que necesito esos momentos de relax.

- ¿Terminas la jornada laboral cuando te corresponde o trabajas más horas de las que pone en tu contrato?

No tengo un horario establecido, pero sí que es verdad que trabajo más horas porque estoy involucrado en más proyectos a parte de mis trabajos.

- ¿Qué crees que te lleva a trabajar tanto?

Todos los proyectos que tengo en marcha y el poco tiempo que tengo para ellos.

- ¿Lo sientes como una necesidad, una obligación o un placer?

Un poco de todo, necesidad económica, obligación porque hay un contrato firmado y placer porque es lo que me gusta y a lo que siempre he querido dedicarme.

- ¿Cumples los objetivos que te marcas o que te marcan en tu trabajo?

Sí, siempre.

- ¿Qué relación tienes con tus compañeros de trabajo?

Una relación laboral muy buena.

- ¿Si tuvieras libertad absoluta, como distribuirías el tiempo de trabajo?

Tengo libertad absoluta para gestionar mi tiempo, aunque tengo unos objetivos a alcanzar en un tiempo determinado. Por tanto, distribuyo mi tiempo en función de las tareas que me han impuesto en ese periodo de tiempo.

- ¿Te sientes autoeficaz en tu trabajo? ¿Y en otras esferas de tu vida?

Sí, también.

- ¿En general cómo te sientes en tu trabajo? (Ej.: estresado, satisfecho...)

Ambas cosas, ya que, el exceso de trabajo en ocasiones me produce mucho estrés, pero también me proporciona mucha satisfacción laboral y personal.

- ¿Por qué motivo trabajas en esa empresa?

Porque es lo que me gusta y para lo que me he formado.

### *Aspectos sociolaborales*

- Explícame cómo se desarrolla un día normal fuera de tu lugar de trabajo.

En un día laboral, antes de entrar al trabajo, me levanto a las 6-6.30 para hacer bici, ya que es uno de mis *hobbies* preferidos. Me voy a trabajar y cuando llego a casa me gusta ver una serie de televisión con mi mujer. Ceno con mi familia y antes de acostarme leo todos los días, ya que, es otro de mis *hobbies*.

Cuando llega el fin de semana o cuando estoy de vacaciones, en función de los trabajos o proyectos que tenga en marcha en ese momento, me levanto antes o después. Trabajo toda la mañana. Cocino la comida para mi familia, ya que es algo que me gusta y entre semana no puedo hacer. Comemos todos juntos. Hago la siesta y después, dependiendo del trabajo que tenga, o bien continuo o bien veo una película con mi mujer. Por la noche, los sábados, mi mujer y yo solemos salir a cenar con nuestro grupo de amigos y los domingos ceno con mi familia en casa.

- ¿Trabajas cuando llega a casa? (motivos)

Sí, porque yo gestiono mi tiempo y tengo muchos proyectos en marcha que necesitan mucha dedicación. De mi trabajo depende mucha gente.

- ¿Cuándo tuviste tus últimas vacaciones?

En el mes de agosto del 1 al 27.

- ¿Hiciste algo relacionado con tu trabajo durante las mismas?

Sí, revisar tesis, preparar proyectos...

- ¿Cuántas veces sueles quedar con tus amigos en una semana en la que no ocurra nada anormal?

Una vez, normalmente los sábados por la noche.

- ¿Se han reducido este tipo de reuniones por temas laborales? ¿Desde cuándo?

Sí, cuando el trabajo no me ha dejado otra opción.

- ¿Piensas en temas relacionados con el trabajo mientras estás con tu familia o amigos? Tiempo aproximado que dedica a estos pensamientos.

Solo cuando tengo algún problema que me preocupa.

- ¿Qué *hobbies* tienes? ¿Tienes tiempo suficiente para practicarlos o tu trabajo te lo impide?

Ciclismo, lectura y viajar. Saco tiempo para realizarlos todos los días, excepto viajar.

#### Aspectos familiares

- ¿Vives solo?

No, vivo con mi mujer y mis dos hijos.

- ¿Tienes pareja?

Sí, estoy casado.

- ¿Cómo es la relación que tienes con tu pareja?

Buena. Llevamos 23 años casados y nos complementamos muy bien.

- ¿Crees que le dedicas menos tiempo a tu familia, por temas de trabajo?

Sí, ya que paso muchas horas fuera de casa.





## Género y salud ocupacional: revisión de su situación en España

PATRICIA BENÍTEZ ORTIZ  
patry\_cs\_1991@hotmail.com

MARTA CABALLER GARRETA  
marta91\_mc@hotmail.com

ESTHER GONZÁLEZ TEJEDO  
esther\_gonzalez\_13@hotmail.com

TANIA PITARCH GIMENO  
Taniapg91@gmail.com

BETLEM PONS ALEMÁN  
betlempons@gmail.com

EVA CIFRE GALLEGO  
cifre@uji.es

### Resumen

La perspectiva de género en el estudio de la salud es reciente, fomentado por la Ley de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Aunque esta perspectiva de género no está universalmente adoptada en el contexto español, sí que existen una serie de investigadores y/o grupos de investigación en el ámbito de la salud que han comenzado a incorporarla.

Por ello, el objetivo de este estudio es analizar los principales equipos de investigación existentes en España relacionados con salud psicosocial y género en general, y salud psicosocial en el trabajo en particular. Para ello, hemos llevado a cabo un análisis de las publicaciones realizadas por estos equipos a partir de diferentes bases de datos observando en qué aspectos se centran, y las colaboraciones entre diferentes equipos de investigación.

Los resultados muestran la existencia de al menos 6 grupos de investigación en España, aunque tan solo uno se centra en el contexto laboral. Este estudio supone un primer paso de cara a la iniciación de esta línea de investigación (género y salud ocupacional) en la Universitat Jaume I.

**Palabras clave:** salud psicosocial, género, sexo, estrés laboral.

### Abstract

The gender perspective in the study of the health is recent, promoted for the Law of Effective Equality between women and men. Though this gender perspective or it is not

universally adopted in the Spanish context, it exist a series of researchers and /or research groups in the area of the health that have begun to incorporate it.

For it, the aim of this study is to analyze the main existing Spanish research related to psychosocial health and gender in general, and in occupational health psychosocial in particular. To do it, we have carried out an analysis of the publications performed by these teams from different databases observing on which aspects they focus, and the collaborations between different research teams.

The results show the existence of at least 6 research teams in Spain, though only 1 focuses on the work context. This study means the first step towards the beginning of this line of research (gender and occupational health) in the Universitat Jaume I.

**Keywords:** psychosocial heath, gender, sex, job stress.

## Introducción

La adopción de la perspectiva de género en el estudio de la salud es algo relativamente reciente. Sin embargo, aunque se trata de una perspectiva no universalmente adoptada, sí que existen algunos grupos de investigación en nuestro país que ya han incorporado esta perspectiva de género en su investigación en el ámbito de la salud.

Se entiende por «Salud» el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (Organización Mundial de la Salud, OMS 1948). En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social).

Por otra parte, el «Género» es el conjunto de representaciones, creencias y comportamientos prescritos a los miembros de una sociedad en función de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. Se trata de una construcción social y no de una separación de roles natural e inherente a la condición biológica de los sujetos.

Desde hace algunos años, algunos denominan género a lo que parece diferenciar la identidad femenina de la masculina y la masculinidad; así como las múltiples características que suelen conllevar: comportamiento, actitud, consideración social, carácter físico etc.

Desde un punto de vista de la investigación de salud actual, es todavía escasa la literatura que incluye las diferencias de género/sexo en los factores de riesgo, los mecanismos biológicos, las causas, el momento, la manifestación clínica, las consecuencias y el tratamiento de enfermedades y trastornos, lo cual consideramos importante.

Un contexto específico de gran importancia para la salud, es el contexto laboral, es decir, la salud ocupacional. Según la Organización Mundial de la Salud, la «salud ocupacional» es una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo, cuidando así las condiciones físicas del trabajador y las psicológicas.

Algunos de los problemas más usuales de los que debe ocuparse son:

- Salud física: las fracturas, cortaduras y distensiones por accidentes laborales, los trastornos por movimientos repetitivos, los problemas de la vista o el oído y las enfermedades causadas por la exposición a sustancias antihigiénicas o radioactivas.
- Salud psicosocial: estrés causado por el trabajo o por las relaciones laborales.

En concreto, en el ambiente laboral, el estrés laboral es una de las principales causas de baja laboral, mostrando así la importancia de la salud psicosocial en los lugares de trabajo.

En la relación entre género y salud ocupacional, el proceso parece haber seguido un proceso inverso al tradicional: la sociedad ha desarrollado leyes que obligan a contemplar las diferencias por género, cuando la literatura científica al respecto es todavía escasa. En este sentido, podemos nombrar varias leyes según las cuales estas diferencias deberían ser contempladas, tales como la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1995), la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, o la misma Constitución española. En concreto, el artículo 14 de la dicha Constitución proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo. Por su parte, el artículo 9.2 consagra la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas. Incluyendo la investigación (para ver un mayor desarrollo del tema, véase Cifre, Salanova y Franco, 2011).

El objetivo principal de este estudio es hacer un primer análisis de los grupos de investigación españoles que estudian género y salud en general, y salud ocupacional en particular.

## Método

La duración de la investigación ha sido de cuatro meses en los cuales hemos indagado qué universidades españolas tienen como tema de estudio el género y la salud ocupacional. Además hemos tenido en cuenta las colaboraciones entre las diversas universidades españolas y colaboraciones con otros países.

Hemos considerado que es importante observar los estudios que se hacen junto con otros países ya que la salud ocupacional está muy relacionada con las culturas. Los instrumentos utilizados han sido revistas y publicaciones anteriores obtenidos de diversas fuentes de datos como Google Escolar y bases de datos como Psycinfo, CSIC e ISBN.

La investigación no se ha centrado solamente en los grupos de investigación de las distintas universidades sino que también hemos buscado datos sobre sus componentes. Con datos nos referimos a estudios, área de docencia y publicaciones.

Las universidades elegidas como muestra del trabajo han sido las siguientes: Castellón, Barcelona, Madrid, Oviedo y Tenerife. Los criterios de selección han sido las investigaciones y publicaciones realizadas por estas universidades sobre el tema de interés y las relaciones entre ellas.

Además, nos hemos puesto en contacto con colaboradores de algunos de los grupos estudiados por ejemplo MPAGER de la Universitat Jaume I de Castellón para ver sus mecanismos de trabajo y el fomento de la investigación.

## Resultados

Los resultados que hemos obtenido de los principales equipos de investigación en España han sido los siguientes:

1. El equipo de investigación MPAGER (Jaume I, UJI), coordinado por la Dra. Eva Cifre y compuesto por miembros de los dos departamentos de Psicología de esta universidad, tiene como objetivo el realizar un acercamiento multidimensional a las emociones y la regulación emocional en contextos laborales y no laborales, incluyendo la perspectiva de GÉNERO. Este estudio supone un acercamiento bio-psicosocial, que se

concreta en las diferentes líneas de búsqueda de relación entre diferentes variables y las emociones.

Además, hemos encontrado otros grupos UJI que trabajan Salud (no ocupacional) y género, como es el caso del grupo de PSICOLOGÍA DE LA SALUD: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO, coordinado por el Dr. Rafael Ballester.

2. El grupo de investigación de la Universitat de Barcelona está coordinado por Cristina Borderías Mondéjar. Su labor desde el departamento de Historia contemporánea consiste en hacer un replanteamiento sobre la definición del trabajo para adaptarla a cada situación.

3. El Grupo de Investigación de la Universidad Complutense de Madrid se denomina Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY).

Constituido por investigadores académicos y profesionales del campo de la salud, estudian características del comportamiento humano que tienen una especial relevancia en la salud de las personas, desde un enfoque biopsicosocial e introduciendo, además la perspectiva de género en el enfoque general del problema a estudiar. Se mantienen varias líneas de investigación, en colaboración con varias universidades españolas.

La Red Hygeia nace a propuesta del Grupo de Investigación EPSY, promotor del Máster/Doctorado Mujeres y Salud, en los que muchos de los participantes de la Red Hygeia participan y colaboran.

4. En la Universidad de Oviedo encontramos distintos estudios sobre género y salud. Uno de los principales artículos publicados por uno de sus miembros (Elena García Vega) es: «Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente».

En el estudio al que hace referencia el artículo colaboran también otras investigadoras que son: Elena Menéndez Robledo, Paula García Fernández, Rosana Rico Fernández.

5. En el grupo de investigación de la Universidad de La Laguna está coordinado por M.<sup>a</sup> Pilar Matud, conocida por diversas aportaciones al campo de salud psicosocial y género.

Uno de sus artículos más interesantes al respecto de salud psicosocial y género es: «Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza», donde colabora con María de Abona García Rodríguez y María José Matud Aznar.

A continuación, en la figura 1, se muestra el mapa que ubica las distintas universidades que han sido objeto de nuestro estudio y la relación de colaboración que se establece entre ellas a la hora de investigar el tema de género y salud ocupacional.



Figura 1. Ubicación de los grupos de investigación y su relación

Como podemos observar en el mapa, la Universidad de Madrid colabora en los estudios de género y salud con la de Barcelona, Murcia y Málaga.

A lo largo del estudio, no hemos estudiado las universidades de Málaga y Murcia ya que se centran en el género y la salud, pero no hace distinciones entre salud y salud ocupacional.

Además, como ya habíamos dicho, hemos encontrado colaboraciones en el extranjero como por ejemplo el Centro Universitario Feevale (Brasil), que ha sido colaborador junto con la Universidad Complutense de Madrid en la investigación.

## Discusión y conclusiones

Tal y como se ha señalado en el texto, la adopción de la perspectiva de género en el estudio de la salud ocupacional es algo bastante reciente, ya que hace unos años no se trabajaba de la misma forma que ahora en este ámbito. No es todavía una perspectiva que esté de forma universal implantada en todo el mundo, pero en nuestro país tenemos la suerte de que algunos equipos de investigación la estén llevando a cabo, y la estén incorporando día tras día en sus investigaciones en el ámbito de la psicología.

En nuestro país existen muchos problemas laborales que hace que los trabajadores se sientan afectados en sus puestos de trabajo; y según la poca investigación disponible, existen diferencias por género en cuanto a los factores ambientales del trabajo que les afectan (i. e., Cifre y otros, 2011). Por esta razón hemos abordado nuestro trabajo desde la salud ocupacional, pensando en todas y cada una de las personas que cada día pasan muchas horas de su vida en su lugar de trabajo.

Las universidades en las que nos hemos centrado, las hemos explicado detalladamente en el apartado método; aquí solo comentaremos que gracias a estar estudiando en la Universitat Jaume I, y con la colaboración de la Dra. Eva Cifre, hemos conseguido aprender e indagar en temas apasionantes sobre la salud ocupacional en esta universidad. Al estar estudiando en la Jaume I hemos conocido más de primera mano el tema del que hemos desarrollado nuestro trabajo, a diferencia de otras universidades como la Complutense de Madrid, de la cual hemos encontrado información en bases de datos, pero no la hemos podido tratar de forma directa.

Hemos encontrado que la mayoría de investigadores se ocupan de trabajar el aspecto psicosocial desde una perspectiva de género, pero muy pocos se centran en la salud ocupacional. Por lo tanto, falta mucho camino todavía por recorrer, y esperamos que este trabajo suponga un inicio en él.

### Referencias bibliográficas

- Bernis Carro, C., López Giménez, M.<sup>a</sup> R., Prado Martínez, C. & Sebatian Herranz, J. (2001). *Salud y género: la salud de la mujer en el umbral del s. XXI*, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. M/16
- Borderías Mondejar, C., Carrasco Bengoa, C. & Alemany, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*. Icaria. Año de publicación: 1994.
- Cifre, E., Salanova, M. & Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿Una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 82, 28-36.
- García Vega, E., Menéndez Robledo, E., García Fernández, P. & Rico Fernández, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22 (4), 606-612.
- Matud, M. P., García Rodríguez, M. A. & Matud, M. J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 451-465.

## Estrés ambiental en instituciones de la salud

### Una revisión teórica de la valoración psicoambiental

LAURA ROLDÁN TALENS  
al119303@uji.es

LIDIA LOZANO LAPIEDRA  
al117121@uji.es

EVA CIFRE GALLEGO  
cifre@uji.es

#### Resumen

Las ciencias ambientales tratan de estudiar las consecuencias de las manipulaciones ambientales hechas por el ser humano. La decoración de una habitación, el diseño de un edificio y la elección de un lugar para construir una unidad habitacional son aspectos que, en última instancia, se fundan en decisiones relativas a las clases de conducta y emociones que se desean fomentar. Precisamente en ambientes hospitalarios los factores ambientales juegan un papel especialmente significativo, ya que pueden tranquilizar, agradar, incluso apoyar la recuperación del enfermo o por el contrario, pueden representar fuentes adicionales de estrés y molestia en un momento en el que la vulnerabilidad y sensibilidad del paciente y familiares es evidente. Con objeto de desarrollar un modelo que aporte elementos teóricos novedosos para la exploración de las interrelaciones entre los distintos factores ambientales y sociales que inciden en la experiencia de bienestar o estrés del paciente en un hospital, se realizó una revisión de investigaciones realizadas en el área de Psicología Ambiental relacionada con las emociones y conductas de las personas en relación con el entorno hospitalario. Para ello, nos hemos servido del diseño ambiental para reconocer la interrelación entre el entorno construido y el bienestar psicológico, considerando los conocimientos aportados por psicólogos de la salud, psicólogos sociales y clínicos, así como de otros profesionales como arquitectos, diseñadores e ingenieros, profesionales de la medicina y trabajo social.

**Palabras clave:** psicología, ambiente, bienestar, hospital, estrés.

#### Abstract

Environmental sciences try to study the effects of environmental manipulations made by humans. The decoration of a room, a building design and the choice of a place to build a dwelling unit are aspects that, ultimately, are founded in decisions which are relative to the kinds of behavior and emotions that you want to promote. Precisely at

hospital environments environmental factors play a particularly significant role, as they can reassure, please, even support the recovery of the patient or, conversely, may represent additional sources of stress and discomfort at the moment when the vulnerability and sensitivity of the patient and his family is evident. In order to develop a model to provide new theoretical elements for exploration of the interrelationships between the various environmental and social factors that affect the well-being and stress experience of a patient, a review of researches in the area of Environmental Psychology was done, related with emotions and behaviors of people in relation to the hospital environment. To do this, we have used environmental design to recognize the interrelationship between the built environment and psychological well-being, considering the knowledge of health, clinical and social psychologists as well as other professionals such as architects, designers and engineers, professionals of medicine and social work.

**Keywords:** psychology, environment, welfare, hospital, stress.

## Introducción

En la actualidad, se estima que 4.794.000 pacientes son ingresados al año en hospitales españoles, con una media de estancia de 7,31 días en 2009 (CMBD – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Esta cifra, bastante elevada, se incrementa todavía más si incorporamos a los familiares/acompañantes de dichos pacientes durante sus días de estancia, además del personal sanitario. Por ello, es importante el planteamiento de cuidar no solo la salud física, sino también la salud psicológica (y ocupacional, en el caso del personal sanitario) de esta parte tan importante de la población. Desde un planteamiento de la Psicología Ambiental, consideramos que parte del cuidado de esa salud psicológica puede recaer en el ambiente físico del hospital donde el paciente se encuentra ingresado.

La relación entre el comportamiento humano y el medio construido es un tema que viene despertando un gran interés entre los investigadores, siendo numerosos los trabajos científicos que tratan de describir y explicar dicha relación. Sin embargo, son escasas las investigaciones realizadas en instituciones de la salud, de ahí que nos centremos en este ámbito, dada la importancia de acelerar la recuperación del paciente.

Por ello, el objetivo de este trabajo es elaborar un modelo teórico desde la Psicología Ambiental que relacione el ambiente construido con el bienestar psicológico en hospitales, con el objetivo aplicado de, a partir de ahí, poder construir hospitales cuyas características favorezcan al paciente y al personal sanitario.

## Pero ¿qué es la Psicología Ambiental?

Son varias las disciplinas interesadas en establecer las interrelaciones conceptuales y empíricas entre la psicología y las ciencias ambientales, tales como la psicología ambiental, la geografía conductual, arquitectura psicológica y la biología social (Roth, 2000).

En todas ellas, aunque tienen el mismo objeto de estudio (estudiar el comportamiento humano con respecto al medio construido), sus enfoques y aproximaciones son diferentes.

Centrándonos en la Psicología Ambiental, disciplina en la que se enfoca nuestro proyecto, los avances teóricos son recientes y datan solo de hace tres o cuatro décadas. En este



periodo, se han propuesto varias perspectivas teóricas en ambiente y conducta; estas conceptualizaciones reflejan una progresión de las perspectivas más integrativas, complejas y dinámicas en las transacciones entre la gente y su escenario cotidiano (Clitheroe, Stokols y Zmuidzinas, 1998).

El término Psicología Ambiental habría sido utilizado por primera vez por Brunswick (Aragón y Amérigo, 1998) durante la década de los años cuarenta. A partir de aquí, son muchos los autores que han intentado poner una definición de la Psicología Ambiental; Aragón y Amérigo (1998) hacen un recuento de las más importantes. Algunas de ellas resaltan las relaciones con el entorno físico (Holahan, 1982), otras hacen referencia a lo social como parte del ambiente (Stokols y Altman, 1987), mientras que hay que enfatizan procesos cognitivos, experienciales y emocionales (Darley, Gilbert, Lindzey y Aronson, 1985).

De esta manera, según Roth la Psicología Ambiental debería definirse como la interdisciplina que se interesa por el análisis teórico y empírico de las relaciones entre el comportamiento humano y su entorno físico construido, natural y social. Dichas relaciones pueden asumir dos modalidades; una que ubica la conducta como efecto de las propiedades ambientales y otra que la sitúa como causa de las modificaciones de este.

En tanto interdisciplina, esta definición enfatiza la necesidad de que la Psicología Ambiental incorpore las aportaciones de otras disciplinas, en particular de las ciencias socio-ambientales (ecología, arquitectura, urbanismo, sociología, diseño, geografía...).

En este proyecto nos decantamos por el enfoque centrado en la conducta como causa de las modificaciones del ambiente y enfatizamos en la relación entre las emociones negativas, como el estrés ambiental, y los beneficios de aplicar dicha interdisciplinariedad.

## **Relación entre Psicología Ambiental y Bienestar Psicológico**

El estudio del bienestar psicológico es un tema de estudio complejo, que engloba principalmente el estudio de las emociones bien en un contexto específico (por ejemplo, bienestar psicológico en el trabajo) o bien en global (felicidad...) sobre el cual no se llega a un consenso conceptual. El bienestar subjetivo forma parte de la calidad de vida de la persona y puede verse relacionado con el estrés ambiental.

A grandes rasgos, podemos definir el estrés ambiental como la reacción de la persona ante una situación concreta en la que se presenta un conjunto de variables ambientales cuya disposición e intensidad hace que sean percibidas como aversivas para la persona.

Sabemos que la elección de los colores apropiados para pintar un ambiente no solo debería estar relacionada con el gusto particular por ciertas tonalidades, sino que además es interesante considerar las sensaciones y reacciones que esos colores producen sobre las personas que interrelaciones con los ambientes pintados. Al igual que con el color, también hay que considerar las formas, la iluminación, la temperatura...

Los efectos psicológicos de los colores que se han podido comprobar son básicamente de dos tipos: los que se definen como directos, los cuales hacen que un ambiente parezca alegre o sombrío, frío o cálido, etc.; y los indirectos, relacionados con los afectos y con asociaciones subjetivas u objetivas de los individuos frente a los colores, las formas... Esta característica subjetiva de la apreciación de los colores y del ambiente en su totalidad hace que los efectos secundarios sean los más discutidos, ya que pueden variar de acuerdo con los diferentes individuos. Destacamos que la iluminación va de la mano del color, ya que esta no solo puede modificar el color de acuerdo con la forma en que incide sobre la superficie pintada, sino que además puede «crear un ambiente» por sí misma.

Si nos adentramos más en la teoría del color podemos destacar algunos aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de seleccionar los colores para instituciones de la salud por ejemplo el color rojo es el color del fuego y de la sangre, produce calor. Es el más caliente de los colores cálidos, se relaciona con la pasión, los impulsos y el peligro, aumenta la tensión muscular, el deseo y la excitación. Activa la circulación y por ende acelera las palpitaciones, eleva la presión arterial y acelera la respiración.

Es el color de la vitalidad y la acción, ejerce una influencia poderosa sobre el humor de los seres humanos. Si ocupa grandes espacios en una habitación puede resultar atabalante, en cambio si se utiliza en pequeños detalles brinda calidez. Su aspecto negativo es que puede generar actitudes agresivas, incluso despertar la cólera, por eso no sería un color adecuado para el objetivo que vamos persiguiendo. Por otra parte, el verde es un color sedante, hipnótico, anodino. Resulta eficaz en los casos de excitabilidad nerviosa, insomnio y fatiga. Disminuye la presión sanguínea, bajando el ritmo cardíaco. Dilata los capilares aliviando neuralgias y jaquecas. El verde es un color sedativo, ayuda al reposo y fortifica la vista.

Es fresco y húmedo, induce a los hombres a tener un poco de paciencia. El color verde sería uno de los más idóneos para utilizar en ambientes hospitalarios por su influencia beneficiosa al sistema nervioso.

Dentro del ambiente hospitalario creemos que se debe cuidar especialmente el diseño de las habitaciones hospitalarias centrándonos bien en cada uno de sus detalles. Ese ambiente va a determinar en gran medida el proceso de recuperación del paciente y en el estrés que puede desarrollar o no, por eso, incidimos en los detalles que deben ser especialmente cuidados. El medio más adecuado para conseguir descanso y reposo cuando la persona enferma es una cama cómoda y un ambiente adecuado. Dependiendo del motivo de la estancia, así como de la gravedad del enfermo, las habitaciones pueden ser diferentes para adaptarse a los cuidados que precise. Además, pueden estar en la UCI, en una zona de aislamiento, en cuidados posquirúrgicos, etc.

Pero independientemente de la zona donde se encuentre el paciente, existen una serie de características comunes que deben cumplir todas las habitaciones hospitalarias que son las siguientes:

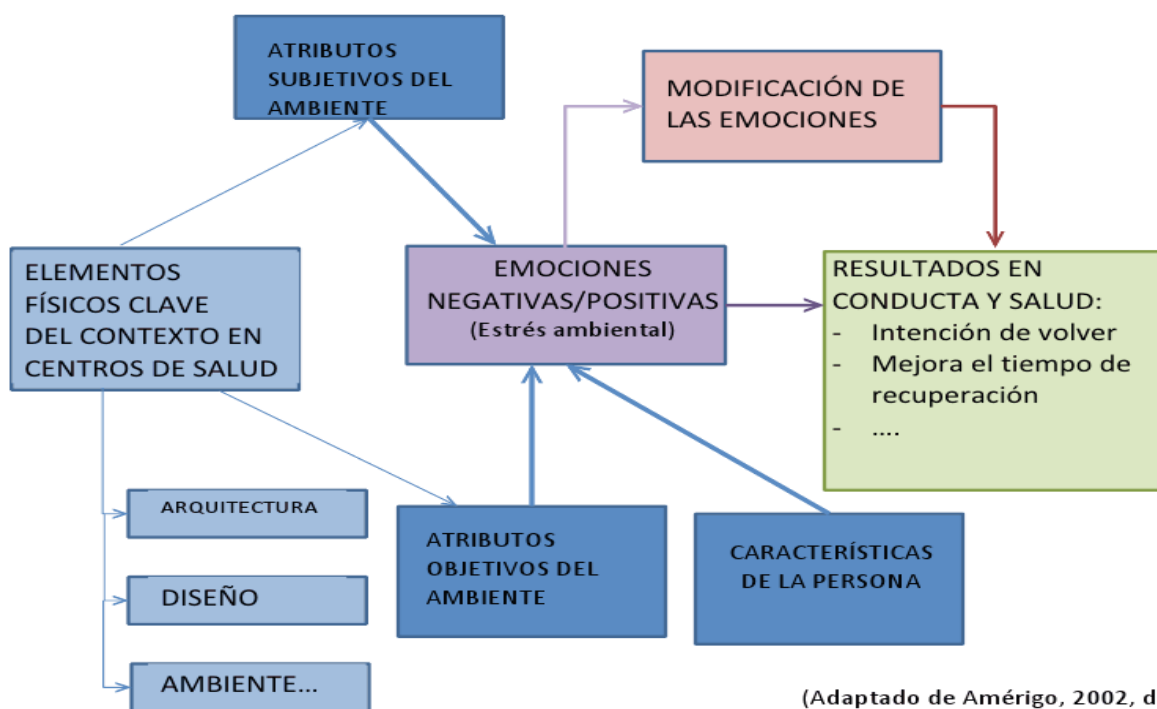
- Higiene adecuada, a cargo del personal auxiliar de enfermería, que también se encarga de como de la recogida de sus excretas y de hacer las camas con el fin de proporcionarle comodidad y seguridad.
- Ventilación: el aire se renueva cuando se abren las ventanas brevemente, durante unos quince minutos, mientras se limpia la habitación o se arregla la cama del paciente. También se consigue una buena ventilación con sistemas de climatización de aire instalados en el edificio. Así no se precisa abrir puertas ni ventanas.
- Temperatura: ha de estar entre los 22 °C y los 26 °C. Hay que tener en cuenta que la temperatura a la que las personas están a gusto es variable.
- Tranquilidad y silencio: el ruido incomoda y altera el sistema nervioso de los pacientes y de sus acompañantes. Habrá que evitarlo o disminuirlo en la medida de lo posible. Para conseguirlo, se intenta que la actividad laboral sea lo más silenciosa posible y se asesora a los pacientes y visitas para que hablen en un tono moderado.
- Iluminación: si es adecuada, resulta ampliamente beneficiosa para la recuperación de los pacientes, sobre todo la luz solar. La luz eléctrica en los hospitales se dispone de diferentes maneras: en la cabecera de la cama, en el techo de la habitación, y por la noche existirá una luz auxiliar encendida que permita la orientación.

Proponemos, pues, centrarnos en aspectos ambientales como los recién mencionados que ayuden tanto a pacientes como a trabajadores de los hospitales mejorar su estancia en los hospitales, reduciendo así el estrés ambiental que en ellas se puede crear.

Con la intención de mitigar el estrés ambiental en las instituciones de la salud hemos propuesto el siguiente modelo teórico.

Más allá de lo que conocemos: Propuesta de un Modelo teórico.

Con la intención de mitigar el estrés ambiental en hospitales, hemos propuesto el siguiente modelo teórico partiendo de los resultados previos que conocemos, derivados de los conocimientos desarrollados en la Psicología Ambiental. El modelo teórico se presenta a continuación, siendo una adaptación de Amérigo (2002) de Satisfacción residencial.



Partimos de la base de que los elementos físicos clave del contexto en centros de salud son: La arquitectura, el diseño, el ambiente... los cuales poseen atributos que se dividen en dos partes: los atributos objetivos del ambiente (como los anteriormente mencionados: higiene, ventilación, luz...) y los atributos subjetivos del ambiente (destacando el apego a la zona, las relaciones con los residentes e interinos, la percepción de la infraestructura y equipamiento del ambiente hospitalario). Ambos (junto con las características de la persona como la experiencia personal, edad, sexo, cultura...) influyen directamente en las emociones tanto positivas como negativas que el individuo puede sentir y que son determinantes a la hora de considerar el grado de estrés ambiental que sufre el sujeto. Partiendo de esta base, podemos inferir que modificando las emociones negativas que desarrolla el sujeto en este contexto podríamos obtener resultados muy interesantes, mejorando así el tiempo de recuperación y la intención de volver, si fuese necesario, para beneficiarse de las condiciones óptimas que le producen bienestar y alejan considerablemente cualquier emoción negativa que produzca estrés en cuanto al ambiente se refiere.

## Futuros pasos

El presente estudio supone un primer acercamiento al interesante mundo de la investigación en Psicología Ambiental. Pretendemos continuar esta investigación destacando la importancia de adoptar un enfoque holístico para la promoción de la salud en ambientes hospitalarios, reconociendo de este modo que el entorno no es neutral, sino que puede aumentar o reducir el estrés experimentado, tanto por los pacientes como por los acompañantes o los profesionales. Esperamos que este trabajo suponga un primer paso en dicha promoción.

También hay que destacar la importancia de continuar esta línea de investigación en general, y sobre todo en la Universitat Jaume I de Castellón con la puesta en marcha de la nueva Facultad de Ciencias de la Salud.

## Referencias bibliográficas

- Amérigo, M. (2002). A psychological approach to the study of residential satisfaction. En G. Francescato, T. Gärling, T. & Aragonés, J. I. (eds.), *Residential environments: Choice, satisfaction, and behavior* (81-99). Westport, Conn: Bergin & Garvey.
- Aragonés, J. I. & Amérigo, M. (1998). *Psicología ambiental*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arias, A. V., Morales, J. F., Nouvilas, E. & Martínez Rubio, J. L. (2013). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Clitheroe Jr., H. C, Stokols, D. & Zmuizdzinas, M. (1998). Conceptualizing the context of environment and behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 18(1), 103-112.
- Darley, J. M., Gilbert, D. T., Lindzey, G. & Aronson, E. (1985). *The handbook of social psychology*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Holahan, Ch. J. (1984). Review of Cognition and Environment: Functioning in an Uncertain World. *PSYCCRITIQUES*, 29(1), 79.
- Resultados y calidad del sistema sanitario público de Andalucía. Edición 2012. Escuela Andaluza de Salud Pública - Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Depósito Legal: GR 1229-2012.
- Roth, E. (2000). Psicología ambiental: interfase entre conducta y naturaleza. *Revistas Bolivianas*, 8, 63-78.
- Stokols, D. (1995). The paradox of environmental psychology. *American Psychologist*, 50(10), 821-837.
- Stokols, D. & Altman, I. (1987). *Handbook of Environmental Psychology*. John Wiley y Sons, New York, 1987.
- Valera, S., Pol, E. & Vidal, T. (2012). Variables ambientales y comportamiento. *Psicología Ambiental: Elementos básicos*. Obtenido de la red internet <http://www.ub.edu/dppss/psicamb/uni4/index.htm> el 3 de diciembre de 2012.